

Universidad de Huelva

Departamento de Psicología



Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos : carga y afrontamiento del estrés : (un estudio en población sociosanitaria)

**Memoria para optar al grado de doctor
presentada por:**

Javier Torres Pereira

Fecha de lectura: 28 de noviembre de 2008

Bajo la dirección de los doctores:

**Francisco Revuelta Pérez
Rafael Tomás Andújar Barroso**

Huelva, 2010

ISBN: 978-84-92944-73-6

D.L.: H 35-2010



Departamento de Psicología

TESIS DOCTORAL

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN
CUIDADORES FORMALES DE ANCIANOS:
CARGA Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS**
(UN ESTUDIO EN POBLACIÓN SOCIOSANITARIA)

Javier Torres Pereira

Huelva, 2007



Departamento de Psicología

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN
CUIDADORES FORMALES DE ANCIANOS:
CARGA Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS**
(UN ESTUDIO EN POBLACIÓN SOCIOSANITARIA)

Tesis realizada bajo la dirección de los
Profesores Dr. D. Francisco Revuelta Pérez y Dr.
D. Rafael Tomás Andújar Barroso, presentada por
Javier Torres Pereira para optar al
grado de Doctor.

Huelva, Septiembre de 2007

FRANCISCO REVUELTA PÉREZ Y RAFAEL TOMÁS ANDÚJAR BARROSSO,
PROFESORES TITULARES DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS DE LA UNIVERSIDAD DE
HUELVA, RESPECTIVAMENTE

INFORMAN

Que Javier Torres Pereira ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral titulada “**Aspectos psicológicos en cuidadores formales: carga y afrontamiento del estrés** (*un estudio en población sociosanitaria*)”, con la que se presenta para optar al Grado de Doctor en Psicología y que, a nuestro juicio, reúne las condiciones exigibles para una Tesis Doctoral).

Los que firmamos, a instancias del interesado y para que surta los efectos oportunos en Huelva, a 17 de Diciembre de 2007.

Fdo.: Dr. Francisco Revuelta Pérez
Director de Tesis

Fdo.: Dr. Rafael Tomás Andújar Barroso
Director de Tesis

A Yolanda

AGRADECIMIENTOS

El trabajo de investigación que les presento no se hubiera podido realizar sin el excelente apoyo recibido por parte de algunas personas e instituciones.

Por ello quisiera, desde aquí, agradecer al profesor Francisco Revuelta Pérez su disponibilidad y estímulo, además de sus siempre acertadas orientaciones en los distintos momentos del desarrollo de la tesis y, sobre todo, su paciencia, las cuales fueron notas predominantes en su labor de dirección. Al profesor Rafael Tomás Andújar Barroso valoro, no sólo la motivación para la consecución de esta tarea, sino la valiosa luz y las iniciativas que para el desarrollo de la misma aportó desde el principio. De ambos traté de recoger lo mucho que me ofrecieron y de mi sólo ha dependido plasmarlo en estas páginas. Aprecio, igualmente, la incondicional ayuda y orientación que, cada vez que lo solicité, puso a mi disposición el documentalista de la Universidad de Salamanca, Jesús López Lucas.

Doy las gracias a Cristóbal, Miguel, Curri y Adela por el empuje y el ánimo recibido en muchas fases del trabajo. A mis hermanos, Juan Luis y Carlos, admiro su comprensión y colaboración en los aspectos informáticos. Y a Chema, la inestimable ayuda prestada con la estadística.

Reconozco a mis amigos y, en especial, a mi familia, su apoyo y el saber entender mi reiterada ausencia, principalmente, a mis padres y suegros, mi abuela Pepa, Mati, Fátima y Eva. Y en la memoria de otros que nos dejaron, hago una merecida mención personal a Sagrario, Tere, Ricardo y, recientemente, mis tíos Diego y Jesús, por su ejemplo de vida y toda la ilusión y el cariño que me entregaron.

A Yolanda, por estar conmigo en todo momento. Por saber escucharme y acompañarme. Ella me ha esperado, aconsejado y animado en los momentos más difíciles. Sus altas dosis de paciencia han facilitado mi continuidad y perseverancia en el trabajo, contribuyendo grandemente a la consecución de esta tarea.

Al Centro para Mayores “Madre de Dios” de Almonte, por la oportunidad que me dio Juan Miguel para trabajar como psicólogo durante estos últimos nueve años con ancianos, familias y cuidadores de la talla de Curro, Pepe, María, Antonia, Joaquín, Cristo, Carmen, Alfonsi, Toñi, Laura, Maruja, Margari, Susana, Mario, Carolina, Juana, José M^a, M^a Jesús, Ángel y otros que, tanto me han enseñado.

A las residencias geriátricas que participaron, sin cuyo consentimiento y facilitación no hubiera sido posible la obtención de la muestra aquí utilizada. Mi más sincero agradecimiento a Petri, M^a José, Pablo, Vicky y M^a Ángeles y otros que, en algún momento, prestaron su voluntariosa colaboración en la mediación con el colectivo de profesionales sociosanitarios, desde diferentes localidades españolas.

Por último, quisiera agradecer el interés y apoyo que me han transmitido en todo momento mis compañeros de la Universidad de Huelva, en especial del Departamento de Psicología.

ÍNDICE

página

MARCO TEÓRICO

1. Introducción	21
2. Concepto y modelos de estrés	29
2.1. Modelo de estímulo	32
2.2. Modelo de respuesta	35
2.3. Modelo transaccional	38
3. Estrategias de afrontamiento	45
3.1. Tipos de estrategias de afrontamiento	47
4. Aspectos psicofisiológicos relacionados con el estrés	61
5. Consecuencias psicológicas del estrés	67
6. Estrés, salud y enfermedad	75
6.1. Estrés y trastornos cardiovasculares	82
6.2. Estrés, enfermedades infecciosas y funcionamiento inmune	84
6.3. Estrés y cáncer	86
6.4. Estrés y otros trastornos	87
7. Variables que median la respuesta de estrés	91
7.1. Personalidad y estrés	92
7.2. Apoyo social	102
7.3. Optimismo	106
8. Estrés y ámbito laboral	113
8.1. El <i>burnout</i> , síndrome de estar quemado o abrasamiento	115
8.2. Estrés laboral y salud	119
8.3. Concepto de carga	123

9. Aspectos relevantes del envejecimiento.....	135
9.1. Principales trastornos de la vejez	136
9.2. Demencia. Concepto y tipos	138
10. Concepto de “cuidado”	149
10.1. Análisis de los tipos de cuidado	153
10.2. Algunos datos epidemiológicos del cuidado	172
11. Cuidado formal y consecuencias del estrés	181
11.1. Estresores laborales	183
11.2. Diferencias intersexo	194
11.3. Aspectos sociodemográficos y laborales	197
11.4. Personalidad	210
11.5. Estrategias de afrontamiento	218
11.6. Apoyo social	220
11.7. Salud	223
11.8. Abrazamiento	228

ESTUDIO EMPÍRICO

12. Introducción	239
13. Objetivos	243
13.1. Objetivos generales	243
13.2. Objetivos específicos	243
14. Material y procedimiento	247
14.1. Muestra	247
14.2. Instrumentos	250
14.2.1. <i>Entrevista de Carga para Cuidadores Formales</i>	251

14.2.2. Cuestionario de Salud General GHQ-28	251
14.2.3. Evaluación del Apoyo Social (SSA)	252
14.2.4. Cuestionario COPE	252
14.2.5. Escala de Satisfacción Vital (ESV)	253
14.2.6. Test de Orientación Vital Revisado	253
14.3. Material informático	254
15. Metodología	257
15.1. Selección de la muestra	257
15.2. Procedimiento de aplicación	257
15.3. Método estadístico	257
16. Resultados	261
16.1. Diferenciación grupal	261
16.1.1. Diferencias según Sexo	261
16.1.2. Diferencias según Centro Público	262
16.1.3. Diferencias según Edad	262
16.1.4. Diferencias según Estado Civil	264
16.1.5. Diferencias según Titulación	266
16.1.6. Diferencias según Cuidar a Otros	266
16.1.7. Diferencias según Tiempo en el Centro	267
16.1.8. Diferencias según Tiempo de Ejercicio de la Profesión	269
16.1.9. Diferencias según Percepción de Otros Ingresos	269
16.1.10. Diferencias según Capital de Provincia	271
16.1.11. Diferencias según Número de Trabajadores	272
16.1.12. Diferencias según Número de Ancianos	274
16.1.13. Diferencias según Tener Siempre a Cargo el Mismo Grupo	274

16.1.14. Diferencias según Salud Autopercebida	275
16.1.15. Diferencias según Ayuda a Domicilio	277
16.2. Relaciones entre variables	282
16.2.1. Correlaciones entre las Variables Sociodemográficas y Laborales	282
16.2.2. Correlaciones entre Variables Psicológicas Evaluadas (a Excepción de las contenidas en el <i>Cuestionario</i> <i>COPE</i>) y las Sociodemográficas y Laborales	285
16.2.3. Correlaciones entre las Subescalas del <i>Cuestionario</i> <i>COPE</i> y las Variables Sociodemográficas y Laborales	286
16.2.4. Correlaciones entre las Variables Psicológicas Evaluadas (a Excepción de las contenidas en el <i>Cuestionario</i> <i>COPE</i>)	290
16.2.5. Correlaciones entre las Subescalas del <i>Cuestionario</i> <i>COPE</i> y el Resto de las Variables Psicológicas Evaluadas	291
16.2.6. Correlaciones entre las Distintas Subescalas del <i>Cuestionario COPE</i>	296
16.3. Clasificación de Variables mediante Otras Relevantes	300
16.3.1. Introducción conjunta de las variables	303
16.3.2. Método por pasos	307
17. Discusión	313
17.1 Características de la muestra de cuidadores formales	320
17.1.1. Diferencias en función del Sexo	320
17.1.2. Diferencias en función del Centro	323
17.1.3. Diferencias en función de la Edad	325
17.1.4. Diferencias en función del Estado Civil	327
17.1.5. Diferencias en función de la Titulación	328

17.1.6. Diferencias en función del Tiempo en el Lugar de Trabajo y el Tiempo de Ejercicio en la Profesión	329
17.1.7. Diferencias en función de Percibir Otros Ingresos	332
17.1.8. Diferencias en función de la Capital de Provincia	332
17.1.9. Diferencias en función del Número de Ancianos y el Número de Trabajadores	333
17.1.10. Diferencias en función de Tener Asignados los Mismos Ancianos a su Cargo	335
17.1.11. Diferencias en función de la Salud Autopercebida	336
17.2. Asociación entre las variables propuestas del estudio	337
17.2.1. Relación entre las Variables Sociodemográficas y Laborales	337
17.2.2. Relación entre las Variables Psicológicas Evaluadas (a Excepción de las contenidas en el <i>Cuestionario COPE</i>	339
17.2.3. Relación entre las Subescalas del <i>Cuestionario COPE</i>	343
17.2.4. Relación entre las Variables Psicológicas Evaluadas (a Excepción de las contenidas en el <i>Cuestionario COPE</i>) y las Variables Sociodemográficas y laborales	344
17.2.5. Relación entre las Subescalas del <i>Cuestionario COPE</i> y las Variables Sociodemográficas y Laborales	346
17.2.6. Relación entre las Subescalas del <i>Cuestionario COPE</i> y el Resto de las Variables Psicológicas Evaluadas	347
17.3. Clasificación de la carga de los cuidadores formales	352
 Anexo	 363
Bibliografía	385



MARCO TEÓRICO



MARCO TEÓRICO



Introducción



1. INTRODUCCIÓN

Recientemente aprobada en España la Ley de Dependencia¹, la sociedad se encuentra actualmente con un problema doble. Por un lado, atender los cuidados específicos del colectivo de personas mayores con demencias y trastornos de conducta. Y, por otro, cuidar las necesidades del cuidador, es decir, prevenir y disminuir la carga emocional de los familiares y profesionales que tratan directamente con dicha población dependiente. Es imprescindible comprender el proceso de estrés que experimenta el cuidador, para llegar a estudiar la salud, la satisfacción vital y el “abrasamiento”, utilizando la expresión de Pelechano (2000) referida a la expresión en inglés de *burnout*, que pueden manifestar los cuidadores tanto formales como informales de enfermos de Alzheimer.

Hoy se acepta que la demencia es un complejo sintomático que puede estar causado por más de 70 procesos patológicos diferentes. Cacabelos (1991) considera que los síntomas de demencia incluyen pérdida de memoria reciente, pérdida de funciones lingüísticas, incapacidad para el pensamiento abstracto, inhabilidad para el autocuidado personal, trastornos de la personalidad, inestabilidad emocional y pérdida del sentido del tiempo y del espacio. Y afirma que para el año 2025, se calcula que en cada casa haya una persona con Alzheimer. Para lo cual, los familiares tendrán que cuidar de enfermos con este y otros síndromes demenciales o bien ingresar a la persona afectada en una residencia geriátrica, situación a la que se está llegando progresivamente en los últimos años.

Como señala Flórez (1999), la figura del cuidador se caracteriza principalmente por ayudar a la persona afectada en las actividades de la vida diaria (vestirse, bañarse, asearse, comer, etc.). Asimismo, el cuidador responde a los problemas propios de la persona afectada (pérdida de peso, accidentes de tráfico, caídas, fracturas y agitación

¹ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (B.O.E. núm. 299), creándose el nuevo derecho para las personas que no se pueden valer por sí mismas (personas mayores y personas con discapacidad) a recibir atención por parte del Estado.

nocturna), al tiempo que las capacidades funcionales de la persona cuidada se van deteriorando hasta confinarla en una cama. En el caso de los cuidadores informales, esto puede conducir a consecuencias importantes, tales como úlceras por presión, infecciones y pérdida de apetito. Como resultado de estas complicaciones, se reduce la calidad de vida de la persona a cuidar y esto genera estrés y la consecuente respuesta emocional. En el caso del cuidador formal, la situación también es generadora de estrés, pudiendo provocar consecuencias negativas en su salud. Otros estudios señalan la necesidad de estudiar el deterioro de la calidad de vida laboral y las repercusiones sobre la sociedad en general (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Los conceptos *cuidador formal* y *cuidador informal* se diferencian básicamente en el ámbito donde se desempeñan las tareas del cuidado y en el vínculo relacional que se establece con la persona cuidada, aunque también haya otros aspectos que destacar. A este respecto, el cuidador informal es el familiar que asume principalmente los cuidados del pariente enfermo. Sin embargo, el cuidador formal, objeto de estudio en la presente investigación, es esencialmente el profesional que trabaja con la persona afecta en un servicio de atención laboral, incluyéndose a los alumnos en prácticas y voluntarios. Así pues, en el estudio que se presenta a continuación, los cuidadores que forman la muestra del estudio son mayoritariamente auxiliares de geriatría de centros geriátricos de carácter sociosanitario. Una vez asociados los cuidados formales con el ámbito profesional (cuidador formal o cuidador profesional) y los cuidados informales con el ámbito familiar (cuidador informal o cuidador principal), otros conceptos clave en el estudio son estrés laboral, estrategias de afrontamiento, apoyo social, satisfacción vital, salud general y carga emocional.

Los trabajos de Flórez (1999) señalan que los principales factores psicológicos asociados a un mayor grado de estrés en el cuidador son estilo atributivo caracterizado por la sensación de pérdida de control, impotencia frente a las conductas del enfermo, tendencias a la culpabilización y valorar la situación penosa actual como estable y global. Estos factores pueden poner en peligro el equilibrio del cuidador, surgiendo alteraciones de la respuesta emocional que puede llevar posteriormente a la aparición de trastornos psicofisiológicos. Además, determinados trastornos de conducta de la persona portadora del cuidado (pérdida de comunicación, repetición de las mismas preguntas, necesidad de vigilancia constante, cambios de personalidad, etc.) ocasionan ciertas

manifestaciones clínicas (cefaleas, dolores lumbares, cervicoalgias y depresión). Algunas investigaciones (Kiecolt-Glaser, Glaser, Granvenstein, Malarkey y Sheridan, 1996) señalan que estas causas apuntadas originan la afectación del sistema inmune del cuidador. Es decir, los cuidadores responden peor a los virus, tienen mayor riesgo de padecer infecciones, todo ello relacionado con una disminución de los niveles de *interleukina 2* e *interleukina*.

Algunos estudios (Gil-Monte y Peiró, 1997 y Sandín, 1995) presentan un modelo transaccional o mediacional del estrés, en el cual se describen tanto los agentes estresores como las variables mediadoras y moduladoras que motivan una conducta eficaz o ineficaz con consecuencias de enfermedad. Según Ramos (1999), se calcula que en las sociedades desarrolladas alrededor de dos tercios de todas las enfermedades están relacionadas con el estrés. El estrés interacciona con aspectos biológicos, psicológicos y sociales del cuidador. Por otra parte, Existen factores de estrés que no están relacionados con el trabajo, como pueden ser los acontecimientos estresantes no laborales, las demandas familiares y la inseguridad económica. Algunas de las variables de personalidad que se han relacionado con el estrés son neuroticismo, ansiedad, patrón de conducta tipo A y locus de control. En cuanto a las variables individuales moduladoras del estrés, algunos estudios (Buceta y Bueno, 1995 y Parkes, 1998) describen la amplitud de los recursos biológicos y psicológicos, tales como experiencia previa, preferencias y expectativas, rasgos de personalidad, estilo de afrontamiento, actitudes, creencias, y conductas relacionadas con la salud (fumar, dieta, ejercicio, etc.).

Atendiendo a la personalidad y al afrontamiento, Lazarus y Folkman (1984) describen el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para afrontar demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Una revisión de sus trabajos describe la relación existente entre personalidad y conductas de afrontamiento, variables parcialmente mediadoras del estrés. Para Lazarus y Folkman (1984), los modos de afrontamiento pueden ser variados (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de responsabilidad, huida, planificación, reevaluación positiva). Algunos estudios (Burke, Greenglass y Konarski, 1995 y Parkes, 1998) demuestran que los sujetos más vulnerables a sufrir el abrasamiento son aquellos que manifiestan patrón de conducta

tipo A, alto nivel de neuroticismo y locus de control externo. Y los sujetos que experimentan con menos frecuencia el *burnout* son aquellos que manifiestan personalidad resistente al estrés y emplean habitualmente estrategias de afrontamiento de carácter activo. Por su parte, Ramos *et al.* (1998) revisan la investigación sobre los cuidadores formales y afirman que algunos autores aportan las variables neuroticismo, resistencia al estrés, extraversión y el patrón de conducta tipo A, referidas al síndrome de estar quemado de los cuidadores formales de enfermos de Alzheimer. Algunos estudios realizados al respecto apuntan que las estrategias del control o centradas en el problema previenen el desarrollo del abrumamiento, mientras que las estrategias de evitación, de escape y centradas en la emoción facilitan la aparición del síndrome de estar quemado en los cuidadores formales. Otras dimensiones estudiadas en los cuidadores formales han sido autoeficacia, autoestima, tolerancia a la ambigüedad y extraversión.

En general, el apoyo social percibido se ha considerado como una variable que media en la respuesta de estrés. Haley, Levine, Brown y Bartolucci (1987) mantienen que dicha variable es un indicador directo de la adaptación de los cuidadores del enfermo de Alzheimer y un predictor psicológico fundamental para contrarrestar el impacto del estrés en el cuidador. También han sido estudiadas las relaciones interpersonales de la familia, la relación anterior a la enfermedad y las actitudes hacia el enfermo cuidado. Otros estudios dan mucha importancia tanto a la información sobre la enfermedad, las habilidades para afrontar los conflictos y la expresión de emociones que vivencia el familiar, como a los programas específicos de tratamiento psicológico para aquellos cuidadores que lo necesitan (Flórez, 1999).

Referente a la calidad de vida del cuidador, la perspectiva de Diener, Oishi y Lucas (2003) muestra que la satisfacción vital está compuesta por diferentes dominios (general, global y específico). La satisfacción vital es dominio global cognitivo del bienestar subjetivo y la felicidad es dominio global emocional del bienestar subjetivo. Los estudios de Hamarat, Thompson, Zabrocky, Steele, Matheny y Aysan (2001) sobre la percepción del estrés, afrontamiento y satisfacción vital demuestran que disponer de recursos de afrontamiento predice la satisfacción vital. Por lo tanto, utilizar estrategias de afrontamiento de método activo (focalizar y resolver) es un factor protector frente a

los problemas para mantener la satisfacción vital, y por ello se convierten en mediadores psicológicos de la satisfacción vital en estudios realizados con personas mayores.

En la actualidad, la investigación desde la Psicología de la Salud está centrada, por una parte, en la carga emocional de los cuidadores informales y en la prevención del *burnout*. Y, por otra parte, en los cuidados específicos a las personas mayores dependientes con demencia y trastornos de conducta. Muestra de ello son los programas de psicoestimulación cognitiva y motora, y los cuidados formales de la enfermedad, proporcionados por los profesionales de atención directa. Todavía falta mucho por investigar y aportar desde la psicología a esta problemática del siglo veintiuno, la carga emocional del cuidador formal. Los estudios psicológicos existentes ponen su máxima atención en los comportamientos que ocasionan más estrés para el cuidador en las diferentes fases de la enfermedad y el abrumamiento existente en los cuidadores formales e informales. Ramos (1999) refiere que las variables apoyo social, locus de control, estrategias de afrontamiento y del entorno físico próximo a los cuidados de esta enfermedad modulan el estrés del cuidador formal. Vista la trayectoria científica que se ha generado hasta el momento presente, parece constatar una carencia de estudios que se dediquen a investigar expresamente la carga emocional en el colectivo de cuidadores formales de ancianos dependientes, ya que la investigación de la carga se ha limitado específicamente al ámbito familiar de los cuidadores informales. Por ello, la presente investigación pretende contribuir a un mayor conocimiento de la carga emocional del cuidador formal y de las consecuencias del estrés laboral derivado del trabajo con personas ancianas (fuente del estrés laboral) sobre la salud y la satisfacción vital de los mismos cuidadores. Concretamente, en auxiliares de geriatría, colectivo que no se le ha dedicado mucha atención a nivel de investigación. Y además de indagar también en los factores desencadenantes del estrés (aspectos sociobiográficos y laborales), se tendrán en cuenta algunas variables (estrategias de afrontamiento, apoyo social y optimismo) que pudieran mediar en los resultados de la carga.

MARCO TEÓRICO

2

Concepto y modelos de estrés

2. CONCEPTO Y MODELOS DE ESTRÉS

Desde Selye, ha transcurrido aproximadamente más de medio siglo de actividad continuada en la utilización del término estrés y todavía, en las revistas especializadas, sigue siendo necesario delimitar el significado del concepto. Sandín (1995) observa que posiblemente no exista otro término en psicología sobre el que haya más ambigüedad y abuso. Y todo ello, por el uso sistemático (frecuentemente por psicólogos, médicos, etc.) y no sistemático (las conversaciones cotidianas, radio y televisión) del concepto estrés. En este sentido, y siguiendo a Selye, todavía muy poca gente define el concepto con el mismo sentido o se preocupa de intentar una clara definición. El conocimiento actual del concepto estrés resulta bastante difuso y heterogéneo, dado que la utilización abusiva del término ha contribuido notablemente a generar tal confusión. Gil y López (1999) sugieren que el estrés ha sido uno de los conceptos de mayor interés científico para los investigadores pertenecientes al ámbito de la salud. Y como prueba de ello, se tiene en la abundante bibliografía que se viene produciendo al respecto.

Martínez (2004) estima que se utiliza el concepto estrés y otros términos relacionados (miedo, ansiedad, fatiga o depresión), pero es difícil, incluso para los investigadores, delimitar claramente el significado y las consecuencias de estos conceptos. En primer lugar, el miedo es un término central en el estrés y en la ansiedad, pero se refiere a una reacción emocional, en principio normal, de la persona que sabe que tiene miedo a algo. En segundo lugar, se llega a una primera diferencia entre el concepto de miedo o ansiedad objetiva, por un lado, y ansiedad general e inespecífica, por otro. El término ansiedad, en general, se refiere a un estado de activación o agitación exagerada que aparece en el sujeto como reacción ante acontecimientos externos o, de forma endógena, asociado a sentimientos y pensamientos de la propia persona. La ansiedad es un tipo de miedo irracional, no justificado, que suscita respuestas de evitación. Por ello, la ansiedad endógena no está provocada por agentes externos y cursa con crisis de carácter agudo.

Haciendo un breve recorrido por la historia, se puede empezar a hablar de los aspectos del concepto estrés, por primera vez en un sentido no técnico, en el siglo XIV, cuando se describen experiencias negativas tales como adversidad, dificultad,

sufrimiento y aflicción (Lazarus, 2000). A finales del siglo XVII, Hooke formula un análisis de ingeniería sobre el estrés, que planteó el modo práctico en que deberían construirse los puentes para soportar las cargas pesadas. A consecuencia de la gran influencia del biólogo y físico citado, se produjeron conceptos básicos tales como carga, estrés y tensión. La carga (*load*) es entendida como las fuerzas externas, como el peso. El estrés (*stress*) se refería al área de la estructura sobre la que recae la carga. Y la tensión (distorsión, *strain*) es la deformación de la estructura, producto de la conjunción del estrés y la carga, entendida como estresor para hacer alusión al estímulo inductor del estrés. Es en el siglo XIX cuando se presentan los conceptos *stress* y *strain*, entendidos en el ámbito de la Medicina, como antecedentes de pérdida de salud (Lazarus y Folkman, 1986). Sandín (1995) hace referencia a que ambos términos se han confundido frecuentemente, englobándose los dos en el primero para denotar un estado del organismo (estado de estrés). Sin embargo, a veces se pueden encontrar diferenciados, asignándose el concepto de estrés para referirse al estímulo, operativamente medible, y el de *strain* para indicar la respuesta individual (diferente para cada persona) al estresor. Y, siguiendo el recorrido, se llega al siglo XX, donde la literatura médica juega una baza importante en el año 1911 a través de la utilización del término estrés de un modo figurado, en una conferencia de divulgación por parte de Walter B. Cannon que, algunos años después, en 1932 describe la homeostasis (equilibrio orgánico). Más tarde, a partir del año 1936, Hans Selye se convierte en el autor protagonista durante las siguientes cuatro décadas. En 1946 introduce el “síndrome general de adaptación”, en 1956 desarrolla los conceptos eustrés (*eustress*) y distrés (*distress*) y en 1976 hace posible que el concepto estrés sea primordial desde la Psicología y la Medicina. Selye (1956) introduce el término estrés para referirse a la suma de cambios generales o inespecíficos que suceden en el organismo en respuesta a determinadas condiciones estimulares o situacionales.

Tras el planteamiento inicial de Selye, el origen del concepto estrés fue diseñado de un modo estrictamente médico. Sin embargo, el concepto actual de estrés al uso en Psicología de la Salud es el resultado de la posterior psicologización del concepto original, llevada a cabo en primera instancia por Lazarus (1966) y algo después por Masson (1971).

El punto de vista desarrollado por Lazarus (1966) y Lazarus y Folkman (1984) va encaminado a formular el concepto de estrés como proceso o experiencia psicológica, de la cual el concepto original de Selye sólo sería una parte, y en la cual la función de afrontamiento cobra especial significación. Las novedades de esta conceptualización son, por una parte, la visión del estrés y el afrontamiento como proceso y, por otra, la idea de plantarse el fenómeno del estrés como una interacción en la cual los acontecimientos externos serán percibidos como amenazantes o no, en función de la capacidad cognitiva de la propia persona. Gil y López (1999) plantean que la percepción de la situación es la variable que define mejor el estrés, y no son ni el evento ambiental ni la respuesta de la persona las variables que definen el estrés.

Por otro lado, al grupo de Lazarus también se les debe la puesta en escena psicológica de los conceptos: a) fastidios o contrariedades (*hassles*), entendido como las experiencias y condiciones de la vida diaria que son valoradas como destacadas y amenazadoras para el bienestar personal, y b) satisfacciones o alegrías (*uplifts*), definidas como aquellas experiencias y condiciones de la vida diaria que son valoradas como destacadas y positivas o favorables para el bienestar personal.

Por tanto, el estrés es un elemento necesario en la vida del individuo porque es el responsable de poder accionar los mecanismos precisos para ser fuente de energía, motor de la vida y de la evolución (*eustress*), lo cual es beneficioso para la persona y le reporta una respuesta positiva de satisfacción y bienestar psicológico. Pero el estrés también puede suponer una amenaza para el sujeto (*distress*) y convertirse en una fuente perjudicial para él, ejerciendo una influencia negativa en la salud del individuo.

Si bien es cierto que el estrés depende del impacto personal y de la respuesta subjetiva de cada sujeto (que lo puede interpretar como positivo, negativo, relevante o irrelevante, en mayor o menor intensidad), también es verdad que existe más probabilidad de que algunos acontecimientos, denominados vitales estresantes, tiendan a desencadenar respuestas estresantes en la mayor parte de las personas que los afrontan.

Todo individuo responde al estrés de modo diferencial, ya que el sistema general de respuesta hace que unas personas se adapten a la misma situación más fácilmente que

otras. Y la respuesta no adaptativa está relacionada con el desequilibrio que suponen las amenazas del entorno para el sujeto que intenta alcanzar el equilibrio homeostático, por medio de hacer intentos de una nueva respuesta.

Así pues, por un lado y siguiendo un enfoque externalista, la situación ambiental estresante obliga al sujeto a responder de forma fisiológica, por medio de los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico. Por otro lado, desde una perspectiva internalista, el individuo responde al estrés de forma psicológica y emocional, mediante los procesos cognitivos y las estrategias de afrontamiento.

Por todo ello, se puede entender el estrés como el proceso dinámico y complejo de la interrelación imprescindible de la persona con el entorno, mediante el cual se desarrollan, tras el impacto de los acontecimientos vitales (mayores y menores), los esfuerzos adaptativos del individuo para afrontar tales acontecimientos estresantes.

Las repercusiones negativas del estrés (distrés) pueden desembocar en trastornos para la salud del individuo, dando curso a una sintomatología psicopatológica (ansiedad, depresión, etc.) con diferentes niveles de gravedad para el sujeto que lo padece.

2.1 MODELO DE ESTÍMULO

Crespo y Labrador (2003) evidencian que el ámbito de estrés se caracteriza por la carencia de teorías específicas, detalladas y bien articuladas. A pesar de la gran diversidad de planteamientos sugeridos, los estudios sobre el estrés se han centrado principalmente en tres niveles de análisis a considerar para llegar a teoretizar sobre el concepto y los modelos de estrés, entre los que destacan, el estímulo (Holmes y Rahe, 1967), la respuesta (Cannon, 1932 y Selye, 1956), y las transacciones (Lazarus y Folkman, 1986), que parten de un proceso interaccional y profundizan en un modelo procesual del estrés. Sandín (1995) opina que mientras los enfoques fisiológicos y bioquímicos consideran el estrés en términos de respuesta, las orientaciones psicológicas y psicosociales han tendido a asumir el estrés como un fenómeno externo focalizado en el estímulo. Lazarus (2000) destaca que estas dos primeras definiciones del estrés psicológico (centradas en el estímulo y en la respuesta) son las que han

existido tradicionalmente, y ambas son inapropiadas, aunque se pueden combinar para configurar una única. Como respuesta ante las dos perspectivas anteriores que enfatizan el componente externo (estresor) y el componente de respuesta fisiológica (reacción mental u orgánica), que es el que ha recibido una mayor atención, se propusieron los factores psicológicos o subjetivos (cognitivos), un nuevo componente que media entre los agentes estresantes y las respuestas fisiológicas de estrés. Crespo y Labrador (2003) consideran que el modelo transaccional de Lazarus es difícil de ser contrastado empíricamente. Sin embargo, los modelos de estímulo y respuesta, aunque fáciles de operativizar y probar, no recogen la riqueza de un fenómeno tan complejo y cambiante en el que hay que considerar tanto los procesos psicológicos como los mecanismos fisiológicos y los factores sociales.

Con las teorías del estrés centradas en el estímulo, se llega al enfoque de los sucesos vitales que, representado por los estudios de Holmes y Rahe (principalmente en su fase inicial), es el que más se acerca a la idea popular del estrés (p. e., cuando, a nivel popular, se habla de épocas de mucho estrés). Así, se plantean los conceptos de cambio y reajuste que supone el estrés para el individuo porque estos sucesos vitales estresantes verdaderamente alteran la actividad habitual del sujeto. Se considera el estrés como una variable independiente que actúa sobre el organismo y que se identifica con carga (las fuerzas). Por lo tanto, el estrés se localiza fuera del individuo, siendo la distorsión (efecto producido por el estrés) el aspecto correspondiente a la persona. En este sentido, Cox (1978) refirió que el modelo de estímulo es esencialmente una analogía del modelo de la ingeniería basado en la ley de la elasticidad de Hooke.

Siguiendo la analogía de la física (ley de Hooke), Crespo y Labrador (2003) consideran que el estrés puede conseguir deformación (*strain*) si la distorsión producida por el estrés cae dentro de los límites de elasticidad del metal. Es decir, cuando el estrés desaparece el material retorna a su estado original. Si por el contrario, el estrés sobrepasa dichos límites, entonces aparecen daños permanentes. Por analogía se considera que las personas poseen también determinados límites de tolerancia al estrés que pueden variar de unos individuos a otros.

Este modelo de estímulo tiende a establecer una relación directa entre estresor y enfermedad, que fue propuesta por Meyer en el mapa vital. Por medio de una ficha

personal (*life chart*) en cada individuo, se describen las situaciones vitales siguiendo un orden cronológico, con el propósito de conocer el contexto social en el cual surge la enfermedad.

A continuación, aparece la *Escala de Valoración de Reajuste Social* de Holmes y Rahe (1967) que fue una de las primeras escalas modernas para medir el estrés desde la perspectiva estimular. El enfoque fue diseñado para identificar los cambios vitales comunes (sucesos vitales) sobre la base de la cantidad de esfuerzo estimablemente necesario para afrontarlos. Dohrenwend y Dohrenwend (1981) definen la situación vital estresante como los hechos importantes y graves en un período de tiempo relativamente corto. Después, añadieron el concepto de sucesos estresantes cotidianos. Holmes y Rahe pidieron a muestras de diversos tipos de personas de diferentes países que valorasen el grado de reajuste que requerían diversos acontecimientos vitales. El suceso más altamente valorado fue la muerte del cónyuge, seguido por el divorcio, el matrimonio, etc., concluyendo con sucesos cuya valoración fue relativamente baja, como la solicitud de una pequeña hipoteca, problemas con los familiares políticos, casarse o ir de vacaciones. Los dos últimos ítem parecen indicar que hechos de tono positivo (p. e., unas vacaciones) también pueden conllevar demandas adaptativas importantes. Sin embargo, las pruebas de las posteriores investigaciones sugieren que los sucesos negativos desempeñan un rol más significativo que los sucesos positivos en la enfermedad. Los agentes estresantes no hacen enfermar, siendo el estrés quien aumenta el riesgo de contraer enfermedades. Y en el caso de tener dichas enfermedades, el estrés incrementa el riesgo de que las defensas del organismo se vean superadas. Crespo y Labrador (2003) observan que no se tiene claro el modo en que patrones concretos de agentes estresantes llevan al desarrollo de determinadas enfermedades.

Posteriormente, también se les da importancia a los sucesos menores, que pueden diferenciarse en positivos (placenteros) y negativos (contrariedades) para la persona, y que resultan en dificultades cotidianas aparentemente pequeñas como fuentes de estrés. En el curso de la vida diaria, los acontecimientos vitales de alta puntuación se producen con muy escasa frecuencia, y puede haber grandes porcentajes de estrés. Pues bien, a pesar de que los sucesos menores tienen sólo importancia en los episodios cotidianos del sujeto, por su frecuencia e implicación directa en el individuo, los estudios reflejan que es la interacción de ambos (sucesos vitales y sucesos menores) lo que mejor predice

la salud del sujeto. Se tienen en consideración las “unidades de cambio vital”, entendidas como la estimación del grado de cambio (o reajuste) que potencialmente produce un suceso vital específico. La suma de estas unidades determina el riesgo del individuo a enfermar. Los estudios del estrés van progresando hasta que se llega a estudiar el impacto del estrés en el individuo, sobresaliendo la percepción que tiene éste sobre el control, la predicción, la novedad, la valencia (positiva o negativa), la dependencia y la independencia (Sandín, 1995).

En la investigación, han surgido numerosos intentos de clasificar los diferentes tipos de estresores o bien situaciones que han sido consideradas como estresantes o bien tipos de estimulación que pueden provocar estrés. Lazarus y Cohen (1977) dividen los estresores en función de ciertos parámetros y distinguen tres tipos diferentes, principalmente según su intensidad, que son los cataclismos, los sucesos significativos en la vida o sucesos vitales extraordinarios y los pequeños estresores diarios.

Lazarus (2000) destaca que si durante muchos años permaneció un gran entusiasmo en la Psicología de la Salud por la investigación de los sucesos vitales y la enfermedad, posteriormente se ha desvanecido. La pérdida de entusiasmo ha llegado principalmente por no haber contemplado las diferencias individuales en la valoración y el afrontamiento. Otra razón ha sido que la lista original de sucesos, por un lado, es bastante incompleta (p. e., no existe ningún ítem que se refiera a la muerte de un hijo, son pocos los ítem referidos a las dolencias propias de los ancianos, etc.). Y, por otro lado, no se incluyen en la lista otro tipo de experiencias estresantes (p. e., los desastres naturales -terremotos, inundaciones- y las catástrofes provocadas por el hombre -guerra, inmigración, etc.-).

2.2. MODELO DE RESPUESTA

Las teorías del estrés centradas en la respuesta derivan de los trabajos de Selye y Cannon. Se considera al estrés como una respuesta generalizada e inespecífica que se produce del mismo modo en los diferentes organismos. Lazarus (2000) encuentra que frecuentemente se define el estrés como la reacción problemática a los estímulos estresantes (p. e., sentirse presionado, amenazado), que constituye la definición de respuesta de estrés. Crespo y Labrador (2003) inciden que lo que caracteriza al estrés en

este modelo es la forma de esta respuesta, la cual, frente a lo que sucede con las respuestas específicas (p. e., sudar ante estímulos de calor, etc.), se puede suscitar ante cualquier estímulo siempre que atente contra la homeostasis o equilibrio del organismo. Los estímulos estresores identificados por Selye eran principalmente estímulos físicos (p. e., restricción física, privación de agua, etc.).

Selye denomina a la respuesta de estrés como síndrome general de adaptación, que cuenta con un antecedente claro en la reacción de lucha y huida propuesta en 1914 por Cannon. Cannon (1932) influyó notoriamente en Selye, particularmente a partir de su hipótesis sobre la homeostasis, entendida como la capacidad que tiene todo organismo para mantener constante un equilibrio interno. Por otra parte, Cannon empleó el término estrés para referirse a las respuestas automáticas que emiten los organismos en defensa de estímulos amenazantes externos o internos (p. e., excitación, pérdida de sangre, etc.). Por lo tanto, en el modelo de respuesta se resaltan los estudios sobre la homeostasis. En ellos se da un realce primordial a la respuesta fisiológica del sujeto, haciendo hincapié en el estudio de los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico.

Como señala Sandín (1995), el síndrome general de adaptación transcurre a lo largo de tres etapas secuenciales y eminentemente fisiológicas:

1. La primera de ellas inicia cuando se identifica la situación de estrés como una amenaza y se denomina “reacción de alarma”, diferenciándose dos fases:
 - a) Fase de choque, con una reacción inmediata (taquicardia, pérdida del tono muscular, disminución de la temperatura y presión sanguínea) al agente nocivo.
 - b) Fase de contrachoque, caracterizada por la movilización de una fase defensiva (hipertensión, hiperglucemia, diuresis, hipertemia, etc.). El organismo libera corticosteroides con el objetivo de superar el acontecimiento de forma rápida, pudiendo terminar el síndrome general de adaptación en esta primera etapa, si el suceso quedara resuelto. En cambio, si perdura la situación de estrés, el organismo tiene que bajar el nivel de esfuerzo extra y se continúa hacia la segunda fase.

2. La segunda es la etapa de resistencia, en la que la activación, aunque ha disminuido con respecto a la fase de alarma, es muy elevada y puede mantenerse durante más tiempo para intentar reducir la situación de estrés. Se produce una adaptación del organismo al estresor junto con la supuesta mejora y posible desaparición de los síntomas. Si esto no se consigue, se puede llegar al agotamiento de las reservas del organismo porque éste continúa expuesto al estresor prolongadamente y pierde la adaptación adquirida en esta etapa, llegando a la secuencia final.

3. La tercera es la etapa de agotamiento, como pérdida progresiva de la capacidad de activación, pudiendo llegar a tener consecuencias negativas para el organismo, si se intenta mantener la activación al máximo, a causa de la gravedad y cronicidad del estresor.

Así pues, esta visión sigue un razonamiento circular (el estresor es el estímulo que produce estrés) que como no caracteriza al estresor tampoco puede predecir la respuesta de estrés. Además, está centrada en la respuesta orgánica, quedando limitada a los aspectos fisiológicos del individuo, hasta que los experimentos de Masson (1968, 1971) evidenciaron la existencia de los estímulos psicológicos como un componente olvidado de la respuesta en el estudio del estrés. El mismo autor llegó a demostrar con sus trabajos que las denominadas respuestas inespecíficas estaban producidas por estímulos emocionales, por lo que más apropiado que el concepto de inespecificidad sería el de activación emocional. La respuesta de estrés podría interpretarse más bien como una respuesta provocada por el factor psicológico que acompaña a todos los agentes que amenazan la homeostasis del individuo. Como comentan Gil y López (1999), la literatura especializada indicaba una diferente respuesta al estrés según el tipo de afrontamiento empleado, a partir de los datos obtenidos en investigaciones con sujetos animales.

Otra línea de evidencia aportada a favor de la importancia de los factores psicológicos en los estudios de estrés, en contraste con los físicos, fue sugerida por las investigaciones de Weiss (1971), quien habló de la percepción de control de los sujetos. Su trabajo indica que la respuesta de estrés depende del control (o percepción de control) que el sujeto tiene sobre el estresor, más que las características físicas de éste.

A partir de aquí, se demuestra que el estrés no queda suficientemente explicado sólo por los aspectos físicos del organismo, siguiendo las directrices de la fisiología y la medicina. También juegan un papel crucial los aspectos psicológicos para la generación del estrés. A esta deducción se llega después de hacer múltiples estudios experimentales en los cuales se aíslan y se combinan variables físicas con variables psicológicas.

2.3. MODELO TRANSACCIONAL

Las teorías interactivas o transaccionales tienden a maximizar la relevancia de los factores psicológicos, principalmente cognitivos, que median entre los estímulos (estresores) y las respuestas de estrés.

Lazarus y Folkman (1986) definen el estrés como el conjunto de relaciones entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal. Así pues, se desarrolla un nuevo enfoque del estrés centrado en la interacción (organismo y ambiente) de la respuesta con el estímulo. La teoría transaccional de Lazarus y Folkman es el máximo exponente de los modelos procesuales o dinámicos del estrés, en la cual éste deja de ser un concepto simple y estático. Se le da un papel protagonista al individuo, quien interacciona con el medio ambiente. En esta interacción, se destacan principalmente los encuentros y las transacciones de la persona con el entorno (individuo y ambiente), las cuales hacen posible la evaluación cognitiva, que es la mediadora entre el estímulo y la respuesta. Desde esta perspectiva del estrés, es ahora el sujeto quien procesa la información y quien valora y demanda recursos, es decir, el estrés surge del modo en que la persona percibe e interpreta los acontecimientos que ocurren en el ambiente exterior.

En esta línea, Lazarus (2000) entiende que las personas difieren significativamente en sus metas, creencias sobre sí mismas o el mundo y en los recursos personales, sobre los que dependen sus expectativas de resultados. Por ello, una persona se siente estresada sólo si lo que sucede impide o pone en peligro el compromiso de una meta importante y las intenciones situacionales, o hace fracasar expectativas altamente valoradas. El grado de estrés está, en parte, vinculado con el grado de intensidad del

compromiso y, parcialmente, con las creencias y las expectativas que crean, que pueden ser realizadas o fracasadas. Un enfoque relacional contempla las características ambientales y personales, y su importancia relativa. El significado relacional aporta la otra parte necesaria del proceso de estrés, basado en las valoraciones subjetivas de la importancia personal de lo que está sucediendo.

Crespo y Labrador (2003) postulan que este modelo ha sido denominado, en sus versiones más recientes, aproximación mediacional cognitiva, enfatizando así el aspecto cognitivo de evaluación (*appraisal*), que va a mediar las reacciones de estrés y que se considera, en gran parte, el factor determinante para que una situación potencialmente estresante llegue o no a producir estrés en el sujeto. Lazarus y Folkman (1984) hacen hincapié en la valoración que hace el sujeto de la situación, para comprender el proceso del estrés. Le dan mucha importancia a la relación entre la persona y el entorno, centrando toda la atención en la evaluación del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

Dentro del modelo transaccional el proceso de estrés no se puede entender sin hacer referencia al proceso de afrontamiento, definido como aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para afrontar las demandas específicas que son evaluadas como excesivas o desbordantes de los recursos del individuo. Por otra parte, además de las aportaciones del modelo respecto a la bidireccionalidad entre individuo y ambiente, por un lado, y la introducción del concepto de evaluación cognitiva, por otro, el modelo transaccional no especifica los mecanismos por los que la respuesta de estrés puede afectar a la salud del individuo, resultando pobre la concreción de los niveles psicológicos y conductuales, especialmente las respuestas fisiológicas (Crespo y Labrador, 2003).

Recogiendo la concepción procesual se propone un modelo explicativo (presentado por Labrador, 1992) que intenta establecer la conexión entre las respuestas de estrés y la aparición de trastornos asociados al estrés. Este modelo integra la evaluación cognitiva de los estímulos, en la que se especifican los niveles de procesamiento central controlado, propuestos por Lazarus y Folkman, a los que se añade un nivel previo de evaluación automática inicial, cuya conceptualización se basa en el patrón de *respuesta de orientación* y *respuesta de defensa*. El modelo incluye además la respuesta fisiológica, en la que se diferencian los tres ejes propuestos por Everly (1989)

(neural, neuroendocrino y endocrino). El modelo propone, en suma, que la aparición de un trastorno asociado al estrés depende de la evaluación que se haga del acontecimiento, de la activación fisiológica, de las estrategias que se pongan en marcha para hacerle frente y de los recursos que se tengan disponibles (tanto externos –apoyo social- como internos –factores de personalidad-). De este modo, las consecuencias dependen de las características de la situación (estresor), pero también de las respuestas del sujeto a nivel cognitivo, motor y fisiológico (respuesta de estrés). Más aún, existen factores que hacen al sujeto menos propenso a desarrollar esas consecuencias negativas (factores de protección), aunque también hay otros que las facilitan (factores de riesgo o vulnerabilidad).

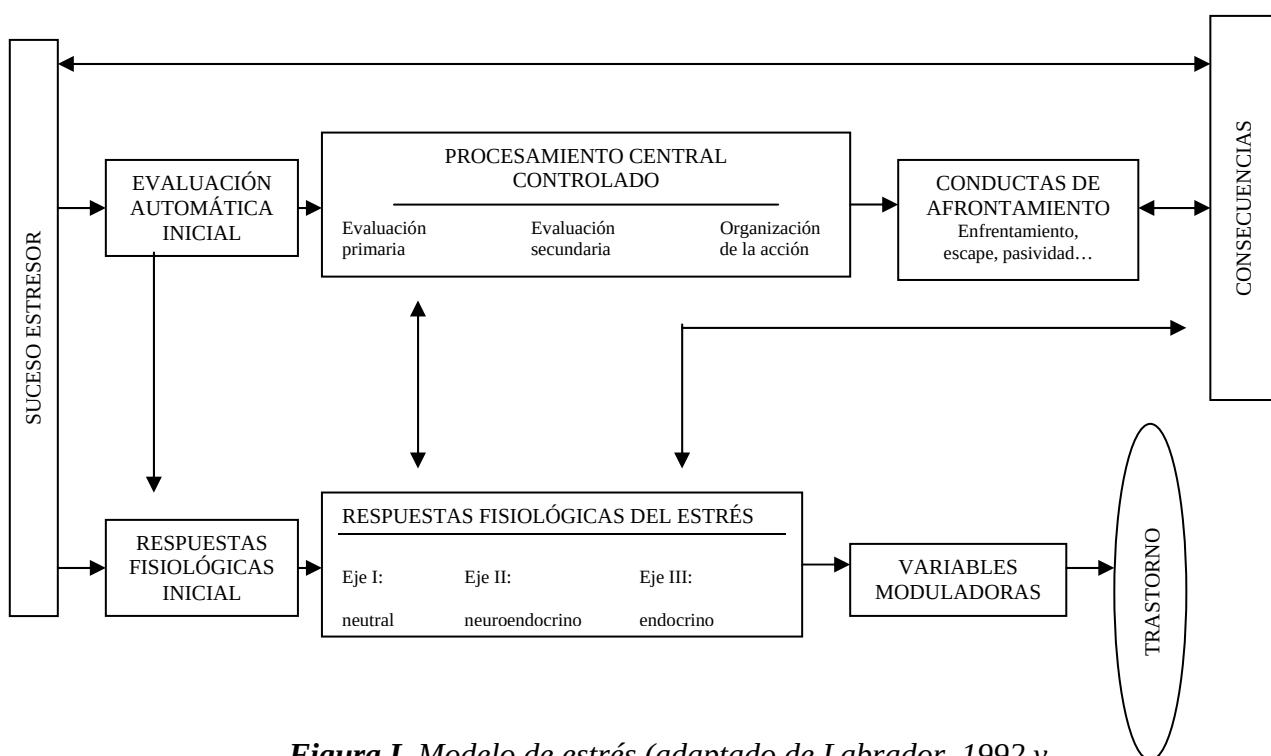


Figura I. Modelo de estrés (adaptado de Labrador, 1992 y tomado de Crespo y Labrador, 2003, pág.59)

Teniendo en cuenta los pasos de la investigación sobre el estrés, desarrollada por las teorías centradas en la respuesta y el estímulo, y, sobre todo, con la influencia del enfoque interaccional de Lazarus, Sandín (1995) propone un modelo procesual del estrés fundamentado en siete etapas. Se destacan, así, los siguientes componentes del estrés, tales como las variables situacionales del estrés (situaciones vitales y situaciones menores), las variables mediadoras (evaluación cognitiva primaria, evaluación cognitiva secundaria y modos de afrontamiento), las respuestas de estrés (emocionales y

fisiológicas), las variables moduladoras (disposiciones personales y apoyo social) y el estatus de salud como resultado del estrés, los cuales van a adoptar diferentes funciones según el momento temporal del proceso. Siguiendo la perspectiva del modelo transaccional o mediacional del estrés, los estresores van a ocasionar una respuesta del individuo en función de los procesos cognitivos de éste. Por un lado, variables mediadoras que expresan su influencia y, por otro lado, variables moduladoras o moderadoras que atenúan o refuerzan la actividad, con lo cual se desencadenan conductas eficaces o ineficaces (enfermedad) (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Aunque desde 1984 se ha producido una enorme cantidad de investigación que defiende las propuestas básicas de la teoría cognitiva-mediadora del estrés y del afrontamiento centrada en la valoración, Lazarus (2000) recogió que a pesar de la popularidad del modelo transaccional, la mayor parte de la investigación continuaba siendo estímulo-respuesta. Crespo y Labrador (2003) asumen el cambio evidente en la utilización transcurrida del modelo estímulo-respuesta originario al modelo transaccional establecido, subrayando que el modelo transaccional es el que tiene una mayor vigencia en la actualidad y es el que centra la mayor parte de la investigación y la formulación de los problemas de estrés.

MARCO TEÓRICO



Estrategias de afrontamiento



3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Lazarus (2000) plantea que el afrontamiento se relaciona con el modo en que las personas resuelven o se sobreponen a las condiciones vitales que son estresantes, en tanto que se podría admitir la reciprocidad entre el estrés y el afrontamiento. Cuando el afrontamiento es inefectivo, el nivel de estrés es alto, mientras que cuando el afrontamiento es efectivo, el nivel de estrés puede ser bajo. Con todo, el autor entiende que éste no pretende ser un principio exacto, dado que probablemente las personas que afrontan el estrés con efectividad pueden tener un mayor grado de implicación que los individuos inefectivos para con las estrategias de afrontamiento al estrés, y consecuentemente proporcionan más estrés potencial para sí mismos, aunque generalmente puedan afrontarlo.

Ante cualquier situación novedosa que le retire el confort a la persona o que no pueda predecir lo que va a ocurrir en un instante relevante, va a hacer que el sujeto se sienta inseguro y amenazado por el entorno. Esta tendencia natural a la supervivencia por encontrar el máximo de estabilidad, seguridad, control, etc., es lo que va a promover mecanismos internos y estrategias cognitivas para afrontar sucesos inesperados o incontrolados para el individuo, según haya sido la experiencia previa vivida por éste.

Por supuesto, no siempre los agentes externos son negativos para la persona. Todo ello va a estar en función de la valoración subjetiva que hace el sujeto de la situación y de la respuesta, inmediata o no, que aporte ante los estímulos ambientales. La división tradicional entre las emociones de tono positivo y de tono negativo puede llevar a distorsiones del proceso de emoción. Es decir, es evidente la existencia de emociones positivas y negativas, como enfatiza Lazarus (2000), quien asume que también las emociones de tono positivo pueden llevar ocasionalmente a experimentar algún tipo de daño y amenaza que requiera afrontamiento. El individuo pone en marcha una serie de estrategias de actuación para intentar llegar a una situación de adaptación con el medio, a un control personal de la situación según sus capacidades, para dominar el entorno y conseguir el mayor equilibrio físico y psíquico posible.

El afrontamiento se relaciona de forma bastante estrecha con las dimensiones de evaluación cognitiva de la situación, de tal forma que a veces resulta difícil separar ambos componentes. Folkman y Lazarus (1988) hallaron que el afrontamiento junto con la valoración es un mediador de la reacción emocional. Así pues, los modos de afrontamiento es un importante modulador de sus efectos finales sobre la salud.

Lazarus (1993) especificó la naturaleza compleja del afrontamiento, y puntualizó que las personas utilizan gran parte de las estrategias de afrontamiento para cada situación estresante. El afrontamiento, por tanto, está en función de la valoración cognitiva del sujeto cuando “algo puede hacerse para cambiar la situación”. Si es así, y el individuo se ve con posibilidad de “hacer algo”, va a predominar el afrontamiento centrado en el problema, mientras que en el caso opuesto el afrontamiento estará focalizado por la persona en la emoción. No obstante, según Lazarus (2000), sería un malentendido considerar las funciones del afrontamiento como tipos discretos de acción, ya que la persona persigue frecuentemente ambos objetivos (problema y emoción) y una misma acción puede tener normalmente más de una función.

Siguiendo al mismo autor, cuando la situación de estrés se cronifica, los sujetos tienen tendencia a mostrar patrones semejantes de afrontamiento. Algunas estrategias tienen mayor estabilidad que otras en el tiempo y otras, en cambio, se manifiestan asociadas a contextos específicos. Los modos de afrontamiento cambian de una etapa a otra del proceso o acontecimiento estresante. Por ello, el afrontamiento actúa como un proceso mediador de los resultados emocionales, de tal forma que ciertas estrategias están asociadas a resultados emocionales positivos mientras que otras lo están a resultados emocionales negativos. Así pues, la utilidad de cada estrategia de afrontamiento varía con el tipo de estresor, el tipo de personalidad y la modalidad de resultado que sean estudiados (p.e., bienestar subjetivo, funcionamiento social o salud). En este sentido, la estrategia que resulta exitosa en un contexto puede resultar contraproducente para otro.

En términos generales, según Gil y López (1999), se entiende el afrontamiento como los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para afrontar tanto las demandas externas o internas generadoras del estrés, como el estado emocional desagradable vinculado al mismo.

Zanjonc (1980) habla de los procesos cognitivos y de la emoción para entender el estrés del individuo. Los modos de afrontamiento actúan como variables mediadoras entre el estrés percibido y sus consecuencias. Por tanto, parece haber suficiente consenso en el sentido de apoyar que el afrontamiento ocupa un rol relevante como componente mediador entre las circunstancias estresantes y la salud. A pesar de ello, para Folkman (1982), el concepto de afrontamiento no está todavía sustentado por un cuerpo teórico o un modelo apropiado de evaluación del mismo que permita investigar con él de forma efectiva.

Por otra parte, y por contextualizar el estudio de las estrategias de afrontamiento en el marco de la investigación presente, dentro del ámbito de los cuidados de las personas mayores dependientes, no se puede dejar de incidir en que el afrontamiento actualmente es una variable moduladora de capital importancia. Es decir, el afrontamiento, según Pearlin y Schooler (1978), representa las respuestas a los estresores a fin de disminuir sus consecuencias negativas.

Gil y López (1999) defienden que el concepto de afrontamiento está referido a una serie de complejas operaciones a veces parecidas a los estilos o patrones de comportamiento, porque aparecen como formas consolidadas de reaccionar. Las aproximaciones del afrontamiento llevan a vislumbrar un variado abanico de dimensiones, tipos y modelos de afrontamiento, recogidas de manera diferente en la literatura.

3.1. TIPOS DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Las aproximaciones y perspectivas del afrontamiento se pueden diferenciar en dos grupos fundamentales (Sandín, 1995). El primero de ellos, entiende el afrontamiento como el estilo personal del individuo para hacer frente al estrés. Por ello, se habla de rasgos estables de la personalidad, para referirse a la estructura o estabilidad. Y el segundo grupo se centra principalmente en un enfoque procesual atendiendo al flujo o cambio, en el cual se destacan fases, ciclos y transacciones. Lazarus y Folkman (1984) contribuyeron en la investigación y pensamiento sobre el afrontamiento, principalmente con la formulación de proceso, entendiendo el estrés como la situación vital

insatisfactoria que la persona desea modificar, con el afrontamiento, en función de las demandas relacionales cambiantes. A pesar de ello, Lazarus (2000) expresa que los dos modos de pensamiento, proceso y estructura, son esenciales para una comprensión apropiada del afrontamiento y representan así las dos caras de una misma moneda. A continuación, se ofrecen por separado las aportaciones de ambas orientaciones (enfoques de rasgo y estilo y de proceso) que diferencian los modos de afrontamiento.

Lazarus (2000) aporta que existen tres modos de considerar el afrontamiento desde la perspectiva del rasgo y estilo. La primera consiste en una descripción acerca de los patrones de afrontamiento que parecen normativos en la persona. El segundo enfoque deriva de la teoría de las disposiciones de personalidad o rasgos que podrían influir sobre los patrones de afrontamiento estables. Es decir, un objetivo o creencia del individuo conduce a la formación de un estilo estable de afrontamiento temporal y en variadas transacciones, con lo cual se puede confirmar que las disposiciones modelan coherentemente los pensamientos y las acciones del afrontamiento. Lazarus (2000) se decanta favorablemente por el tercer enfoque, más sofisticado que los dos anteriores. A veces este tercer modo de considerar el afrontamiento se identifica como un enfoque de rasgo condicional. Desde esta perspectiva, se dice que ciertas condiciones ambientales se convierten en funcionalmente equivalentes mediante un rasgo, como el compromiso de un objetivo o creencia. Lazarus (2000) sugiere los conceptos de objetivos y jerarquía de objetivos, las creencias sobre uno mismo y el mundo, y los recursos personales, como algunas de las disposiciones o rasgos de personalidad que influyen sobre los estilos de afrontamiento. La historia de la investigación de los estilos de afrontamiento se remonta a las ideas sobre los estilos de expresión de los años treinta y a los estilos cognitivos y controles de los años cincuenta.

Haciendo referencia a la primera orientación basada en los estilos de afrontamiento, desde una visión psicoanalítica, se presentan los mecanismos de defensa del inconsciente para referirse al afrontamiento de cada sujeto que experimenta estrés. Se introdujo el concepto de “defensas del yo” para referirse a los mecanismos psicológicos defensivos que emplea la persona para afrontar a los agentes que atentan contra su integridad. Con ello, la orientación psicoanalítica influyó en algunas teorías posteriores focalizadas en la caracterización de estilos de afrontamiento, en particular respecto a la consideración de un posible estilo defensivo. Lazarus (2000) reseña que el

punto de vista freudiano de defensa se centraba en el proceso, aunque inspiró muchos esfuerzos de medición centrados en los rasgos (p. e., los estilos de afrontamiento contrapuestos de la represión y de la sensibilización).

Los estilos de afrontamiento se han formulado partiendo de la base de que se trata de disposiciones personales para hacer frente a los variados tipos de acontecimientos estresantes del sujeto. Atendiendo a los modelos que surgieron centrados en el concepto de estilos de afrontamiento, se puede hablar de tres tipos de medida de los rasgos de afrontamiento: 1) estilo represor y sensibilizador (Byrne, 1964), 2) represor, no defensivo y no ansioso, no defensivo y ansioso, y defensividad ansiosa (Weinberger, Schwartz y Davidson, 1979) e 3) incrementador y atenuador (Miller, 1987).

El componente represor del modelo de Byrne tiende a la negación y evitación, mientras que el elemento sensibilizador es más vigilante y expansivo. El autor de este primer modelo sugirió que la estrategia defensiva de los individuos al estrés puede localizarse en algún punto de la dimensión bipolar represión y sensibilización.

En el modelo de Weinberger *et al.* (1979), los autores proponen cuatro tipos de afrontamiento al estrés. El tipo represor indica alta puntuación en deseabilidad social y baja en autoinformes de ansiedad, el componente no defensivo y no ansioso muestra baja puntuación en deseabilidad social y autoinformes de ansiedad, el tipo no defensivo y ansioso manifiesta baja puntuación en deseabilidad social y alta en autoinformes de ansiedad, y el componente defensividad ansiosa tiende a puntuaciones altas en deseabilidad social y autoinformes de ansiedad (Crowne y Marlow, 1964). Los autores del segundo modelo proponen que el tipo represor reduce cognitivamente la ansiedad de forma defensiva, mientras que el tipo defensividad ansiosa incrementa la ansiedad defensivamente. En cambio, los tipos no defensivos afrontan el estrés con ansiedad informada, alta o baja.

Sin embargo, el modelo de Miller de 1987 ha adquirido gran importancia en los estilos cognitivos, por un lado, incrementador (indica el grado con que un individuo está alerta y sensibilizado respecto a la información relacionada con amenaza) y, por otro, atenuador (denota el grado con que un sujeto evita o transforma cognitivamente la información de amenaza). El autor de este tercer modelo ha indicado que estos estilos

de afrontamiento pueden ser más o menos adaptativos en función del tipo de situación estresante (controlabilidad de la situación). La combinación de los estilos bajo incrementador y alto atenuador es una forma efectiva para afrontar situaciones en la que la amenaza es incontrolable o ante frustración aversiva por demora en la gratificación. En cambio, los modos alto incrementador y bajo atenuador son formas efectivas de afrontamiento cuando el contexto permite un mayor control de la amenaza. No obstante, se ha observado que los incrementadores tienden a valorar como amenazantes las situaciones ambiguas y que atienden más a las situaciones negativas (implican cierta amenaza potencial), pudiendo influir sobre el propio proceso de evaluación cognitiva.

Lazarus (2000) apunta que este primer grupo de tipos de estrategias correspondientes al enfoque de rasgo y estilo presenta cuatro limitaciones importantes:

1. Reduce el afrontamiento a un contraste entre dos estilos opuestos extremadamente amplios, simplificando así excesivamente la variedad de tipos de pensamientos, acciones y modos de afrontamiento.
2. Ha ignorado las intenciones de los objetivos y las estrategias integradoras que podrían definirse como motivadoras, que son utilizadas por las personas a la hora de afrontar el daño, la amenaza y el desafío.
3. Sistemáticamente no se reconoce la existencia del tramo intermedio de sujetos de la distribución del estilo, especialmente cuando se considera como una dimensión.
4. Las diferencias en los efectos sobre los resultados adaptativos de disposiciones de afrontamiento opuestas son invariablemente modestas en su poder discriminativo, resultando un enfoque simplemente mecánico.

Por todo ello, la limitación más importante del enfoque de rasgo y estilo ante el afrontamiento es que no existe una evaluación del grado en que el estilo de afrontamiento es representativo del modo en que la persona afronta realmente el estrés en contextos y momentos diferentes. La crítica de Lazarus, por un lado, no se refiere tanto al concepto mismo de estilo sino al tipo de medición empleada y, por otro lado, a

la ausencia de la vinculación de estos estilos con lo que las personas realizan desde la perspectiva del proceso que se verá a continuación. Lazarus (2000) sugiere que no se debe confiar excesivamente en una única dicotomía o dimensión sino en una variedad de estilos que puedan describir e integrar la gran variedad de pensamientos y actos de afrontamiento utilizados para los daños, las amenazas y los desafíos reales y los significados relacionales sobre los que se basan. Los rasgos motivacionales y las intenciones situacionales parecen aportar un buen marco organizativo para un nuevo enfoque de los estilos de afrontamiento.

El segundo grupo de perspectivas que abordan los tipos de estrategias de afrontamiento está representado por Lazarus y Folkman (1984) en términos de proceso. Lazarus (2000) defiende que un enfoque de proceso para el afrontamiento recoge tres temas básicos, que se enumeran a continuación para desarrollarlos brevemente más adelante: 1) no existe modo de afrontamiento universalmente efectivo o inefectivo, 2) los pensamientos y acciones de afrontamiento deberían describirse en detalle, y 3) las principales funciones del afrontamiento.

En referencia al primer tema apuntado, la negación, p. e., que en un momento fue considerada como perjudicial y sinónimo de patología, puede ser beneficiosa bajo ciertas circunstancias. Lazarus (2000) defiende el principio que explica que cuando nada puede hacerse por alterar la enfermedad ni prevenir el daño futuro, la negación puede ser beneficiosa. Sin embargo, cuando la negación impide la necesaria acción adaptativa, es probable que sea perjudicial. Así pues, dependiendo del momento, la negación puede ser beneficiosa (p. e., antes de que ocurra el ataque cardíaco) o bien puede ser peligrosa cuando el paciente vuelve a casa y debe restablecer las actividades vitales cotidianas. Y es contraproducente en algunas enfermedades, tales como el asma, entre otras. Por el contrario, la negación es útil en la cirugía optativa y también durante la hospitalización porque ejerce de antídoto contra el estrés. Siguiendo con el segundo tema referido, para estudiar el proceso de afrontamiento se requiere una descripción de lo que piensa y hace una persona en cada momento y el contexto en el que se produce. Y con relación al tercer aspecto, según Lazarus (2000), la reevaluación es uno de los modos más efectivos de afrontar una situación estresante, sin embargo algunas veces es difícil distinguirla de la negación. Cuando el significado personal de lo que está sucediendo coincide con las

pruebas, no se está ante una negación. Una reevaluación posibilita empatizar con las dificultades de la otra persona y nos ayuda a excusar las respuestas desafortunadas.

Este enfoque de proceso, alternativo al modelo centrado en los estilos de afrontamiento, asume como principios primordiales, que el afrontamiento debe separarse de los resultados y depende del contexto, que algunas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes (p. e., reevaluación positiva) que otras (p. e., búsqueda de apoyo social), cuales son las dos funciones principales del afrontamiento (focalizado en el problema y en la emoción), y que el afrontamiento depende de la consideración respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación. En referencia a las funciones del afrontamiento, Lazarus (2000) insiste en el error de contrastarlas (problema y emoción), concluyendo que el afrontamiento centrado en el problema es siempre la estrategia más útil. No obstante, hay pruebas que demuestran que, bajo ciertas circunstancias, el afrontamiento centrado en el problema puede ser perjudicial para la salud y el bienestar de la persona.

Lazarus y Folkman (1986) diferencian, entre otros, algunos modos de afrontamiento, tales como, confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, huida y evitación, aceptación de responsabilidad, planificación y reevaluación positiva. Siguiendo la perspectiva de los autores citados, el afrontamiento tiene una doble función, por una parte, regular la ansiedad emocional del distrés, lo cual requiere estrategias paliativas y, por otra, hacer algo para afrontar el problema, lo cual requiere estrategias activas. Se hace referencia al afrontamiento como a los esfuerzos instrumentales y paliativos.

Las ocho dimensiones formuladas por Lazarus y Folkman (1986) se corresponden a los dos focos del afrontamiento. Por un lado, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva) se relacionan con técnicas paliativas, destinadas a regular la ansiedad manifiesta en el individuo. Y, por otro lado, los modos de afrontamiento centrados en el problema (confrontación, planificación de solución de problemas) se relacionan con técnicas activas, destinadas a solucionar los problemas que surgen a consecuencia del estrés.

Las primeras consisten en el empleo de los procesos cognitivos que tienen la misión de disminuir el grado de trastorno emocional que genera la situación estresante, conservar la esperanza y el optimismo. Estas estrategias son evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Las segundas son aquellas estrategias que analizan y definen la situación, buscan alternativas para su solución (costes y beneficios), y las cuales tratan de modificar el estresor (Ramos, 1999). Y la restante dimensión, búsqueda de apoyo social, posee componentes de ambos tipos de focalización (problema y emoción), por lo que puede ser considerada como una modalidad de afrontamiento intermedio.

Lazarus (2000) entiende que el enfoque de proceso tiene el riesgo de ser excesivamente contextual a expensas de la imagen global, de las estrategias coordinadas que utiliza un sujeto en el transcurso de los acontecimientos vitales, las variables de personalidad que generan esta coordinación, los objetivos y perspectivas vitales que conducen a la persona en una dirección adaptativa.

Han surgido varias clasificaciones a la hora de categorizar las estrategias de afrontamiento. Por un lado, Meichenbaum y Turk (1982) postularon tres tipos o formas generales de enfrentarse a las situaciones de estrés: 1) individuos autorreferentes o ineficaces, 2) individuos autoeficaces o centrados en la tarea y 3) individuos que niegan la existencia de problemas.

Para Kiely (1972) existen tres tipos de afrontamiento, a saber, los cognitivos, los conductuales y los afectivos. Stone, Kenndy-Moore, Newman, Greenberg y Nealf (1988) recogen las siete dimensiones más significativas del afrontamiento, tales como, apoyo social, búsqueda de información, religiosidad, redefinición de la información, evitación, reducción de la tensión y solución del problema. Otros autores (Lazarus, 1974; Moos y Billings, 1982; Lazarus y Folkman, 1986; Endler y Parker, 1990; Törestad, Magnusson y Olah, 1990; Steptoe, 1991 y Perrez y Reicherts, 1992) aportan diferentes grupos de dimensiones del afrontamiento.

Sandín (1999) destaca que muchos autores han empleado los métodos psicométricos desarrollados por el grupo de Lazarus (*Ways of coping checklist* y *Ways*

of coping questionnaire) aplicándolos no como una medida procesual, sino con una orientación de rasgo. Así, en lugar de preguntarle a la persona cómo afronta encuentros específicos de estrés, se le cuestiona al sujeto acerca de cómo afronta usualmente el estrés. Esta nueva orientación es distinta al enfoque de los estilos de afrontamiento porque implica una metodología diferente y una concepción más tendente a la multidimensionalidad (varios modos de afrontamiento).

Siguiendo esta propuesta, las dimensiones del afrontamiento se consideran como disposiciones generales que llevan al individuo a pensar y actuar de forma más o menos estable ante las diferentes situaciones estresantes. Törestad *et al.* (1990) presentaron evidencias sobre la estabilidad del afrontamiento que categorizaron en tres dimensiones:

1. Constructivo (los esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a tratar con los sucesos estresantes de una manera directa y confrontativa).
2. Pasivo (soluciones dirigidas a la emoción).
3. Escape (las acciones cognitivas y conductuales que implican “salirse del campo” física o psicológicamente).

La primera dimensión (constructivo) se corresponde con la focalización del problema, de Lazarus. Y las otras dos (pasivo y escape), se solaparían con la categoría de afrontamiento centrado en la emoción, del mismo autor. En esta línea y con la intención de mejorar las escalas del grupo de Lazarus, Endler y Parker (1990) consiguieron aislar tres claras dimensiones del afrontamiento (orientado hacia la tarea, la emoción y la evitación). La subescala “tarea” correlacionaba positivamente con las dimensiones de Lazarus focalizado en el problema y enfatización o reevaluación positiva. Las otras subescalas (emoción y evitación) se asociaban positivamente a la dimensión focalizado en la emoción de Lazarus. Un aspecto destacable del estudio de Endler y Parker es la definición del afrontamiento de acuerdo con tres dimensiones básicas, aspecto que contrasta con el modelo bidimensional de Lazarus. Además, la solución trifactorial de estos autores es equiparable al modelo de Törestad *et al.* (1990), debido a que las subescalas *tarea*, *emoción* y *evitación* se podrían transponer con las dimensiones *constructivo*, *pasivo* y *escape* sugeridas por estos últimos. La asunción de

este nuevo modelo tridimensional supone separar la categoría de evitación y escape de la dimensión general de afrontamiento focalizado en la emoción sugerida por Lazarus, ya que estos ítem implican tanto componentes de evitación como de emoción. El estudio de Roger, Jarvis y Najarian (1993) apoya y extiende el modelo de Endler y Parker. Por un lado, confirman factorialmente la existencia de las tres dimensiones (racional o tarea, emocional y evitación) y, por otro lado, aíslan un cuarto factor primario del afrontamiento relacionado con una sensación de separación afectiva (*detachment*) respecto a los sucesos estresantes. Así, argumentan que cuando la persona está menos implicada sentimentalmente con el evento, el afrontamiento suele ser más efectivo. Los autores obtienen correlaciones positivas entre esta nueva dimensión y la estrategia orientada racionalmente (tarea), así como entre las estrategias emoción y evitación, sugiriendo que los primeros tipos (racional y separación) son estrategias adaptativas, y los dos segundos (emocional y evitación) son desadaptativos.

Un punto de vista complementario sobre el afrontamiento, y que puede integrar algunas discrepancias señaladas anteriormente, es el apuntado por Moos y Schaefer (1986) que categorizan el afrontamiento según dos dimensiones diferentes: 1) el método (puede ser activo y cognitivo, activo y conductual y evitación), y 2) la focalización (en la evaluación, en el problema y en la emoción).

Pelechano (1996) señala que se mantienen dos visiones diferentes sobre las estrategias de afrontamiento que podrían ser más complementarias que alternativas. La primera, considerar el afrontamiento, personalizado en Lazarus, como determinado por el contexto y variable con el paso del tiempo. Y la segunda, que aceptando el planteamiento anterior, añaden la existencia de modos cronificados de afrontamiento estables (p. e., Pelechano, Matud y De Miguel, 1993). Pelechano (1992) ha propuesto una reubicación del estudio de los modos de afrontamiento en el ámbito de la Psicología de la Personalidad. Conceptualiza las estrategias de afrontamiento formando parte de las capacidades y aptitudes de personalidad, representando modos de operar ante problemas concretos que se encuentran consolidados y que resultan eficaces e ineficaces frente a determinados problemas. A través de la literatura científica y los estudios de investigación con pacientes crónicos, se dedujo concretamente una estructura de modos de afrontamiento con tres factores de segundo orden, a destacar, 1) cotidianeidad con búsqueda de información y anclajes socioculturales, 2) autovaloración crítica de la vida

con autoengaño y recelo de los médicos, y 3) inculpación familiar con huida hacia adelante.

Lazarus (2000) puntualiza que otro malentendido frecuente es divorciar el afrontamiento de la personalidad del individuo que lo ejecuta. El autor enfatiza la relevancia que tienen ciertas variables de personalidad, tales como los compromisos vinculados a objetivos, las creencias sobre uno mismo y el mundo y los recursos personales, en el significado relacional del sujeto para el momento del afrontamiento. Es decir, subraya la importancia que adquieren las motivaciones, el modo de concebir la vida, las capacidades y las limitaciones personales para afrontar las diversas situaciones. Por esta razón, para entender la selección de las estrategias de afrontamiento, se debe ir más allá de la medición superficial del afrontamiento e identificar estos significados que varían en función de la personalidad y del modo en que el individuo valora lo que está sucediendo. En esta misma línea, los estudios realizados por Pelechano, Matud y De Miguel (1994) señalan que los modos de afrontamiento no se pueden investigar sin contar con la estructura de personalidad del individuo. Los autores citados elaboran un modelo sobre las relaciones entre el estrés y la personalidad, tras encontrar cuatro bloques de factores de personalidad que actúan como mediadores entre la estimulación estresante y la respuesta observable de afrontamiento que el sujeto disponga. Según este modelo, el estrés debe ser estudiado desde los siguientes tres enfoques. Por un lado, desde la perspectiva de los sucesos vitales estresantes (tomando el carácter negativo de los acontecimientos objetivos). Por otro lado, de los fastidios (entendidos como las exigencias, frustraciones, causas del sufrimiento, que caracterizan las transacciones cotidianas con el entorno, siguiendo la definición de Kanner *et al.*, 1981). Y, además de los dos primeros enfoques, el estrés también debe ser analizado desde el afrontamiento (referido a las verdaderas competencias de personalidad que son parte integrante de la inteligencia inter e intrapersonal, tal y como reseñan los autores citados). A su vez estos factores de estrés son mediados por la estructura personal, considerando cuatro elementos, entre otros, la imagen de sí mismo, el grado de satisfacción o cumplimiento del plan de vida o realización personal, el tronco impulsivo de rigidez y motivación, neuroticismo y ansiedad. Por todo ello, los autores establecen una relación interactiva entre personalidad y estrés, de tal modo que la personalidad puede acrecentar o reducir la incidencia de los factores estresantes y sus efectos sobre la salud y la enfermedad.

Los resultados del trabajo de González (2004), enmarcado en la concepción del estrés como proceso transaccional, según la tradición de Lazarus, indican, por una parte, que aunque tanto hombres como mujeres hacen uso de todas las estrategias de afrontamiento, existen diferencias en sexo en cuanto al tipo de estrategias usadas con más frecuencia. Asimismo, los hombres tienden a usar más la planificación, el distanciamiento y la confrontación, en tanto que las mujeres, tienden a usar la búsqueda de apoyo. No se encontraron diferencias, sin embargo, en el uso de la reevaluación positiva. Es decir, tanto hombres como mujeres usan estrategias centradas en el problema y centradas en la emoción, pero existen diferencias. En cuanto a las estrategias centradas en la emoción, los hombres las emplean con más frecuencia que las mujeres (excepto la reevaluación positiva).

Por otra parte, respecto a las relaciones entre la ansiedad y el afrontamiento, existen modos de afrontamiento, como el autocontrol y la búsqueda de apoyo, que son usadas con una frecuencia parecida tanto por personas ansiosas como no ansiosas. Sin embargo, las personas ansiosas suelen usar más la evitación y el escape, y la reevaluación positiva, mientras que las personas no ansiosas, la planificación, la confrontación y el distanciamiento. Por tanto, se puede decir que las personas con ansiedad alta usan más estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (la evitación y el escape, y la reevaluación positiva, además de el autocontrol y la búsqueda de apoyo), y que las personas con ansiedad baja emplean más modos de afrontamiento centrados en el problema (la planificación, la confrontación y el distanciamiento).

Por otro lado, y volviendo al contexto del presente estudio, situado en el ámbito del cuidado a las personas mayores dependientes, Lazarus y Folkman (1984), entre otros, han identificado tres tipos de categorías:

1. Afrontamiento de problemas, que incluyen estrategias de afrontamiento ante los estresores o de situaciones específicas de cuidado (p. e., el comportamiento que debe tomar un cuidador cuando se siente agredido por la persona cuidada).

2. Afrontamiento de tipo cognitivo, que está representado por los esfuerzos de afrontamiento de las diferentes maneras de entender las situaciones de estrés y que es

reelaborado a través de la experiencia del cuidador (p. e., considerar o no que el culpable de esta situación de cuidado es la enfermedad y no la persona dependiente).

3. Afrontamiento de tipo emocional, en el que se incluyen el afrontamiento de los síntomas del estrés (p. e., el control de sentimientos depresivos o psicofisiológicos).

Diversos investigadores (Haley *et al.*, 1987 y Vitaliano, Russo, Young, Teri y Maiuro, 1991) han demostrado que el afrontamiento de tipo cognitivo y la resolución de problemas está relacionado con un menor distrés, y que el afrontamiento de tipo emocional está relacionado con mayores niveles de distrés. Asimismo, Zarit y Orr (1985) comprobaron a nivel clínico que el aprendizaje del afrontamiento de los estresores de manera más efectiva, es saludable para los cuidadores. La eficacia de las estrategias de afrontamiento depende, por un lado, de la naturaleza de los estresores y, por otro lado, del nivel de estrés del cuidador. Para concluir, Yanguas, Leturia y Leturia (2000) refieren que el afrontamiento y los estresores mantienen una relación recíproca, debido a que los estresores ponen en marcha el afrontamiento ante una situación determinada, a la vez que los esfuerzos efectivos de afrontamiento de situaciones estresantes puede hacer, que disminuya la frecuencia con que estas situaciones no deseadas aparezcan. Sin embargo, la situación cambia de plano cuando un afrontamiento no efectivo puede aumentar los problemas conductuales y emocionales, en la persona cuidada.

MARCO TEÓRICO

4

***Aspectos psicofisiológicos
relacionados con el estrés***

4. ASPECTOS PSICOFISIOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS

Crespo y Labrador (2003) caracterizan la respuesta de estrés por un aumento general de la activación del organismo que le prepara para afrontar las demandas que se le presentan. Generalmente dicha respuesta implica, por un lado, una disminución de las actividades relacionadas con demandas o funciones a medio o largo plazo y, por otro lado, una movilización general y masiva de recursos para reaccionar y afrontar rápida y eficazmente a la demanda inmediata.

Como se verá a continuación, además de las variables metabólicas y diversos órganos, como señala Sandín (1999), el estrés afecta a un conjunto amplio de variables psicofisiológicas (p. e., las respuestas asociadas al sistema cardiovascular, con el incremento de la tasa cardíaca, el aumento de la presión sanguínea sistólica y diastólica del ritmo cardíaco, la vasoconstricción periférica y, posiblemente, las arritmias cardíacas).

Selye fue quien estableció originariamente las respuestas fisiológicas asociadas al estrés, implicando prioritariamente la activación de los sistemas neuroendocrinos hipotálamo-hipófiso-corticosuprarrenal y médulo-suprarrenal, así como también la activación del sistema nervioso autónomo simpático. Posteriormente, Masson (1968) dejó establecida la idea de totalización neuroendocrina y diferenció dos patrones de respuesta hormonal durante el estrés:

1. El primero, compuesto por un subgrupo de hormonas formado por los 17-hidrocorticosteroides, la adrenalina, la noradrenalina, la tiroxina y la hormona del crecimiento, se caracteriza por un rápido aumento de los niveles de las hormonas citadas. Estas representan un perfil monofásico (ascenso y recuperación) e inducen efectos catabólicos sobre el organismo. La actividad tiroidea es la que se mantiene incrementada durante más tiempo, llegando a alcanzar los valores máximos, a pesar de no continuar presente el estímulo estresor.

2. El segundo patrón consiste en una caída inicial del nivel hormonal, en la que figuran los andrógenos, los estrógenos y la insulina, mostrando un perfil bifásico (descenso y ascenso) que ejerce efectos anabólicos.

Siguiendo el planteamiento de los patrones de respuesta de Masson, según Sandín (1999), durante el proceso de estrés se podrían diferenciar metabólicamente dos tipos de respuesta: a) respuesta global “ergotropa” con actividad catabólica, y b) respuesta “trofotropa” con actividad anabólica.

Aunque Selye considerase originariamente un patrón de respuesta genérica e indiferenciada, en la actualidad se proponen mecanismos neurales y endocrinos específicos.

En resumen, según Crespo y Labrador (2003), los principales efectos de la activación de cada eje (neural, neuroendocrino y endocrino) son los siguientes:

1. Eje neural: dilatación pupilar, secreción salivar escasa y espesa, sudoración copiosa, aumento de la tasa cardíaca, aumento de la contractibilidad del corazón, aumento de la rapidez del impulso cardíaco en el corazón, vasoconstricción de los vasos cerebrales y de la piel, vasodilatación de los vasos de los músculos, dilatación de los bronquios, glucogénesis en el hígado, contracción del bazo, disminución de la excreción de orina, inhibición de la vejiga urinaria, excitación del esfínter, inhibición de la digestión, disminución de la peristalsis y tono gastrointestinal, piloerección, inhibición del deseo sexual, y aumento del metabolismo basal.

2. Eje neuroendocrino: aumento de la presión arterial, aumento del aporte sanguíneo al cerebro (moderado), aumento de la tasa cardíaca, aumento de la estimulación de los músculos estriados, aumento de los ácidos grasos, triglicéridos y colesterol en sangre, aumento de la secreción de opiáceos endógenos, disminución del riego sanguíneo a los riñones, y disminución del riego sanguíneo a la piel.

3. Eje endocrino: aumento de la producción de glucosa (glucogénesis), aumento de la irritación gástrica, aumento de la producción de urea, aumento de la liberación de ácidos grasos libres en sangre, supresión de los mecanismos inmunológicos, aumento de

la producción de cuerpos cetónicos, exacerbación de herpes simple, supresión del apetito, desarrollo de sentimientos asociados a depresión, indefensión, desesperanza de control, interferencia en la fabricación de proteínas, pérdida de fosfatos y calcio en el riñón, aumento de azúcar en sangre, bloqueo de respuestas inflamatorias, retención de líquidos, aumento de depósitos de glucógeno en el hígado, y disminución de eosinófilos en circulación.

MARCO TEÓRICO

5

***Consecuencias
psicológicas del estrés***

5. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL ESTRÉS

La sensación subjetiva de malestar emocional o *distrés* y la sensación subjetiva de tensión o *strain* son fenómenos comunes en la respuesta psicológica de estrés. Aunque no hay que olvidar, como sostienen Crespo y Labrador (2003), que el estrés no siempre es nocivo y tampoco es igual para todas las personas. Más aún, el hecho de que no haya síntomas no significa que no haya estrés y no siempre el tipo de emociones que acompaña a la experiencia de estrés tiene que ser necesariamente negativas. De hecho, según Martínez (2004), lo sorprendente de acontecimientos vitales positivos, tales como el matrimonio o la obtención de premios importantes o de reconocimiento público, es que no por ello dejan de causar un fuerte impacto emocional y a menudo un cambio o reajuste en la vida cotidiana. Así pues, también pueden ser partícipes, como consecuencias psicológicas del estrés, las emociones positivas o *eustress*, como la alegría o el placer, con una sensación de bienestar subjetivo para el sujeto. En esta línea, Lazarus (2000) habla de emociones estresantes o de tono negativo y las emociones de tono positivo. Estas últimas podrían definirse como la evaluación positiva que realiza el individuo con un estado emocional intenso, que en la mayoría de las ocasiones que se activan hacen sentir bien a la persona. El mismo autor hace una agrupación de las emociones, diferenciándolas en desagradables (ira, envidia, celos), existenciales (ansiedad, miedo, culpabilidad y vergüenza), emociones provocadas por condiciones vitales desfavorables (alivio, esperanza, tristeza y depresión), emociones empáticas (gratitud y compasión) y por último las emociones provocadas por las condiciones vitales favorables (felicidad, orgullo y amor). Aunque, en esta clasificación, Lazarus advierte que no es fácil determinar qué emociones son de tono positivo, señala que la decisión depende de cuál de las tres consideraciones se adopte como criterio (las condiciones de activación, la calidad subjetiva de la experiencia o los valores sociales), y cada una no siempre conduce a la misma alternativa. De todas formas, el autor supone que la felicidad y alegría, el orgullo y el amor cuentan con las credenciales más fuertes para la designación de emociones positivas. Por tanto, las emociones acompañan y determinan en gran medida los procesos de estrés para el individuo, según sean las condiciones situacionales, las circunstancias de la persona y, de un modo especial, la valoración de la amenaza (respuesta cognitiva) y las estrategias de afrontamiento (respuesta motora) utilizadas por el sujeto.

Sandín (1999) sostiene que la actividad extraordinaria que realiza el organismo ante situaciones estresantes incluye con mucha frecuencia acciones dirigidas hacia una meta (p. e., la ira como respuesta a la lucha). De este modo, cuando la persona experimenta psicológicamente el estrés, al mismo tiempo que surgen los cambios fisiológicos del organismo, la emoción se activa conjuntamente. La respuesta de estrés incluye tanto las respuestas fisiológicas como las respuestas psicológicas, tales como las respuestas emocionales. Además de estas últimas, también existen los componentes cognitivos y motores, muchas veces difíciles de separar de los emocionales.

Crespo y Labrador (2003) señalan que a nivel cognitivo la respuesta de estrés implica la evaluación o valoración constante de la significación, y las posibles consecuencias de lo que está ocurriendo. Los trabajos experimentales del grupo de Lazarus constataron que la evaluación cognitiva producía variaciones en las emociones evocadas por un acontecimiento concreto. De un modo general, se pueden establecer tres tipos básicos de respuesta ante situaciones de estrés, entre las que destacan, el enfrentamiento (ataque), la huida o evitación de la situación y, con menos frecuencia, la pasividad o inhibición (colapso). Las dos primeras (enfrentamiento y huida) se consideran modos de afrontamiento activo. Por otro lado, se pueden categorizar las estrategias de afrontamiento en función del objeto de los esfuerzos de afrontamiento, diferenciándose entre afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en las emociones (Crespo y Labrador, 2003).

La mayoría de los investigadores suelen estar totalmente de acuerdo en lo que respecta a las reacciones fisiológicas, aunque, según Sandín (1999), cuando se trata de las reacciones psicológicas no ocurre lo mismo. A pesar de que la principal respuesta psicológica asociada al estrés es de tipo emocional, por otra parte se han referido frecuentemente las respuestas cognitivas y conductuales como variables psicológicas importantes. Pues bien, a la hora de diferenciar conceptualmente las respuestas cognitivas y conductuales como componentes independientes de la emoción, han surgido una serie de problemas de orden teórico y metodológico. Para empezar, las respuestas cognitivas y conductuales suelen constituir modos de afrontamiento porque el afrontamiento del estrés consiste en esfuerzos a estos dos niveles (cognitivos y conductuales) para hacer frente a la situación estresante. Además, por un lado, algunas

respuestas cognitivas consisten en formas de valoración de la amenaza y, por otro, la emoción también posee componentes cognitivos y conductuales.

Como indica Sandín (1999), se destacan frecuentemente la preocupación, la pérdida de control y la negación como tres tipos de respuesta cognitiva de estrés, aunque la preocupación es un componente cognitivo de la emoción (ansiedad), la sensación de pérdida de control es una faceta de la reevaluación cognitiva, y la negación es una estrategia de afrontamiento. Atendiendo a las respuestas conductuales o motoras, el uso de sustancias psicoactivas y la conducta agresiva en teoría son formas de respuesta al estrés. Sin embargo, son consideradas como modos de afrontamiento (el primero, escape y evitación y, el segundo, expresión emocional).

Existe una interrelación significativa entre las respuestas psicológicas del estrés y el afrontamiento, siendo éste un mediador fundamental de la respuesta emocional. Según Lazarus (1993), algunas estrategias de afrontamiento (planificación de solución de problemas y la reevaluación positiva) se han asociado a cambios emocionales favorables (de estados negativos a positivos), y otras estrategias (la confrontación y el distanciamiento) han correlacionado con cambios emocionales desfavorables (de estados negativos a más negativos). En este sentido, Bolger (1990) corrobora que se han obtenido datos basados en estudios longitudinales que sugieren una relación causal entre afrontamiento y las variables emocionales.

En la mayoría de las personas, el estrés puede provocar cambios en el estado de ánimo y puede llevar a trastornos psicológicos variados, fundamentalmente depresión y trastornos de ansiedad (ataques de pánico, fobia social, agorafobia y trastornos obsesivo-compulsivos) (Martínez, 2004). Un acontecimiento traumático aislado puede desencadenar trastornos psicológicos. Así pues, un ejemplo de estos trastornos es la reacción aguda de estrés, que es un trastorno grave pero transitorio, que ocurre como respuesta a situaciones catastróficas o de violencia extrema (como pueden ser las catástrofes naturales, asaltos criminales o violación sexual) con grave riesgo para la vida de la víctima, de sus allegados o de testigos del suceso. Está caracterizada por un amplio abanico de consecuencias psicológicas (aturdimiento o choque psicológico, desorientación, despersonalización, paralización o agitación), en la que se manifiestan conductas de tipo depresivo (tristeza, aislamiento y apatía). En esta reacción aguda que

suele durar más de dos días y menos de un mes, la persona revive imágenes del suceso, evita los estímulos que le recuerdan el trauma y presenta malestar y problemas en el desarrollo de la vida diaria. Si se confirma el síndrome de estrés postraumático, a menudo el sujeto se siente responsable o culpable de lo que le ocurre y siente vergüenza propia, desmoralización, sentimientos de inferioridad y una imagen negativa de sí mismo.

Sin embargo, el trastorno de adaptación que sigue a algunos acontecimientos vitales (desaparición de un ser querido, separación matrimonial) se caracteriza por una inadaptación a la actividad social o laboral normal y no suele extenderse más de seis meses aproximadamente, dependiendo en su intensidad y duración de la predisposición o vulnerabilidad de la persona.

Miller y Smith (1997) han propuesto tres formas distintas para clasificar el estrés en función de la evolución y duración, con diferentes consecuencias psicológicas para el individuo de acuerdo con las características y síntomas que se destacan, a continuación, de cada dimensión (estrés agudo, estrés episódico agudo y estrés crónico).

1. El estrés agudo es la forma de estrés más común y surge ante presiones y demandas presentes o que se anticipan en un futuro próximo (p. e., la preparación de una exposición en público, un examen o una entrevista de trabajo). Este tipo de estrés puede resultar excitante para el sujeto en pequeñas dosis, aunque en grandes proporciones la emoción puede ser agotadora. La experiencia subjetiva para el sujeto es de malestar emocional, que se manifiesta en ira o irritabilidad, ansiedad o depresión. Sandín (1999) habla de ansiedad y miedo en relación a las consecuencias psicológicas en circunstancias de estrés agudo.

2. El estrés episódico agudo se presenta cuando aparecen reiterada y frecuentemente los episodios de estrés agudo. La persona experimenta su vida como un desorden, caos y crisis permanente, en constante precipitación y permanente aceleración, aunque siempre con la sensación de llegar tarde a los acontecimientos porque intenta abarcar demasiado, siempre tiene objetivos urgentes que cumplir. En consecuencia, el individuo experimenta una emoción permanente de encontrarse al borde del estrés agudo, con sentimientos de sobreactivación, irritabilidad, ansiedad y

tensión. Crespo y Labrador (2003) observan que estas personas se reconocen con “gran cantidad de energía”, con prisas constantes, tienden a interrumpir a los sujetos con los que se comunica. Ocasionalmente, la irritabilidad se convierte en hostilidad, y en consecuencia tal individuo puede sufrir un deterioro en las relaciones sociales. Asimismo experimentan frecuentemente el trabajo como algo muy estresante, manifiestan constantemente preocupaciones que le hacen sentir tensión, ansiedad y depresión. Todo ello, en situaciones de estrés, lleva con frecuencia a la persona a cambios en el estilo de vida (aumento del consumo de alcohol, tabaco y bebidas excitantes, disminución del ejercicio físico, ingesta de tranquilizantes y fármacos, etc.). A largo plazo, esto puede provocar en el sujeto, cansancio, dificultad para dormir bien, sensaciones de excitación y nerviosismo, e incapacidad de relajarse, sentarse tranquilamente a leer un libro, así como síntomas depresivos (insatisfacción, tristeza, pérdida del sentido de la vida e incluso letargo). Es habitual que la persona sometida al estrés episódico agudo no considere estas consecuencias psicológicas como un problema porque están bastante integradas en los hábitos cotidianos del sujeto. De hecho, tal individuo atribuye sus dolencias a causas externas o bien a otras personas. Tanto es así, que valoran su estilo de vida, sus patrones de conducta social y sus percepciones del mundo como parte de sí mismos.

3. El estrés crónico es el estrés rutinario que agota a la persona a largo plazo, de forma cotidiana, anual, etc. (p. e., cuidadores de enfermos crónicos, ancianos o dementes, personas en situación de marginación social, etc). No obstante, algunas formas de estrés crónico podrían provenir de acontecimientos traumáticos infantiles que se internalizan en la persona quedando siempre patentes como un sufrimiento presente que modifica la visión de mundo que tiene el sujeto (Crespo y Labrador, 2003). También sus secuelas son de larga duración porque destroza al individuo no sólo en el ámbito psicológico, sino también a niveles físico y social. Hace su aparición cuando el sujeto no ve salidas posibles ante la situación estresante reiterada. Este tipo de estrés se caracteriza por ser elicitado como consecuencia de demandas y presiones que no se es capaz de satisfacer, prolongadas en el tiempo, con la sensación de convertirse aparentemente en permanentes, es decir, interminables. Esto lleva a la persona a un estado percibido de derrota que le hace no volver a intentar la búsqueda de nuevas soluciones. Sandín (1999) mantiene que cuando el estrés se cronifica predomina la experiencia de estado de ánimo depresivo. En situaciones de estrés crónico, los sujetos

frecuentemente acaban “acostumbrándose” y se olvidan que existe. Se ha constatado en cuidadores de enfermos que el mayor deterioro se produce en los primeros momentos, es decir, cuando la persona adquiere la condición de cuidador, produciéndose más tarde una aparente estabilización y adaptación a la situación de estrés crónico. Este tipo de estrés, según Crespo y Labrador (2003), se relaciona con la aparición de intentos de suicidio, comportamientos violentos, ataques cardíacos, infartos y, tal vez, aunque no existe evidencia definitiva al respecto, favorecer procesos de cáncer.

Las consecuencias psicológicas positivas del estrés se hallarán relacionadas con el denominado *eustress* (Martínez, 2004). Así, parecen mostrarse vinculadas a su manifestación aspectos como un mayor bienestar subjetivo, niveles más elevados de satisfacción vital y felicidad o más elevadas percepciones de bienestar psicológico y calidad de vida, entre otros.

MARCO TEÓRICO

6

Estrés, salud y enfermedad

6. ESTRÉS, SALUD Y ENFERMEDAD

Lazarus (2001) estima que la relación entre estrés y salud está alcanzando una gran relevancia debido al hecho de que actualmente existe una mayor esperanza de vida que hace cincuenta años atrás y, por ello, aparecen nuevas enfermedades crónicas especialmente relacionadas con la edad (cáncer, enfermedades coronarias, etc.) que terminan siendo causa última de mortalidad. Así, la atención a la salud se ha revelado como un escenario importante de actuación de la Psicología que trata con las causas de enfermedades y su prevención, los aspectos psicofisiológicos o la promoción de la salud (dietas, ejercicio, consumo de alcohol, vitaminas, etc.), preocupaciones tales que han derivado en el desarrollo de un ámbito disciplinar como el de la Psicología de la Salud. La idea central para la creación de esta área fue considerar el concepto de salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social, no sólo como ausencia de enfermedad (OMS, 1946). Así, la Psicología de la Salud representa la contribución específica de la psicología en el campo de la salud (promoción y mantenimiento de la salud, etc.), más allá de la salud mental misma. En la mayoría de las publicaciones, los estudios tienden a centrarse en el estrés y el afrontamiento como centros de especial interés.

Es a finales de los años setenta del siglo anterior, cuando las publicaciones de Holmes y Rahe constatan la importancia de factores psicosociales (los denominados sucesos vitales estresantes) en relación al inicio y evolución de los trastornos orgánicos. La orientación psicosocial realza algunos aspectos importantes para la investigación de la enfermedad física. Así, demuestra que los sucesos vitales pueden influir sobre la salud de los individuos, grupos y naciones. Tiene una perspectiva social y epidemiológica, y le concede mayor importancia en lo relativo a la etiología y distribución de la enfermedad en la comunidad (tales como el infarto de miocardio, el cáncer, la diabetes, la esclerosis múltiple, la neumonía, la tuberculosis, la gripe, el dolor de cabeza crónico, etc.).

Lazarus (2000) plantea que para que la relación entre estrés y enfermedad se convierta en un acercamiento científico, se necesita establecer una relación causal y especificar los mecanismos psicofisiológicos subyacentes. Tampoco puede sugerirse que el estrés, la emoción y el modo de afrontamiento sean la causa principal de las

enfermedades. Hay mayor probabilidad de que estos tres factores agraven las dolencias o contribuyan a la causa. Según el autor, hay cuatro razones metodológicas por las cuales se presenta una gran dificultad al pretender demostrar que el estrés tiene sobre la salud una influencia psicosocial:

1. La salud está afectada por una gran diversidad de factores significativos sobre los que no se tiene el control (características genéticas y constitutivas, accidentes, toxinas ambientales, estilo de vida a largo plazo, etc.). Es posible que al estrés le corresponda muy poca cantidad de cambios en la salud, según la varianza restante del total de las influencias factoriales.

2. La salud normalmente es muy estable, a excepción de situaciones especiales (edad, enfermedades de rápido proceso degenerativo, etc.). Esta estabilidad presenta la dificultad de mostrar los cambios en la salud.

3. Delongis, Folkman y Lazarus (1988) hacen un estudio y muestran que ciertos rasgos de personalidad (autoestima negativa y percepción de poco apoyo social) predecían un aumento de síntomas de enfermedad a consecuencia de un estrés diario.

4. Para estudiar con efectividad la relación entre estrés, afrontamiento y salud, será necesario matizar el concepto de salud, sobre el que actualmente no se dispone de un significado claro. Así pues, en función de la variable criterio que se utilice (p. e., longevidad o funcionamiento social), tendrá importancia o no algunos aspectos de la salud (p. e., colitis mucosa o hipertensión). Se necesita una teoría práctica de la salud para su aplicación en la investigación clínica y epidemiológica.

Sandín (1993) opina que un problema relacionado con el concepto de enfermedad es la diferenciación entre lo subjetivo y objetivo (*illness* y *disease*), es decir, entre los síntomas y los signos. El concepto *disease* se utiliza para designar un estado objetivo de trastorno orgánico (p. e., isquemia miocárdica), mientras que el término *illness* denota conducta de enfermedad (la persona se siente enferma). Por tanto, un individuo que manifiesta un rol de enfermo (*illness*), que está asociado a los beneficios secundarios de la enfermedad (absentismo laboral, privilegios de “enfermo” y demanda de cuidados

especiales), puede presentar o no una enfermedad orgánica (*disease*). Y un sujeto que tiene dolencias orgánicas objetivas puede exhibir o no conducta de enfermedad.

Gil y López (1999) parten de la consideración de que las relaciones del binomio estrés y salud no son lineales y sencillas de analizar debido a que, por una parte, el fenómeno del estrés es complejo y, por otro lado, la salud es un proceso aún más conflictivo de abordar. En este sentido, Pelechano *et al.* (1994), tras una revisión sobre las relaciones entre el estrés y la salud, hacen ocho precisiones que se enumeran a continuación:

1. Se carece de unos límites claros como para llegar a una definición precisa de estrés.
2. A pesar de que se hayan encontrado relaciones entre estrés y algunas enfermedades, se desconocen los procesos específicos de conversión.
3. No existe claridad en la definición del concepto estresor, aunque hay evidencia empírica de que las consecuencias del estrés agudo y crónico sobre la conducta y el estado físico de las personas no son intercambiables y su influencia puede ser muy diferenciada.
4. Se debe tener presente el distinto nivel al cual se define una enfermedad.
5. Ante la posibilidad de que la propia enfermedad produzca estrés, se pueden estar confundiendo las causas con los efectos.
6. Es posible que una misma enfermedad puede ser causada por distintos tipos de estresores.
7. Un estresor puede provocar distintos tipos de enfermedades y, teniendo en cuenta una misma enfermedad, diferentes modos de agravamiento, estilos de vida e incluso posibilidades de supervivencia.

8. Ante los mismos estresores, existen diferencias individuales en aspectos que van desde la biología y las secreciones hormonales por sexo, hasta la reactividad fisiológica y psicológica.

Con respecto al concepto vulnerabilidad, desde las aportaciones de Lazarus y Folkman (1984) no se han encontrado avances que esclarezcan si el estrés lleva a la enfermedad a través de un principio de la generalidad o de un principio de la especificidad. El primero de ellos significa que cualquier tipo de estrés aumenta la vulnerabilidad para toda enfermedad, siguiendo el planteamiento de Selye (1956/1976) y Lazarus (2001). Si el principio de generalidad fuera adecuado, faltarían por explicarse las diferencias individuales entre las distintas clases de enfermedades que las personas contraen a causa del estrés. Ante esto, una posible explicación es la presencia de órganos vulnerables, en cuyo caso el estrés daría como resultado diversas enfermedades debido a las diferencias individuales de tal vulnerabilidad. El principio de especificidad está basado, fundamentalmente, en la teoría psicoanalítica de que los conflictos o las emociones específicas tenían como consecuencia enfermedades específicas. A pesar de que este planteamiento fracasara en los años cuarenta, siendo dominante el principio de generalidad de Selye, otras versiones de la especificidad parecen dominar ciertas corrientes en el campo de la investigación sobre la salud.

Lazarus (2001) concluye que el estrés y el afrontamiento influyen en el estado de salud mediante dos caminos, por un lado, cambiando la neuroquímica del organismo y, por otro, estimulando las transacciones potencialmente dañinas a través de condiciones de riesgo (fumar, beber, drogadicción). A pesar de que se hayan encontrado relaciones entre estilos de vida físicamente perjudiciales (o de riesgo potencial) y el estrés, aún faltan aspectos esenciales por estudiar.

Se destaca que la posibilidad aparente de que el estrés pudiera iniciar el comienzo de algunas enfermedades ya es un hecho evidente, estando reconocida científicamente. Una prueba evidente de la aceptación de esta idea es que, como señala Gil y López (1999), en el DSM-III-R (American Psychological Association, 1987) ya se incorporó bajo la categoría diagnóstica de factores psicológicos que afectan a las condiciones físicas. Las últimas clasificaciones de la American Psychological Association (DSM-IV y DSM IV-TR) incluyen una categoría diagnóstica que recoge todos los factores

psicológicos que afectan a la condición médica. En esta última edición, además de figurar la respuesta fisiológica relacionada con el estrés, ocupan un lugar destacado los estilos de afrontamiento desadaptativos. Estos factores psicológicos se asocian a una condición médica por medio de diversas vías de actuación:

- a) Influyendo en el curso de una enfermedad (esta influencia se infiere de la asociación temporal entre el factor psicológico y la aparición, exacerbación o retardo de la recuperación del trastorno médico).
- b) Interfiriendo en el tratamiento del problema médico.
- c) Constituyendo un factor de riesgo adicional para la salud del individuo.
- d) Generando respuestas fisiológicas que pueden relacionarse con el problema.
- e) Incrementando la emisión de respuestas que afectan negativamente al estado de salud.

Por otro lado, se destaca de manera importante la hipótesis de la mediación emocional, como vía de afectación de la salud por el estrés (Gil y López, 1999). Esta hipótesis propone que las emociones negativas provocadas por la estimulación estresante son la parte de la respuesta al estrés responsable de los cambios fisiológicos que afectan a la salud. Se pueden asumir tres manifestaciones principales de emoción negativa (ansiedad, hostilidad e ira) que parecen intervenir en las reacciones de estrés e influir de forma significativa en el estado de salud, tal vez mediatizando las respuestas fisiológicas. Matthews y Haynes (1986) sugieren la no relevancia de la depresión como factor de riesgo de la enfermedad coronaria. No obstante, hay otros estudios (Falk *et al.*, 1992; Haan, 1988; Siegrist *et al.*, 1992) (citados en Gil y López, 1999) que asocian la depresión con trastornos cardiovasculares. Con respecto a la ansiedad y la hostilidad, Matthews y Haynes (1986) llegaron a la conclusión que estas dos emociones negativas son factores relevantes para predecir la enfermedad coronaria.

En esta misma línea, numerosos trabajos de investigación revisados por Gil y López (1999) han analizado los efectos de estresores agudos sobre la respuesta

cardiovascular y la ocurrencia de emociones negativas. Los aumentos en cortisol y epinefrina se han asociado con alteraciones en el funcionamiento del sistema inmunológico. Según los estudios de varios autores (Glaser, MacCullum, Laskowski, Malarkey, Sheridan y Kiecolt-Glaser, 1985), se ha comprobado que el incremento en los niveles de estrés reduce la producción de las enzimas encargadas de la destrucción de los agentes químicos cancerígenos y de la reparación del ácido desoxirribonucleico dañado.

Los estresores diarios (*hassles*) también conocidos como “fastidios” (Pelechano *et al.*, 1994) hacen referencia a los microacontecimientos cotidianos que han sido asociados al comienzo de cefaleas (Levor *et al.*, 1991), asma (Goreczny, 1989) y, en menor grado, al comienzo de la diabetes (Goetsch *et al.*, 1990) (citados en Gil y López, 1999). Son numerosos los estudios (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman y Lazarus, 1982), entre otros, los que corroboran que estos estresores cotidianos afectan a la salud de forma negativa en mayor grado que los grandes estresores (divorcio o separación, muerte de allegados, pérdida del empleo, etc.). Ello puede ser debido a que, a diferencia de los efectos constatados de los acontecimientos vitales estresantes citados anteriormente, los estresores diarios van repitiéndose frecuentemente en los contextos naturales del individuo y, en cierta forma, van minando sistemáticamente los recursos personales de manera más o menos explícita, acumulándose la carga, bien sin darse cuenta el sujeto, bien quitándole la importancia que parecen demostrar, a la luz de los resultados empíricos revisados. Lazarus (1984) también constata esta misma idea apoyada por los citados estudios, sugiriendo que los estresores diarios, al tratarse de pequeñas experiencias cotidianas, valoradas por la persona como peligrosas o amenazantes (pequeñas contrariedades, disputas, etc.) poseen un efecto más significativo sobre la salud que los sucesos mayores. Así pues, los trabajos de investigación muestran empíricamente que el estrés está producido por ambos tipos de sucesos. Además, la evidencia de los estudios al respecto propone que los sucesos mayores pueden influir sobre la salud generando nuevos estresores diarios, o bien incrementando la intensidad de los ya existentes (Rodin y Salovey, 1989).

Lazarus (2000) destaca que en la investigación sobre la relación entre estrés, emociones y las enfermedades a largo plazo (cáncer y enfermedades de corazón), la hipotética relación entre el estrés, la emoción y el afrontamiento es eminentemente

plausible pero aún no se sabe lo suficiente acerca de los aspectos fisiológicos y psicológicos implicados en tal conexión. Esto se debe a que tanto el cáncer como las enfermedades de corazón tardan décadas en desarrollarse, haciendo muy difícil el hecho de iniciar estudios prospectivos en el momento en el que el proceso causal está teniendo lugar. Sin embargo, parece que ha habido un progreso sustancial en el estrés como factor en enfermedades infecciosas. Adler y Matthews (1994) han observado que los individuos que experimentan estrés pueden ser más susceptibles a enfermar por trastornos cardiovasculares, padecer enfermedades infecciosas y tener complicaciones en el embarazo y en el parto. Las evidencias de la investigación son menos relevantes o más imprecisas para los casos de cáncer (Kneier y Temoshok, 1984), igual que para con los trastornos endocrinos (diabetes, trastornos del tiroides y síndrome de *Cushings*).

En general, se calcula que alrededor de dos tercios de todas las enfermedades están relacionadas con el estrés (Ramos, 1999). Pelechano (1991) habla del estrés como un conjunto de estímulos afectivamente negativos y externos a la persona, que serían los responsables de la aparición de la enfermedad, en vez de atribuir la causa a un único estímulo estresor. Esta misma visión es compartida por Darías y Leal (1999) quienes refieren, por su parte, que la enfermedad física crónica y el estrés guardan una relación mediatizada tanto por el curso de la enfermedad (recaída, constante y progresiva) como por el momento evolutivo familiar (centrípeto o centrífugo), es decir, si bien la familia está implicada en la educación de los hijos pequeños o bien estos ya se han emancipado o son todavía adolescentes y los padres se dedican a cuidar (p. e., del abuelo).

Palenzuela (1990) llama la atención sobre el concepto de conducta de ayuda (altruismo), especialmente de la reciprocidad, y el concepto de conducta de enfermedad, debido a los beneficios secundarios del enfermo crónico, ante la presión tan alta que genera la situación estresante y la respuesta de acudir a los servicios de salud, por parte del individuo. Básicamente, aún cuando el concepto ha sido objeto de no pocas controversias teóricas, la noción de conducta de enfermedad cuando se utiliza desde el ámbito de la Psicología de la Salud se refiere, comúnmente, a las quejas que un paciente refiere sobre su estado de salud a pesar de que exista o no evidencia alguna de tipo médico que pueda justificarlas (p. e., mucha de la sintomatología que está presente en el síndrome del intestino irritable puede considerarse como conducta de enfermedad), y en este sentido, además, la conducta de enfermedad se hace equivalente, al menos en

términos funcionales, a la conducta de dolor, por lo que su estudio puede realizarse dentro de una misma lógica. En síntesis, la conducta de enfermedad arrastra en ciertos casos ganancias secundarias en forma de atención, afecto y delegación de responsabilidades que desarrollan y mantienen un modo de expresarla.

Pelechano (1991) sitúa a la familia como el lugar especial donde se genera el estrés de la vida, por su estructuración y dinámica, se ha convertido en uno de los objetos de estudio de las ciencias biomédicas y sociales. Siguiendo la perspectiva integradora sistémica, esta relación está mediatizada por la personalidad, la dinámica y estructura del sistema familiar y la inteligencia social como ámbito de las habilidades interpersonales.

6.1. ESTRÉS Y TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

La vida urbana en los países industrializados parece acompañarse de un incremento medio de la tensión arterial y a la prevalencia de la hipertensión, de modo que las personas que habitan estas áreas muestran porcentajes tensionales más altos que otros sujetos que cohabitan en el ambiente rural, especialmente si la comunidad permanece aislada.

Como muestra Martínez (2004), el estrés crónico se considera también como un factor que contribuye al desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Los estudios hacen mucha incidencia en la relación del estrés ambiental con las elevaciones en la presión arterial e incluso con el desarrollo de la hipertensión arterial, condición patológica que favorece el proceso de enfermedades varias.

Gil y López (1999) destacan los efectos cardiovasculares del estrés y defienden que el sistema cardiovascular es uno de los que más cambios sufre como consecuencia de una reacción estresante. También es cierto que el infarto de miocardio a consecuencia de un alto nivel de estrés ha estado presente en la cultura popular sin demasiados matices que la justifiquen desde un punto de vista empírico. Resulta de interés, no obstante, para la investigación, estudiar cómo y qué sucede en el sistema cardiovascular a medio y corto plazo en condiciones de estrés repetido o crónico. Otro efecto del estrés sobre el sistema cardiovascular de extrema importancia en la salud

consiste en el incremento de la coagulación sanguínea, lo cual favorece la formación de trombos. Por tanto, se dispone de evidencias que señalan la contribución del estrés al deterioro de la salud cardiovascular por medio de estos mecanismos citados.

Según los criterios del DSM-IV, prácticamente todas las personas deprimidas estaban exhaustas, aunque sólo el 20% de éstos se encontraban a su vez deprimidos. Los estudios dirigidos a la investigación de las causas de agotamiento vital han probado que los estresores que presentan una asociación de más peso con el agotamiento son horas extraordinarias durante largos períodos y problemas económicos. Otros estresores pueden llevar también a un estado de fatiga. El agotamiento presenta una asociación positiva con los estresores laborales, particularmente los conflictos en el trabajo.

Los datos disponibles sugieren que los sujetos exhaustos tienen el perfil marcado por una deficiencia en los mecanismos adaptativos, que puede relacionarse con un debilitamiento en la actividad de eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical y por un detrimento en la actividad del sistema parasimpático. El estrés prolongado produce sentimientos de fatiga y disminuye la inmunocompetencia, que conduce a la inflamación, provocando la producción de citoquinas y reforzándose los sentimientos de agotamiento. Ello puede evocar en la persona sentimientos de depresión y el incremento de la sensación de estrés.

Estas situaciones estresantes, repetidas de forma crónica, pueden ser una causa adicional en el desarrollo de hipertensión arterial. En este sentido, el estrés laboral se constata como un factor de riesgo importante para los trastornos cardiovasculares. Se pueden especificar que algunas de las condiciones laborales que parecen asociadas al trastorno coronario son el bajo nivel de control sobre el trabajo y excesiva carga laboral. Así lo verifican trabajos como los de Karasek, Theorell, Schwartz, Pieper y Alfwdsson (1982).

Martínez (2004) plantea que la observación informal, así como los datos epidemiológicos, clínicos y experimentales concluyen que las situaciones vitales y el estrés pueden conducir al desarrollo y mantenimiento de la hipertensión y de otros trastornos cardiovasculares. Estos factores psicológicos se pueden sumar a otros

factores de riesgo, como el tabaquismo, o a los derivados de la dieta como los niveles elevados de colesterol en sangre o la ingesta de sal.

6.2. ESTRÉS, ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y FUNCIONAMIENTO INMUNE

Las consecuencias del estrés sobre el funcionamiento del sistema inmunológico es uno de los temas científicos más atrayentes en el marco de la Psicología de la Salud. Y según Lazarus (2000), lo que más ha cambiado desde su trabajo de 1984 (Lazarus y Folkman, 1984) es el crecimiento de la investigación sobre las reacciones bioquímicas al estrés, especialmente las que influyen en el sistema inmunológico. El proceso inmunológico es un sistema muy sofisticado y complejo que involucra a muchos anticuerpos diferentes que actúan de forma coordinada y diferencial. No obstante, para conocer científicamente el proceso se necesita de avances en la investigación, ya que aún no está completamente estudiado.

Gil y López (1999) afirman que son numerosos los trabajos de investigación que han tratado los efectos del estrés que prueban, por un lado, el incremento de la susceptibilidad a variadas enfermedades infecciosas y, por otro, los efectos depresores de la actividad inmunológica que tienen relevancia, como se verá más adelante, en el ámbito del cáncer. Para que una persona desarrolle una infección es necesario que el sujeto sea susceptible a la enfermedad, aunque generalmente sólo una proporción de estos individuos infectados por un patógeno concreto acaba desarrollando finalmente los trastornos clínicos provocados por dichos agentes.

Esta consideración en particular, se ha tratado de explicar de múltiples maneras y una de estas explicaciones tiene que ver con el papel de las variables psicológicas en la susceptibilidad a la infección y al desarrollo de las enfermedades infecciosas. En la década de los setenta han sido muy abundantes los estudios (p. e., Jenkins, 1976) que señalan que, a diferencia de las personas con un pasado reciente ausente de estrés, los sujetos expuestos a un alto grado de estrés presentan una mayor deterioro de salud en general, un incremento en las enfermedades del tracto respiratorio superior y más alergias. Todos estos datos conducen a que el estrés puede ser uno de los factores moduladores de la expresión final o no de las enfermedades infecciosas.

La investigación en humanos sobre las relaciones entre estrés y enfermedades infecciosas es numerosa, y lleva consigo una tradición importante. Un gran número de estudios (Kiecolt-Glaser, Glaser, Shuttleworth, Dyer, Ogrock y Speicher, 1987) corroboran el papel del estrés para las infecciones por virus del *herpes simple*.

En opinión de Lazarus (2000), son tres los objetivos a estudiar a la hora de probar la relación estrés y enfermedades infecciosas, y llegar a comprender globalmente cuál es el funcionamiento:

1. Se debe medir adecuadamente el estrés, así como identificar con claridad aquellas condiciones que lo causan. Este viene siendo uno de los aspectos débiles en el estudio del estrés, la emoción y la enfermedad, concretamente al considerar las múltiples diferencias individuales.

2. Se debe demostrar que el estrés aumenta el riesgo de enfermedades infecciosas.

3. Se debe demostrar que lo hace debilitando el sistema inmunológico, probablemente mediante las hormonas que produce el estrés.

Lazarus (2000) asume que aún no han sido combinados en el mismo estudio los tres hallazgos principales que se requieren para identificar inequívocamente la teoría de que el estrés causa enfermedades infecciosas.

Es evidente la relación que establecen, las distintas investigaciones, entre el nivel de estrés vital y la aparición de enfermedades respiratorias. Con ello, según Gil y López (1999), los estudios van encaminados a demostrar que la acción del estrés favorece el desarrollo de las enfermedades infecciosas a través de sus consecuencias en el funcionamiento del sistema inmunológico, en la medida que si se produce el contacto con los agentes infecciosos el organismo se encuentra más indefenso ante el desarrollo de la enfermedad. Por ello, los estudios han señalado que el estrés tiene un efecto inmunodepresor. Existen muchas evidencias de que variados tipos de situaciones estresoras vitales agudas (privación de sueño, la muerte de algún familiar, intervenciones quirúrgicas, etc.) y diferentes modelos de estrés en laboratorio, se

asocian a disminuciones en la capacidad funcional del sistema inmunológico. En este sentido, Snyder, Irving, Sigmon y Holleran (1993) concluyen que la reacción inmunológica difería de acuerdo al tipo de experiencia de estrés. Así pues, los sujetos del grupo que informaron haber sufrido estrés negativo presentaron una respuesta inmune significativamente más baja y los sujetos que informaron sobre acontecimientos estresantes positivos mostraron una respuesta inmune más alta. Por otra parte, también los estudios arrojan datos que muestran el papel inmunodepresor del estrés crónico. Prueba de ello, en cuidadores de enfermos de Alzheimer y otras demencias, los porcentajes de linfocitos T habían disminuido considerablemente y se encontraron títulos de anticuerpos más altos, además de mayores niveles de depresión y sentimientos de soledad (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1987).

6.3. ESTRÉS Y CÁNCER

Con relación a la línea de investigación del estrés y la salud, el estudio del cáncer ha recibido una atención especial. Es probable, señala Flórez (1999), que no exista ninguna enfermedad cuyo diagnóstico produzca en el ciudadano tanto temor como el cáncer. A pesar de ello, resulta curioso comprobar que durante un largo periodo de tiempo se ha mantenido marginado el factor psicológico y social en el desarrollo y aparición de la enfermedad. No obstante, la investigación se ha centrado en un modelo biopsicosocial, desde el cual acceder globalmente al conocimiento de los factores capaces de producir enfermedades tan graves como el cáncer.

Gil y López (1999) reseñan que del total de los trabajos publicados en relación con los efectos del estrés y de ciertas variables psicológicas sobre el desarrollo y crecimiento del cáncer, se destacan tres tipos de estudios. Los estudios retrospectivos, que indican de forma consistente que el cáncer está asociado al estrés psicológico. Los estudios prospectivos apoyan la opinión de que el estrés está asociado al desarrollo de cáncer. Otros estudios orientados al pronóstico exitoso del desarrollo posterior de cáncer o el nivel de supervivencia de enfermos con cáncer atendiendo a variables relacionadas con el estrés.

A pesar de los resultados coincidentes, se encuentran frecuentes problemas de índole fundamentalmente metodológica, en los estudios del estrés y el cáncer, especialmente los retrospectivos, los cuales se pueden desglosar en dos grupos (Gil y López, 1999). Resulta muy difícil precisar si los acontecimientos estresantes ocurrieron antes o después de que el fenómeno comenzara a producirse. En los estudios prospectivos, la validez de la información suministrada por el paciente con una enfermedad grave (recuerdos y valoraciones) se puede ver afectada por la fuerte carga estigmatizante.

Aun asumiendo la evidencia científica del estrés que muestran los estudios referidos a la afectación de la competencia del sistema inmunitario, Flórez (1999) manifiesta que es difícil probar cómo el estrés llega a ocasionar el cáncer principalmente por la dificultad que se presenta al definir y cuantificar el estrés que viene soportando la persona a lo largo de su historia de vida. La acción del estrés crónico desde la infancia del individuo modifica la actividad de las funciones de los linfocitos T que poseen receptores para la hormona adrenocorticotrópica, metencefalinas, endorfinas y otros péptidos cerebrales. Y en consecuencia, este proceso puede propiciar la formación de células malignas. Por todo ello, Gil y López (1999) constatan que el estrés afecta de manera importante al funcionamiento fisiológico del organismo y puede influir en el curso de la enfermedad neoplásica de las personas diagnosticadas en cualquiera de las fases (desde las etapas iniciales asintomáticas hasta las finales). En la medida que el estrés impacta al organismo, biológicamente hablando, moviliza sus recursos y provoca un agotamiento que lo deja en peores condiciones para luchar contra las células cancerosas.

6.4. ESTRÉS Y OTROS TRASTORNOS

Las hormonas del estrés tienen también el efecto de inhibir la liberación de insulina por el páncreas y efectos inhibitorios sobre los tejidos que resultan en una mayor resistencia a la insulina. Gil y López (1999) resaltan que desde los años setenta permanece abierta y continúa la discusión sobre los efectos del estrés psicológico en el control diabético. Los paradigmas desde los que se estudia esta problemática son tres, 1) el empleo de modelos animales de laboratorio, 2) los procedimientos de infusión

química, y 3) los procedimientos de laboratorio de inducción de estrés con humanos como sujetos experimentales. Una influencia indirecta del estrés sobre la adherencia al tratamiento alterando el autocontrol de la dieta, del ejercicio o de otra conducta de salud, lo cual tiene como consecuencia la alteración del nivel de glucemia en sangre.

En el ámbito del estudio de las relaciones estrés y diabetes coexisten dos grandes líneas de investigación, a resaltar, 1) el posible papel del estrés en la manifestación de la enfermedad, y 2) el efecto del estrés sobre el control metabólico, concretamente sobre el nivel de glucosa en sangre, aspecto clave en el control de la enfermedad. Los resultados de los estudios disponibles sugieren que el estrés afecta al control metabólico de los pacientes diabéticos.

Gil y López (1999) muestran que el estrés ha sido asociado tanto a la génesis como al empeoramiento de varios trastornos gastrointestinales, especialmente las úlceras y ciertos trastornos intestinales, y también se ha propuesto una relación (hasta el momento, algo más confusa) entre el estrés y la esclerosis múltiple. Otros desórdenes para los cuales el estrés aparece como un factor de riesgo en el agravamiento incluyen el asma, las cefaleas tensionales y migrañosas, la dismenorrea, la artritis reumatoide y trastornos dermatológicos como los eccemas y la psoriasis.

MARCO TEÓRICO



***Variables que median
la respuesta de estrés***



7. VARIABLES QUE MEDIAN LA RESPUESTA DE ESTRÉS

El proceso de estrés se concibe desde la relación de tres componentes principales, tales como los estresores, las consecuencias o resultados del estrés y las variables moduladoras. Los estresores bien pudieran ser representados por demandas y tareas dirigidas hacia el sujeto. Los resultados o consecuencias se refieren a los que la experiencia de estrés hacen surgir en el individuo. Aquí se pueden destacar las consecuencias a nivel de salud (depresión, etc.). Y el tercer componente esencial de todo proceso de estrés son las variables moduladoras, como pueden ser la personalidad, el apoyo social y el optimismo, entre otras (p. e., afrontamiento). Las variables moduladoras son aquellas que regulan los efectos de los estresores que aparecen a la hora de desarrollar cualquier actividad. Es de destacar, que en todo proceso de estrés, cada uno de estos componentes se ve influenciado por las características sociales y económicas de las personas, así como por la situación en la que se desarrolla el estrés (p. e., acceso a recursos económicos).

Los estudios psicológicos que investigan las variables mediadoras del estrés centran principalmente su atención en la personalidad del sujeto, el optimismo, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento, entre las más importantes para la presente investigación. Al parecer, el foco de atención está en las variables individuales como variables moduladoras del estrés. Estas variables, según Buceta y Bueno (1995) y Parkes (1998), determinan la naturaleza y la amplitud de los recursos biológicos y psicológicos del individuo (factores demográficos, experiencia previa, preferencias y expectativas, rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento, actitudes y creencias, y conductas relacionadas con la salud, como fumar, la dieta, el ejercicio, etc.). Se diferencian las variables mediadoras (evaluación cognitiva primaria y secundaria y modos de afrontamiento) de las variables moduladoras (disposiciones personales y apoyo social) del estrés.

7.1. PERSONALIDAD Y ESTRÉS

La segunda mitad del siglo XX se ha calificado, en el campo de la salud como la era de la enfermedad crónica, lo que ha traído consigo algunos cambios y problemas que son relevantes para la Psicología de la Salud. Estos hechos han propiciado, en opinión de Pelechano (1997), al menos, tres nuevos temas en la investigación y la práctica, a saber, 1) el cambio en la personalidad del sujeto, 2) el mantenimiento de una autonomía funcional, personal y psicosocial, y 3) el estrés y las maneras de afrontarlo. En relación con ello, algunas variables de personalidad estudiadas en relación con el estrés, entre otras, han sido principalmente la extraversión, el neuroticismo, la apertura a la experiencia, la amabilidad, la responsabilidad, el patrón de conducta tipo A y tipo B (apenas estudiada), el locus de control interno y externo, las actitudes y creencias, la autoestima, la autoeficacia, las expectativas, los rasgos de personalidad, el estilo de afrontamiento, la resistencia al estrés, la tolerancia a la ambigüedad, el estilo cognitivo atributivo y el autocontrol emocional.

En relación con lo emocional y la personalidad, el componente alexitímico se define como una característica personal que consiste en una discapacidad para identificar y describir verbalmente la experiencia emocional. Conviene aclarar el término *hardiness*, por ser menos conocido en la literatura sobre el estrés. Este concepto se podría traducir como resistencia o “dureza” ante el estrés, tal como recoge Kobasa (1979). Este constructo de resistencia al estrés es definido por la autora citada como una tendencia de orientación optimista ante el estrés caracterizada por implicar tres conceptos: 1) compromiso (“*commitment*”), referido a un cierto “compromiso con uno mismo”, 2) desafío (“*challenge*”), entendido como una oportunidad y un incentivo para el desarrollo personal, y 3) control (de forma especial percepción de control en la propia responsabilidad).

Atendiendo al modelo de personalidad como determinante de la enfermedad, propuesto por Pelechano (1997), la personalidad no actúa directamente sobre el estado de salud sino a través de la promoción de la realización de conductas peligrosas para la salud tales como ingestión excesiva de alimentos, fumar, tendencia a carga de trabajo, etc. Pues bien, son estas conductas las que representan un riesgo de enfermedad. Y, por

tanto, un aspecto vital que se relaciona con este modelo es el de la investigación entre estresores y personalidad. Siguiendo el modelo de conductas peligrosas, se asume que solo algunas personas, a diferencia de otras, hacen que cierto tipo de conductas se encuentren presentes en sus vidas con mayor frecuencia. Esto convierte a la personalidad en una variable moduladora de las relaciones entre estrés y salud.

Como señala Sandín (1999), se han sugerido varios tipos de conexión entre las variables de personalidad y los trastornos asociados al estrés. Por una parte, 1) la personalidad puede influir sobre la salud a través de mecanismos fisiológicos directos (p. e., reactividad cardiovascular) e indirectos (p. e., modulación del sistema inmune), por otra, 2) las características de personalidad pueden potenciar la enfermedad al motivar conductas no saludables (p. e., consumo de alcohol excesivo) y, por otra más, 3) ciertos aspectos de la personalidad pueden aparecer como resultado de procesos asociados a la enfermedad (p. e., dependencia).

Considerando las distintas formas que tienen los individuos de reaccionar al estrés, Eysenck (1991) diferencia entre tipos de personalidad protectores (histérico y saludable) y tipos perjudiciales para la salud (propensión al cáncer, a la cardiopatía coronaria, racional y antiemocional y antisocial). En un principio, Eysenck y Grossarth-Maticek (1991) sugirieron dos tipos asociados a dichos trastornos y formularon dos tipos “protectores” de la enfermedad física, que son, el tipo saludable (tipo 4) y un tipo que alternaba entre el 1 y el 2 (tipo 3). Posteriormente, establecieron dos tipos más, uno de índole antiemocional (tipo 5) y otro antisocial (tipo 6). Las categorías principales de estos tipos de reacción al estrés son a) tipo 1, predisposición al cáncer, b) tipo 2, predisposición a la cardiopatía coronaria, c) tipo 3, histérico, d) tipo 4, tipo saludable protector de la salud, e) tipo 5, racional y antiemocional, y f) tipo 6, antisocial. A partir este modelo de personalidad, los autores propusieron un esquema unificador entre tipos psicológicos y tendencias a enfermar que defiende la existencia de seis modos de reacción ante situaciones y estímulos estresantes:

1. Dependencia conformista ante un objeto inhibitor con componentes depresivos, una formulación muy cercana al patrón de personalidad tipo C, que se sugiere se encuentra presente en el cáncer y definiría, por tanto una disposición a padecer cáncer.

2. Tendencia a mostrar una dependencia conformista ante un objeto o situación perturbadora, aparejada con hostilidad, intentos frustrados de evitación y sentimientos de desasosiego e intranquilidad, que es la que promovería una tendencia a desarrollar una enfermedad cardiovascular.

3. Tendencia a una dependencia no conformista ante un objeto a la vez inhibidor y perturbador, que sería la causa de una disposición a sufrir de ansiedad crónica.

4. Tendencia a desarrollar una autonomía personal apropiada, una autorregulación personal o disposición saludable o a mantenerse sano.

5. Tendencias racionales antiemocionales no integradas y que darían lugar a una disposición a sufrir de depresión endógena.

6. Presencia de tendencias y conductas antisociales de la que es responsable una disposición personal a desarrollar conductas delictivas.

Pelechano (1997) entiende que esta propuesta no posee una entidad teórica consistente y los autores la han realizado con el objetivo de ofrecer un marco consensuado de discusión y organización de resultados, ya que, a) la tendencia antisocial corresponde al psicoticismo, b) la disposición a sufrir de ansiedad crónica está relacionada directamente con neuroticismo, c) el tipo cuarto, el de la personalidad saludable, guarda relaciones muy estrechas con la introversión, y d) el tipo quinto (depresión endógena) poseería componentes de neuroticismo y parte de psicoticismo.

Por otro lado, la presencia de extraversión y la ausencia de neuroticismo son dos variables de personalidad que actúan como factores que amortiguan el estrés y contrarrestan eficazmente su impacto y sus efectos negativos. El neuroticismo, reconocido como inestabilidad emocional, actúa como un factor distorsionador potencial y como moderador o mediador de las relaciones entre estrés laboral y las consecuencias.

El locus de control se entiende como la creencia del sujeto respecto del control de sí mismo, su entorno y las consecuencias de su conducta. Es decir, la tendencia a creer que uno mismo influye en los acontecimientos y resultados de sus acciones. Los resultados están determinados por la capacidad y el esfuerzo personal (locus de control interno) y por el destino, casualidad y otras fuerzas (locus de control externo). Parece que el locus de control externo puede tener una mayor vulnerabilidad al estrés.

El patrón de conducta tipo A es otro constructo, relacionado con la personalidad, al que se le atribuyen características, tales como, impaciencia, hostilidad, irritabilidad, adicción al trabajo, competitividad y lucha por el éxito. En gran medida, encajara en una explicación del estrés en términos de “patrón de conducta o estilo de vida” (Lazarus, 2000).

Por lo que se extrapola de la investigación, las variables individuales (neuroticismo, patrón de conducta tipo A, resistencia al estrés, locus de control externo, falta de autoestima, falta de autoeficacia) son facilitadores del estrés familiar (Ramos, 1999).

Pelechano (1997) considera que se observa un acercamiento a la Psicología de la Personalidad, y las estrategias de afrontamiento se han puesto o bien como disposiciones con cierta estabilidad y consistencia contextual para la acción con un status similar a los factores motivacionales, o bien como habilidades de solución de problemas dentro de un modelo complejo de inteligencia social. Existen pocos trabajos publicados sobre los modos de afrontamiento de los enfermos crónicos. Un análisis más fino sugiere que existen unas formas de afrontamiento que parecen diferenciar más unos tipos de enfermedades que otros. Aparecen núcleos empíricos de los factores temperamentales y motivacionales por un lado y los factores de afrontamiento por otro, lo que sugeriría que estos factores de afrontamiento con cierta consolidación temporal cubren un área funcional distinta a la temperamental y motivacional estudiada hasta ahora con mayor frecuencia. El autor sugiere interpretarlos como factores de inteligencia social.

Han sido numerosos esfuerzos los que se han dirigido al establecimiento de los componentes del bienestar, creándose para ellos distintos modelos para su estudio desde

las perspectivas de muy variadas disciplinas. García y González (2000) realizaron un análisis de la categoría bienestar desde un punto de vista psicológico, estableciendo puntos de contacto con otras categorías sociales (desarrollo económico, nivel de vida, condiciones materiales de vida, modo de vida y estilo de vida). Los autores mantienen que uno de los componentes fundamentales del bienestar es la satisfacción personal con la vida. Esta satisfacción surge como una transacción entre el individuo y su entorno micro y macrosocial, con sus elementos actuales e históricos, donde se incluyen las condiciones objetivas materiales y sociales, que brindan al hombre determinadas oportunidades para la realización personal. A nivel individual, el estudio del bienestar toma en cuenta aspectos cualitativos y cotidianos del sujeto vinculados a su felicidad que categorías tales como el desarrollo económico no pueden por sí solas explicar. La investigación del bienestar subjetivo ha sido abordada por los investigadores de manera difusa y poco clara, manejándose indistintamente conceptos tales como bienestar subjetivo, bienestar psicológico, salud y felicidad. Además, tampoco está claramente definida su vinculación con otras categorías de corte sociológico y psicológico, tales como calidad de vida, desarrollo económico y nivel de vida, condiciones de vida, modo de vida y estilo de vida.

El bienestar subjetivo es parte integrante de la calidad de vida que tiene un carácter temporal y plurideterminado. Algunos autores defienden la medición del bienestar mediante sus diferentes componentes, es decir, la satisfacción por áreas más que mediante una medición única del bienestar subjetivo. Diener y Suh (1997) ofrecen una concepción más integradora del bienestar subjetivo considerándolo como la evaluación que hacen las personas de sus vidas, que incluye tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas (estados de ánimo y emociones). Existe una íntima relación entre lo afectivo y lo cognitivo por lo que el bienestar es definido por la mayoría de los autores como la valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida, en los que predominan estados de ánimo positivos.

García y González (2000) refieren que el bienestar subjetivo enfatiza un carácter vivencial en su sentido más amplio, aunque resulta imprescindible esclarecer su vínculo con otras categorías de carácter más social. El término bienestar psicológico ha sido utilizado como sinónimo de bienestar subjetivo, de hecho, ambos términos están

relacionados. El bienestar psicológico puede ser considerado como la parte del bienestar que implica al nivel psicológico, siendo el bienestar general o bienestar subjetivo el que está compuesto por otras influencias (p. e., la satisfacción de necesidades fisiológicas). El bienestar psicológico es un constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social. El bienestar posee elementos reactivos, transitorios, emocionales, y elementos estables que son expresión de lo cognitivo, de lo valorativo. Ambos estrechamente conectados entre sí y muy influidos por la personalidad como sistema de interacciones complejas, y por las circunstancias medioambientales, especialmente las más estables. El bienestar es una experiencia humana vinculada al presente, pero también con proyección al futuro, pues se produce justamente por el logro de bienes. Es, en este sentido, que el bienestar surge del balance entre las expectativas (proyección de futuro) y los logros (valoración del presente), lo que muchos autores llaman satisfacción, en las áreas de mayor interés para el ser humano y que son el trabajo, la familia, la salud, las condiciones materiales de vida, las relaciones interpersonales, y las relaciones sexuales y afectivas con la pareja. Por otro lado, el término calidad de vida surge hace poco más de dos décadas, aunque como concepto puede situarse desde la antigüedad, asociada a conceptos tales como bienestar, salud, felicidad, entre otros.

Es notoria la relevancia que adquiere la calidad de vida en el estudio del estrés, dado el compromiso de los aspectos cognitivos del individuo en la construcción de los significados personales. La calidad de vida se ha definido como un equivalente de bienestar en el ámbito social, de estado de salud en el terreno médico, llamada también calidad de vida de salud y de satisfacción vital en el campo psicológico. Pues bien, en los modelos planteados para la evaluación de la calidad de vida prevalecen dos tendencias fundamentales. La primera está centrada en variables objetivas (esperanza de vida, mortalidad infantil, nutrición, servicios de salud, etc.), y la segunda considera a la calidad de vida como una dimensión subjetiva determinada por la valoración que hace el sujeto de su propia vida, concepción a partir de la cual se han realizado innumerables esfuerzos en la elaboración de metodologías e instrumentos que permitan la apreciación subjetiva y el nivel de satisfacción global o parcial en áreas importantes de la vida del sujeto. En cuanto a los factores subjetivos de la calidad de vida, resulta determinante el

grado de satisfacción que el sujeto alcanza en su vida, el cual está determinado por el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas y los logros, que en relación con ellas, va obteniendo a lo largo de su existencia. Para García y González (2000), esto no es más que el bienestar psicológico, aunque en el bienestar psicológico se considera también la vida afectiva, o dicho en otras palabras, el componente afectivo del bienestar.

Por todo ello, en el ámbito del estrés, ocupa un lugar importante la satisfacción vital, entendida como variable resultado del estrés, aunque también se podría considerar la satisfacción vital como un posible componente modulador del estrés, que se analizará más adelante. Aunque esta conjetura no está todavía resuelta con profundidad y tampoco abundan los estudios mencionados al respecto, el trabajo de investigación realizado por Buendía (1999) a través de una encuesta en población española (410 personas, muestra no clínica) ha contribuido a la predicción de la satisfacción expresada. El estudio trató de indagar algunas hipótesis, justificadas por los resultados de estudios previos sobre la idea que la gente común tiene sobre las variables básicas de personalidad y cómo se sitúan en relación a ellas. Los constructos de personalidad, extraversión y el neuroticismo parecen influir en el bienestar subjetivo (amabilidad y apertura). Los autores constatan que mientras hubo diferencias en bienestar entre los grupos con distintos grados de amabilidad, en el caso de la apertura a la experiencia sólo se dieron diferencias significativas entre las personas poco definidas en esta variable, que obtuvieron el menor bienestar, y las que se definieron como más curiosas. Por último, las diferencias en el grado de responsabilidad o minuciosidad de las personas no afectaron a su satisfacción, en ambos casos no fueron significativos.

Los autores llegaron a la conclusión de que la satisfacción subjetiva depende, en primer lugar, de la extraversión y, después, de la existencia de una relación amorosa estable, la edad, los ingresos económicos. A continuación, tienden a depender de la amabilidad y la apertura a la experiencia o curiosidad por lo nuevo. Por todo ello, la felicidad es mayor en individuos con las características de personalidad que más se relacionan con las relaciones sociales, como son extraversión y amabilidad.

Tras conocer los datos de la citada investigación, se pueden entender mejor las variaciones en la satisfacción expresada o mirada positiva hacia la propia vida. Las

personas inestables emocionalmente son más desgraciadas, las extravertidas más felices, y también lo son las más amables y curiosas. Estos resultados coinciden, en lo principal, con los datos de Watson y Clark (1992). Los estudios tradicionales han reflejado una relación sistemática entre extraversión y felicidad, y algo menor entre felicidad y las medidas de amabilidad y responsabilidad. Por el contrario, el neuroticismo se ha encontrado generalmente asociado a más descontento con la propia vida, y lo más frecuente en los estudios americanos es que la apertura a la experiencia sea independiente de la felicidad subjetiva. Por todo ello, se refleja en el estudio que variables psicológicas como la calidad de vida relacionada con la salud, el bienestar psicológico y bienestar subjetivo, la satisfacción vital, la felicidad y la salud están muy presentes en el proceso de estrés.

Otros estudios también apoyan algunos resultados de la investigación anterior. Lo que mejor puede contrarrestar los efectos del estrés es disponer de relaciones con los demás, que está relacionada con el bienestar y con otras variables como relación afectiva estable, calidad en amabilidad y extraversión. La felicidad tiene una relación de mayor peso con las relaciones sociales que con otras variables como salud, estado civil o dinero. El bienestar en la vida y la satisfacción vital son dos variables del repertorio positivo de las personas que actúan como amortiguadores naturales para defenderse del estrés (Diener y Diener, 1995, Myers y Diener, 1995).

A raíz de los estudios ofrecidos por los autores citados anteriormente que consideran las consecuencias psicológicas beneficiosas del estrés, los resultados parecen indicar la existencia de un repertorio positivo de las personas que funcionan como amortiguadores naturales del estrés, formado por tres posibles dimensiones, tales como, 1) satisfacción vital, que a su vez, puede depender de otras variables (extraversión, relación de pareja estable, edad, ingresos económicos, amabilidad y apertura a la experiencia), 2) bienestar subjetivo (influido por extraversión y neuroticismo) y 3) felicidad, que mantiene una relación sistemática con extraversión, menos sistemática con amabilidad y responsabilidad, y que también resulta significativamente mayor en las relaciones sociales, junto con extraversión y amabilidad, que en relación con salud, estado civil y recursos económicos.

Por su parte, Ramos (1999) reseña algunos factores de personalidad, tales como, la apertura a la experiencia (curiosa y abierta), amabilidad y responsabilidad, autoeficacia, autoestima, tolerancia a la ambigüedad y extraversión.

Al parecer, las variables de personalidad pueden modular el apoyo social, tanto el apoyo real como el percibido. Asimismo, el apoyo social está determinado por el grado con que el individuo se relaciona con otras personas.

Pelechano (1997) mantiene que desde 1974 se han propuesto algunos atributos personales que van desde la eficacia personal (Bandura), la fortaleza (Kobasa, 1979), el locus de control interno (Rotter) y la capacidad de control personal (tipología de Grossarth-Maticek y Eysenck), como atributos de fortaleza psicológica. Y todos ellos comparten algunas notas relevantes, entre otras, 1) están teóricamente orientadas hacia el fomento de una eficacia psicológica frente a los estresores, 2) se trata de un atributo de aplicación generalizada y no situacionista, y 3) se trata de formulaciones nomotéticas. Por último, el mismo autor cita un importante núcleo de dimensiones de personalidad salutogénicas que han sido reconocidas como elementos básicos del funcionamiento personal saludable dentro de la bibliografía contemporánea, tales como el control personal, el sentido optimista y realista de la vida, y la capacidad de solución de problemas interpersonales.

Con relación a otras variables de personalidad relacionadas con el síndrome de estar quemado por el trabajo, Gil-Monte (2005) señala que se obtienen relaciones significativas de carácter inverso entre el síndrome de quemarse por el trabajo y el constructo resistencia, que en ocasiones actúa como un modulador que reduce la probabilidad de desarrollar la patología en la presencia de estresores. Los sujetos que puntúan alto en control minimizan las creencias de indefensión ante los acontecimientos negativos y buscan explicaciones sobre el porqué de los hechos enfatizando su propia responsabilidad en detrimento de las acciones de los otros. Mientras que los sujetos con reto (se basa en la creencia de que el cambio, más que la estabilidad, es la norma de la vida) perciben los cambios como oportunidad para desarrollarse más que como amenaza a su seguridad, buscan nuevas experiencias y se aproximan a ellas con flexibilidad cognitiva. Las conclusiones de algunos estudios empíricos (McCranie, Lambert y Lambert, 1987; Topf, 1989) presentan que la personalidad resistente es una variable que

modula la relación entre el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo, al menos en profesionales de enfermería. También se ha obtenido correlaciones positivas y significativas entre personalidad resistente y realización personal en el trabajo, y negativas con agotamiento emocional y despersonalización (Moreno, Garrosa y González, 2000). En otros estudios, la falta de compromiso (la tendencia a implicarse uno mismo en las diferentes situaciones de la vida, trabajo, familia, relaciones interpersonales e instituciones sociales) es el principal predictor significativo positivo de algunos de los síntomas del síndrome de quemarse por el trabajo (Topf, 1989).

Otra característica de personalidad que se asocia significativamente con el síndrome de quemarse por el trabajo es el locus de control. Diferentes estudios han obtenido que los individuos con una orientación de locus de control externo son más propensos a desarrollar el síndrome de quemarse por el trabajo que los profesionales con locus de control interno (Capel, 1987; Fuqua y Couture, 1986; Wilson y Chiwakata, 1989).

Por todo ello, teniendo en cuenta la gran parte de los estudios citados de la personalidad como variable mediadora de la respuesta de estrés, se podrían plantear que algunas de ellas, tales como el patrón de conducta tipo A (que presenta vulnerabilidad al abrasamiento y es predictora de enfermedad cardiovascular y trastornos psicofisiológicos), el patrón tipo C y la alexitimia, son las tres perjudiciales para la salud del individuo, además de la variable neuroticismo que se asocia a las estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción (evitación, escape), que pueden ser facilitadoras del síndrome de estar quemado. Sin embargo, estabilidad emocional, resistencia, patrón tipo B y extraversión son otras variables moduladoras del estrés que favorecen la salud de la persona. La extraversión es una disposición personal del repertorio positivo del sujeto, y el patrón tipo B muestra una relación significativa con resistencia al estrés.

7.2. APOYO SOCIAL

El apoyo social puede influir de manera importante en la salud de las personas. Desde el punto de vista de su relación con la salud, Sandín (1999) señala que parece más interesante el estudio del apoyo social percibido que del apoyo social real. Los indicios apuntan a que las personas que tienen pareja estable, amigos y familia, recursos materiales y psicológicos cubiertos, tienen una tendencia a mejor salud que las personas generalmente con un contacto social pobre (Flórez, 2001). Buendía (1993) observa que los sujetos que tienen un alto nivel de apoyo social manifiestan un bajo nivel de síntomas físicos y psicológicos y, además, el índice de mortalidad es significativamente más bajo. Las relaciones con los demás (amigos, familia, compañeros, supervisores, directivos) es una variable a destacar en la investigación de la percepción de apoyo psicosocial. Ramos (1999), por su parte, destaca que las variables sociales (falta de apoyo social) son facilitadores del estrés familiar.

El apoyo social tiene mucha importancia por los efectos estudiados que ejerce sobre la salud y el bienestar. La influencia del apoyo social en la salud queda perfectamente ilustrada en los datos de la relación del sexo y el estado civil con la morbimortalidad causada por diferentes enfermedades asociadas al estrés. Los datos indican que tanto en hombres como en mujeres, los solteros y especialmente los divorciados presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud que aquellas personas que permanecen casadas. Así pues, mientras que algunos estudios (p.e., Buendía, 1999) hacen referencia al apoyo social, como variable amortiguadora del efecto del estrés en la salud (matrimonio, sexo y mortalidad), por otro lado, los trabajos realizados por Manzano (1998) no han encontrado evidencia empírica que apoye que sujetos con pareja presentan niveles más bajos de estrés laboral.

Peiró y Salvador (1993) estudian el apoyo social como variable en la investigación del estrés. Por otro lado, Pines y Aronson (1988) consideran que el apoyo social es un buen antídoto contra el estrés.

Se ha señalado que el apoyo social reduce la frecuencia de conductas no saludables. El estudio de Adler y Matthews (1994) constató que las personas que viven bajo situaciones estresantes hacen más ejercicio físico y evitan más el alcohol o el

tabaco cuando tienen un apoyo social elevado, en contraste con las personas que, bajo circunstancias estresantes parecidas, tienen un nivel reducido de apoyo social. Sin embargo, Rodin y Salovey (1989) observan que el apoyo social también puede potenciar las conductas no saludables en la adolescencia, ya que es frecuente que se estimule entre los compañeros el consumo de sustancias tóxicas. Así, el grupo de pertenencia puede ejercer influencias negativas para la salud.

Por tanto, en la relación significativa entre las variables apoyo social y salud, existen dos teorías explicativas. Por una parte, la hipótesis del efecto directo o principal (apoyo social fomenta la salud, independientemente del nivel de estrés). Y, por otra, la hipótesis del efecto protector (apoyo social protege a las personas de los efectos perjudiciales de los acontecimientos vitales estresantes). Como apunta Sandín (1999), partiendo de la primera teoría, se presupone que el apoyo social ejerce efectos positivos primarios sobre la salud. Sin embargo, desde la segunda teoría (el modelo de amortiguación, que ha sido más ampliamente probado), el apoyo social puede reducir el impacto del estrés, eliminando o reduciendo el propio estresor, reforzando la capacidad de la persona para afrontarlo o atenuando la experiencia del estrés cuando éste se ha iniciado. Pues bien, la segunda teoría propuesta tiene dos posibles interpretaciones:

1. Se predice una interacción entre el estrés psicosocial y el apoyo social sobre el bienestar, es decir, el estrés y el apoyo social explican interactivamente la salud, asumiendo que la correlación entre el estrés y el apoyo social es baja o nula (hipótesis moderadora).

2. Se parte de una relación aditiva entre el estrés, el apoyo social y el bienestar, siendo el nivel de apoyo social dependiente del nivel de estrés (hipótesis supresora).

Lazarus (2000) señala que las relaciones sociales también pueden ejercer una influencia psicológica negativa, conduciendo a decepciones sobre la calidad y cantidad de apoyo que ofrecen las personas ante una situación de crisis vital. Esta consideración tiene que ver con el carácter tanto beneficioso como perjudicial de los efectos de apoyo. Así, Mechanic (1978) en un trabajo sobre los estudiantes y el apoyo social (el efecto de las esposas de los estudiantes que tranquilizaban con el mensaje de que no tenían nada de qué preocuparse), señala que los esfuerzos por tranquilizar ocasionan más presión

que la que podía haber inicialmente en el estudiante. Esto lleva a pensar que las buenas intenciones no son suficientes y que el apoyo debe suministrarse con cierta habilidad y sensibilidad, que sea apreciado por constituir una ayuda práctica que va más allá de lo que puede esperarse, y no sólo por el mero hecho de tratar de ayudar.

El apoyo social y el afrontamiento, según la revisión de Yanguas *et al.* (2000), son las dos variables moduladoras o modificadoras del estrés del cuidador, que más atención han recibido. La existencia de estas variables moduladoras, equivale implícitamente a asegurar que el cuidador tiene recursos para hacer frente a situaciones de estrés, como es el ejercicio del cuidado. Es decir, es capaz de controlar, modificar y entender los acontecimientos a los que se debe de confrontar. En realidad, lo que existe es un proceso dinámico de relación entre estresores y recursos, en función del cual, un cuidador puede hacer frente de diferentes maneras, eficacia y eficiencia a las diferentes situaciones de cuidado. A nivel de la intervención, estas variables moduladoras son objeto de especial atención, ya que muchas de las intervenciones con cuidadores van destinadas al aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento, a aumentar el apoyo social, etc.

El apoyo social parece ser la variable moduladora más importante para los cuidadores informales. Para Yanguas *et al.* (2000), el apoyo social tiene múltiples dimensiones, aunque dos de ellas son las más importantes de cara al apoyo informal y al cuidado de las personas mayores dependientes:

1. Apoyo instrumental, equivalente a la ayuda que presta el cuidador a la persona cuidada para realizar ciertas actividades de la vida diaria.
2. Apoyo emocional, equivalente a sentimientos de ayuda que recibe el cuidador de otras personas.

La idea de que el apoyo social es un medio para amortiguar los efectos del estrés en cuidadores ha sido ampliamente investigada, así como los beneficios a nivel de salud. Entre los efectos principales destacan, entre otros, a) la relación entre apoyo social percibido y la menor carga subjetiva en cuidadores de personas con demencia, b) los cuidadores con un nivel alto y estable de apoyo social tienen menor probabilidad de

padecer problemas de salud a lo largo del tiempo de cuidado, c) el apoyo social tiene un efecto amortiguador del estrés crónico en el sistema inmunitario de las esposas cuidadoras de enfermos de Alzheimer, d) el apoyo social, entre otros, se reconoce como un predictor directo de la adaptación de los cuidadores de personas con demencia senil, e) una proporción significativa de la disminución de la función inmune fue explicada por el grado de apoyo social, y f) existe una relación inversa entre el nivel de apoyo social y el nivel de sintomatología depresiva.

Kiecolt-Glaser y Glaser (1994) afirman que los cuidadores que tienen mayor capacidad de relaciones sociales o mayor nivel de apoyo social tienen mayores posibilidades de evitar las consecuencias más graves del cuidado, como pueden ser los trastornos depresivos.

En las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos que evalúan las intervenciones de apoyo a los cuidadores de pacientes con demencia, según Argimon (2004), no se han observado resultados concluyentes que avalen la eficacia de las intervenciones. Los resultados de muchos de estos ensayos clínicos deben interpretarse con mucha precaución, dada su escasa calidad metodológica. Estudios con un seguimiento más largo y que incluyan más parejas de pacientes y cuidadores permitirán responder a la pregunta de si son eficaces las intervenciones destinadas a apoyar a los cuidadores.

El estudio de Hagihara, Miller, Tarumi y Nobutomo (2003) verificó que el apoyo social tiene efectos positivos y negativos en la relación entre el estrés laboral y el consumo de alcohol. El investigador sugiere que la ayuda social no es de beneficio universal en la reducción de beber en exceso y puede, a veces, ser un factor de refuerzo.

Por tanto, siguiendo la trayectoria de los estudios sobre el apoyo social como variable mediadora de la respuesta de estrés, parece claro que en el ámbito de la salud, un alto nivel de apoyo social está asociado significativamente tanto a índices de mortalidad más bajos como a bajo nivel de síntomas físicos y psicológicos. En cuidadores informales de enfermos de Alzheimer, el apoyo social previene las enfermedades y aumenta la tendencia a mejorar la salud. Y, mismamente, en cuidadores formales juega también un papel bastante positivo, modulando el nivel de estrés con un efecto amortiguador. Igualmente, queda reflejada la influencia significativa del apoyo

social percibido de ayuda emocional para el cuidador informal, por un lado, explicando el deterioro conductual y cognitivo de éste y, por otro, modulando la sensación de estrés.

7.3. OPTIMISMO

En la última década se ha ido desarrollando un creciente interés por el estudio del optimismo y el pesimismo como constructos de personalidad con valor propio, así como en relación a sus implicaciones adaptativas en distintas áreas de la vida. De esta manera, en tanto en cuanto que formas de anticipación de resultados futuros (Scheier y Carver, 1985, 1987, 1992; Scheier *et al.*, 1986), se ha visto que estas variables ejercen una influencia diferencial en la valoración y afrontamiento de las dificultades, en el desenvolvimiento en el mundo social y académico, y en el bienestar psíquico y físico de las personas. Por lo tanto, el constructo del optimismo disposicional puede definirse, según Scheier y Carver (1992) como la tendencia a creer que la persona experimentará buenos resultados en la vida. Así pues, el optimismo es operacionalizado por varios instrumentos, siendo el *Life Orientation Test* (Scheier y Carver, 1985; Scheier, Carver y Bridges, 1994) uno de los instrumentos que más se han utilizado. Pues bien, el objetivo de los autores al elaborar esta prueba era medir las expectativas independientemente de otras variables asociadas pero diferentes (estado de ánimo, atribución, significación), teniendo en cuenta que las razones por las que la gente tiene esas expectativas pueden ser diversas, tanto internas (eficacia personal, esfuerzo) como externas (suerte, apoyo social, acción adivina, etc.).

A lo largo de los años han ido surgiendo una serie de controversias, planteándose la disyuntiva de si el *Life Orientation Test* consiste en un único factor (optimismo) que conforma un constructo unidimensional con dos polos (Carver y Scheier, 1985; Scheier *et al.*, 1994), o si, por el contrario, el *Life Orientation Test* tiene una estructura bifactorial, de tal manera que el optimismo y el pesimismo aparecen como constructos relativamente independientes y con correlatos diferentes (Chang, D'Zurilla y Maydeu-Olivares, 1994; Marshall, Wortman, Kusulas, Hervig y Vickers, 1992). A este respecto, existen datos que apoyan ambas posturas. Al parecer, a partir de una interpretación objetiva de los datos, no está claramente justificada la conclusión de

independencia entre estos dos componentes. Y, por lo tanto, los datos obtenidos en el estudio de Fernández y Bermúdez (1999), apuntan globalmente hacia la consideración del optimismo y el pesimismo como componentes o constructos de una misma dimensión para la mayoría de las variables de personalidad y emocionales tomadas como criterio. De hecho, la gran mayoría de las variables evaluadas se asocian tanto con optimismo como con pesimismo, aunque de forma opuesta, lo cual es contradictorio con las posiciones que defienden la independencia (Marshall *et al.*, 1992, entre otros) en base a los criterios utilizados en el estudio de referencia. Del patrón global de asociaciones del optimismo y el pesimismo cabe destacar, por tanto, la tendencia por parte de los optimistas a ser internos, a tener más autoestima y autoeficacia, menos ansiedad rasgo, de prueba y social, y atribuir el éxito a factores internos como la habilidad y el esfuerzo. Por su parte, los pesimistas muestran la tendencia contraria.

Para Fernández y Bermúdez (1999), los pesimistas defensivos se caracterizan por ser altos en motivo de logro y altos en miedo al fracaso. Un estudio realizado por Showers y Ruben (1990) demuestra un carácter más desadaptativo en el pesimismo puro, en virtud de su estilo de afrontamiento pasivo y evitativo, con ausencia de estrategias defensivas efectivas que permitan afrontar el estrés, aunque pueden resultar eficaces en alguna medida, como se demuestra en el caso del pesimismo defensivo. A este respecto, Fernández y Bermúdez (1999) encontraron que los pesimistas defensivos y los optimistas no diferían en el grado de satisfacción que esperaban obtener por un éxito, pero sí que los pesimistas esperaban encontrarse más decepcionados si fracasaban que los optimistas. Por otro lado, Fernández y Bermúdez (1999) consideran que el pesimismo defensivo podría verse como una disposición o rasgo secundario en el sistema intencional. Esto significa que se depende de otros estados intencionales para lograr o no su estabilidad. Y en este sentido, la supuesta especificidad de las estrategias pesimistas defensivas y optimistas no dependería tanto de su supuesta falta de disposición *per se*, como del potencial que muestran de ser modificadas en base a las consecuencias derivadas de su uso en las distintas situaciones. Por todo ello, los autores mencionados mantienen que existen razones de peso suficientes para pensar que el pesimismo defensivo y el optimismo son disposiciones.

Por otra parte, el optimismo exagerado y persistente en relación con acontecimientos negativos se denomina ilusión de invulnerabilidad y optimismo ilusorio cuando se

refiere a acontecimientos positivos. Para el optimismo ilusorio se han buscado explicaciones tanto motivacionales (evitar experiencias emocionales negativas) como cognitivas (el sesgo se produce porque a los sujetos les falta información o porque el hombre es un ser cognitivamente limitado en sus estrategias de procesamiento de la información). En cuanto a las consecuencias del optimismo ilusorio sobre la conducta, hay trabajos como los de Weinstein (1984) y los de Bauman y Siegel (1987), los cuales constatan que la ilusión de invulnerabilidad afecta a la probabilidad estimada de contraer enfermedades importantes (diabetes, cáncer, infarto de miocardio, neumonía, enfermedades venéreas). En el extremo opuesto, trabajos como el de Taylor y Brow (1988, 1994) (citados en Sánchez *et al.*, 1998) recopilan investigaciones que sugieren que las ilusiones cognitivas, en general y el optimismo ilusorio, en particular, sirven a una amplia variedad de funciones cognitivas, afectivas y sociales para acabar concluyendo que, a la postre, el optimismo ilusorio no deja de ser una estrategia adaptativa.

Sánchez, Rubio y Blanco (1998) encuentran evidencia empírica del optimismo ilusorio en sus dos manifestaciones, ilusión de invulnerabilidad y optimismo irreal, ilusiones que van a la mayoría de los individuos a estimar que es más probable que le sucedan hechos negativos a otras personas que a uno mismo, y más probable que a uno mismo le ocurran hechos positivos que a otras personas con las que se compara. La conclusión general del estudio de estos autores es que el sesgo de invulnerabilidad y el de optimismo irreal son efectos sólidos, estables, y que quizá en gran parte se explican por mecanismos afectivos. Si bien la existencia de las ilusiones cognitivas es aceptada como un fenómeno que caracteriza el pensamiento humano, existe una controversia en torno a sus efectos sobre la conducta de las personas en la vida cotidiana. Por una parte, están los trabajos que muestran los efectos positivos que las ilusiones cognitivas tienen sobre la salud y el bienestar psicológico, y por otra, aquellos que resaltan sus efectos secundarios. Así, el optimismo ilusorio, considerado una estrategia adaptativa ante situaciones amenazantes, podría implicar también un mecanismo de negación de la realidad que, a la vez que reduce el estrés emocional que provocan los acontecimientos negativos o situaciones estresantes, puede reducir la probabilidad de que el individuo ejecute las conductas adecuadas para reducir el riesgo real que sobreviene al verse implicado en determinadas situaciones o contraer enfermedades que dependen de los hábitos conductuales. En el ámbito de la salud son numerosos los ejemplos de estudios

empíricos que vendrían a poner de relieve los efectos perniciosos del optimismo ilusorio. La ilusión de invulnerabilidad es señalada reiteradamente como el mecanismo emocional y cognitivo responsable de la baja percepción de riesgo que tienen los sujetos de contraer distintas enfermedades (como ejemplo, en el caso del síndrome de inmunodeficiencia, se hallarán los trabajos de Blanco y Sánchez, 1993). El optimismo ilusorio, en particular, y las ilusiones cognitivas, en general, podría estar neutralizando los efectos de las campañas sanitarias que proporcionan la prevención para atajar situaciones de riesgo, objetivo difícil de conseguir cuando previamente no existe percepción del mismo.

Determinadas características de personalidad están asociadas con las formas de afrontar el estrés. Carver, Scheier y Weintraus (1989) hablan de las variables meta, expectativa, esfuerzo adaptativo, por la relevancia que tienen en el estudio del estrés. Anteriormente, ya Scheier y Carver (1987) hicieron referencia a la importancia del optimismo en el afrontamiento.

Reker y Wong (1985, 1988) postulan que las personas optimistas hacen una valoración de los acontecimientos estresantes más positiva que los pesimistas, en el sentido de aplicar una mayor riqueza de estrategias de afrontamiento (independencia, aceptación y autosuperación). En relación con la negatividad experimentada por los pesimistas ante las mismas situaciones de estrés, estos sujetos utilizan más frecuentemente el patrón de evitación o retirada. Williams, Wiebe y Smith (1991) observan que el optimismo es útil tanto para moderar como para predecir las respuestas de afrontamiento en ambientes estresantes. Así pues, el optimismo amortigua el impacto de los sucesos negativos de la vida e influye significativamente en el desarrollo de la autoestima de las mujeres (Verbrugge, 1986) y de su salud. Los trabajadores pesimistas están más ensimismados en sus problemas personales irresolubles, lo cual le hace utilizar modos de afrontamiento centradas en la emoción. Flórez (1999) mantiene que el sentido del humor favorece la secreción de beta-endorfina, un polipéptido producido por la hipófisis, que ayuda también a disminuir el dolor.

Con relación al concepto *hardiness* (Kobasa, 1979), esta variable es definida por la autora como una tendencia de orientación optimista ante el estrés. Además, en contraste con las personas pesimistas, de baja autoestima y de baja resistencia, se han

asociado positivamente con optimismo, las variables autoestima, locus de control interno y dureza y resistencia, con el uso de estrategias focalizadas en el problema (acciones planificadas) en situaciones potencialmente controlables, y con tendencias a llevar a cabo mayor número de acciones para aliviar los síntomas cuando se sienten enfermos. Se puede observar, por tanto, la aparente conexión del constructo optimismo disposicional con otros factores de personalidad (resistencia, autoestima y autoeficacia), los cuales comparten la cualidad de ser protectores frente a la respuesta de estrés.

Según Pelechano (1997), un análisis de los criterios de personalidad comprometidos con la salud les llevó a aislar cuatro áreas racionales, a considerar, 1) optimismo y esperanza, 2) control personal y estima, 3) afectividad negativa (inhibición y represión de emociones negativas), y 4) control emocional. Un análisis posterior diferenció tres factores, denominados, 1) control optimista, 2) expresión de cólera e 3) inhibición. Posteriormente, estos factores se correlacionaron con los cinco que recoge el *Cuestionario de Costa y McCrae*. Entre los resultados más relevantes, se encontraron correlaciones significativas entre estos factores y los cinco grandes (el control optimista presentaba coeficientes significativos con neuroticismo, extraversión y escrupulosidad). El mismo autor señala que el optimismo y la capacidad de negación y restricción de lo inevitable a límites fijados, junto a la eficacia en la solución de problemas interpersonales, significan atributos y puntos de reflexión que deberían ser tomados en cuenta para investigaciones futuras.

MARCO TEÓRICO

8

Estrés y ámbito laboral

8. ESTRÉS Y ÁMBITO LABORAL

Las relaciones laborales van unidas, necesariamente, además de otros aspectos, a la actividad humana y es un componente importante en el estrés laboral. Se diferencian tres niveles de estrés laboral (organizacional, grupal e individual). Ramos (1999) estima que entre las fuentes del estrés laboral se encuentran tres categorías diferenciadas. Así, figuran los factores relacionados con el trabajo (organización), los factores externos al trabajo (familiares, económicos, salud, estilo de vida) y las características individuales o personales. Entre los factores del estrés laboral debidos a la organización, Peiró y González-Romá (1991) citan algunos, tales como, la jornada de trabajo, los tiempos de descanso, las relaciones interpersonales, la dificultad de comunicación y la posibilidad de promoción.

Los estresores del primer grupo son los siguientes. Por una parte, el ruido (Jones, 1983) que genera en la actividad mental fatiga, irritabilidad, desconcentración e incomunicación. Por otra parte, las altas temperaturas con excesivo calor tiene como resultado la somnolencia y la atención afectada, mientras que el exceso de frío repercute en la destreza manual, accidentes y la calidad del trabajo. Los espacios hacinados también conllevan estrés laboral. Además de estos estresores, también son importantes la percepción de riesgos (como consecuencia del estresor) y el exceso tanto de horas de trabajo (que conlleva fatiga, relaciones sociales afectadas y la vida familiar queda reducida) como de control y responsabilidad.

Otros estresores importantes son la inseguridad en el trabajo, el conflicto de rol, la relación con los supervisores, los compañeros, los subordinados y los usuarios y las nuevas tecnologías, es decir, la adaptación a los cambios.

El problema del estrés es su persistencia, es decir, su mantenimiento como consecuencia de los requerimientos y las insistencias de las condiciones de trabajo que lo provocan.

Esta cronificación del estrés puede ser la causa de algunos efectos negativos para la salud del profesional, como es el caso del abrasamiento², resultado de una forma prolongada de estrés laboral. Uno de los efectos negativos del estrés laboral es la inadaptación. Desequilibrio, contexto y necesidades satisfechas son variables que determinan el grado de inadaptación. Se asocian al estrés laboral los trastornos físicos y mentales, la accidentalidad laboral y el descenso en productividad (Ramos, 1999).

Tras una revisión de más de 300 artículos empíricos describiendo la relación entre el estrés psicológico y los parámetros del sistema inmunitario humano, Segerstrom y Miller (2004) concluyen que el estrés altera el sistema inmune. Así, a corto plazo el estrés acelera la respuesta adaptativa para prepararse frente a una agresión o a un proceso infeccioso. Sin embargo, a largo plazo el estrés hace que el sistema inmunitario se altere considerablemente. Otra de las conclusiones del trabajo citado es que el sistema inmunitario de los sujetos mayores o los que están enfermos es más propenso a modificarse ante un cambio producido por una acción estresante. Pues bien, los factores estresantes crónicos son los que se asocian a una mayor reducción de la capacidad de respuesta del sistema inmunitario.

Respecto al hostigamiento psicológico en el trabajo, dado lo reciente del estudio de este fenómeno (década de los 80), Olmeda y García (2004) encuentran variaciones en su descripción, en cuanto a concepto, instrumentos de evaluación, frecuencia y medidas preventivas a adoptar. Lo que se refleja claramente es que no se trata de un problema marginal, sino que las cifras conocidas serían sólo la parte visible de un fenómeno de mayor envergadura. Al parecer, los primeros datos provienen de Suecia, gracias a los primeros estudios de Leymann, quien encontró en 1992 que un 3,5% de los trabajadores sufría acoso psicológico en el trabajo. Tres años más tarde, los estudios constataban que

² La expresión inglesa *burnout* ha tenido distintas traducciones. En este trabajo se ha optado por *abrasamiento*, siguiendo a Pelechano (2000, pág. 647). Se transcribe a continuación su razonamiento para utilizar este término: «No resulta fácil la traducción de la expresión. A partir de un análisis de los fenómenos a los que se refieren los autores parece adecuado la expresión de "abrasarse", "abrasado" o "abrasador". Sin embargo, debe incorporarse la idea de una motivación positiva muy fuerte hacia el rendimiento previo a la aparición del fenómeno. La connotación del fenómeno es negativa y en el *Oxford Dictionary* cubre asimismo una idea de manipulación, acepción que no se encuentra en la aplicación técnica de la expresión en psicología. En el fenómeno se incorpora asimismo la idea de que existen grados de *burning out*, aunque su aplicación primera es quemarse en su máxima intensidad. De ahí nuestra propuesta en la traducción: abrasarse y abrasamiento. Para abrasarse, previamente debe estar "caliente" y, posteriormente, "encendido"».

el porcentaje era mayor, cercano al 8%, y tenían especial incidencia en los sectores de Sanidad, Educación y Asistencia Social.

En Noruega, aproximadamente el 8,6% de los empleados padece estrés laboral. Alemania cifró el coste del acoso laboral en 100.000 millones de marcos. En Gran Bretaña se estima en 19 millones anuales, las jornadas laborales perdidas a consecuencia del acoso en el trabajo. Con estos datos se puede revelar de forma evidente la existencia aproximada y generalizada de hostigamiento y acoso laboral en el trabajo, y el impacto estresante que se constata en el ámbito laboral, con la presencia de estrés laboral y abrasamiento. A pesar de las aportaciones citadas, se calculan bastantes carencias y dificultades en la evaluación tanto para detectar los problemas laborales como para diagnosticar empíricamente los aspectos estresantes asociados al trabajo, ya que debido a la naturaleza de estos problemas (acoso psicológico y sexual), pueden estar implicados otros procesos delictivos que deben ser denunciados. Y todo ello dificulta y altera significativamente la obtención de los resultados.

8.1. EL BURNOUT, SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO O ABRASAMIENTO

El síndrome de *burnout* es un proceso, que surge como consecuencia del estrés laboral crónico y en el cual influyen variables individuales, sociales y organizacionales. El concepto *burnout* lo introdujo Freudenberguer (1974). Mas tarde, Maslach y Jackson (1982) describieron las dimensiones cansancio emocional, despersonalización y baja autorrealización. Estos autores proponen que el abrasamiento es un constructo multidimensional, configurado por tres dimensiones básicas (agotamiento o cansancio emocional, despersonalización en el trato con los clientes o pacientes y baja realización personal en el trabajo). Otros autores describen algunas variables relacionadas con el abrasamiento, tales como los trastornos psicofisiológicos, la desesperanza y la indefensión (Pines, Aronson y Kafry, 1981). Se puede denominar síndrome de estar quemado a un tipo de estrés laboral crónico y también a la última fase del proceso de estrés (según la perspectiva de Selye, 1960).

Gil-Monte (2005) encuentran que en la literatura se reconocen hasta diecisiete denominaciones diferentes en español para referirse al mismo fenómeno de quemarse por el trabajo, que pueden dividirse en tres grupos:

1. Teniendo en cuenta el grado de similitud (*síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome de estar quemado en el trabajo, síndrome de quemarse en el trabajo, síndrome de estar quemado, síndrome del quemado, estar quemado y quemazón profesional*).

2. Si se consideran las denominaciones que optan por una vía alternativa a la traducción literal, tales como, *desgaste psicológico por el trabajo, desgaste ocupacional, desgaste profesional, agotamiento profesional y síndrome de cansancio emocional*.

3. Se retoman los estudios en los cuales toman el síndrome de estar quemado por el trabajo como sinónimo de estrés laboral, destacando entre otros, *estrés crónico laboral asistencial, estrés profesional, estrés laboral y síndrome del empleado*.

Sobre los aspectos epidemiológicos del abrasamiento no parece existir acuerdo unánime entre los autores, si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables (Gil-Monte y Peiró, 1997; Manzano, 1998; Mingote, 1997). Así, sobre la variable edad parece ser que los primeros años (periodo de sensibilización) son vulnerables al síndrome de estar quemado. Se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana (las recompensas personales, profesionales y económicas no son ni las prometidas ni las esperadas). Sobre la variable sexo, parece ser que las mujeres son más vulnerables que los varones. Influye tanto la doble carga de trabajo profesional y familiar como la elección de determinadas especialidades profesionales que aumentarían el rol de la mujer (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Entre las variables relacionadas con el abrasamiento, se encuentran algunas variables facilitadoras de su aparición, como las demográficas (edad, sexo, nivel de instrucción, etc.), la personalidad (neuroticismo, patrón de conducta tipo A, locus de control externo, falta de autoeficacia, falta de autoestima, escasa resistencia al estrés, estrategias de afrontamiento de escape o evitación) y la falta de apoyo social. Al mismo

tiempo, Ramos (1999) mantiene que también se encuentran variables desencadenantes organizacionales, entre otras, el desempeño de la categoría profesional (ambiente físico de trabajo, contenidos del puesto de trabajo, nivel de ruido, confort físico percibido por el sujeto en el lugar del trabajo, carga laboral percibida, oportunidad del sujeto para usar las habilidades adquiridas), el estrés por roles desempeñados, las relaciones interpersonales, el desarrollo de la carrera (ambigüedad de rol, conflicto de rol, relaciones interpersonales negativas con los compañeros, supervisores, subordinados, clientes, pacientes, inseguridad en el puesto de trabajo, pérdida del puesto de trabajo), y los estresores relacionados con las nuevas tecnologías y diversos aspectos relacionados con la organización (estructura, clima y cultura organizacional) que inciden negativamente en los procesos de cambio y dificultan la adaptación profesional del sujeto.

Por otro lado, las estrategias de control o centradas en el problema generalmente pueden prevenir, no siempre, el desarrollo del abrasamiento, mientras que las estrategias de evitación, de escape y centradas en la emoción, en función de la situación, pueden facilitar o no la aparición del síndrome de estar quemado. Según los trabajos de Burke *et al.* (1995) y Parkes (1998), los sujetos que emplean habitualmente modos de afrontamiento de carácter activo experimentan abrasamiento con menos frecuencia. Por tanto, parece que las estrategias activas pueden prevenir el síndrome de estar quemado (Duquette, Kérouac, Sandhu, Ducharme y Saulnier, 1995; Erera, 1996; Leiter, 1992; Parasuraman y Cleck, 1984; Tyson y Pongruengphaut, 1996).

El grado de estrés, la fatiga y el abrasamiento están influidos por la relación entre orientación profesional (valoración que tiene el trabajo para el individuo, que incluye las metas, los valores, los deseos y las aspiraciones profesionales) y el tipo de puestos. La autoestima y la autoeficacia percibida son consideradas como variables que favorecen la ausencia de *burnout*. Otras contribuciones han intentado relacionar al abrasamiento tanto con la teoría de la acción, entendiéndolo como la alteración del proceso de la acción (Burisch, 1993). Y otras aportaciones también han intentado relacionar al síndrome de estar quemado, en esta ocasión, con la teoría general del estrés, tomando el citado síndrome como la consecuencia de falta de habilidades de afrontamiento y motivación (Hobfoll y Fredy, 1993).

Gil-Monte y Peiró (1997) elaboran un modelo sobre la etiología, el proceso y las consecuencias del síndrome de estar quemado, con un enfoque transaccional de las variables organizacionales, personales y estrategias de afrontamiento. Estos autores definen el abrumamiento como la respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando los modos de afrontamiento empleados por los profesionales (p. e., activo o de evitación) no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. La estrategia de afrontamiento empleada por el sujeto supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (p. e., falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización, etc.). No obstante, se necesitan estudios de carácter longitudinal que confirmen el modelo.

Escobar (1999) considera que existen tres líneas de investigación (desde la psicología de las organizaciones, desde la Psicología de la Salud y desde la investigación en enfermería). La primera está centrada en la insatisfacción laboral y el cansancio emocional. En la segunda, con una escala de estresores específicos, los autores encontraron diferencias de sexo en cuanto a fuentes de estrés, la edad con efecto modulador inverso (a más edad, menos estrés) y, además, describen la planificación coherente como la variable determinante de la insatisfacción laboral y la salud. Y, por último, los investigadores de la investigación en enfermería no han alcanzado un consenso en el lenguaje, instrumentos, constructos, estresores y propuestas de intervención.

El estudio de Alarcón, Vaz, Guisado, Benavente, López y Morgado (2004), realizado con un total de 117 enfermeros de hospital general, para el cual, se utilizaron el *MBI*, la *Symptom Checklist-90- Revisada* y la *Work Environmental Scale*, obtuvo como resultado dos factores básicos. El primero, en el que se relaciona psicopatología con agotamiento emocional y otro, en que se relaciona un ambiente en el trabajo positivo con buen logro personal. La investigación citada apoya la idea de que, además de estudiar variables organizacionales que se relacionan con el síndrome de estar quemado, es necesario prestar atención a variables personales que puedan estar implicadas en el proceso del síndrome.

8.2. ESTRÉS LABORAL Y SALUD

Entre las conclusiones extraídas, en Bilbao, por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo y, en Dublín, por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (Hernández, González de Rivera, Rodríguez y Romero, 2001), se destaca que el estrés laboral afecta al 28% de los trabajadores comunitarios, y el abasamiento al 23%. Hay relación entre estrés laboral y dolor de espalda, que afecta a uno de cada tres trabajadores europeos. El problema al que se refieren estas notas es de una enorme magnitud, ya que repercute en el bienestar social y la salud.

El estudio de Hernández *et al.* (2001), realizado con 156 trabajadores (75% varones y 25% mujeres) de empresas del sector editorial y artes gráficas, analizó las relaciones entre estrés laboral y diversas variables biomédicas. Los resultados muestran las relaciones complejas entre los once factores del *Cuestionario de Estrés Laboral*, que explicaron el 67% de la varianza, y las variables biomédicas estudiadas. En primer lugar, los factores denominados de polaridad positiva o indicadores de estrés son los siguientes:

1. La carga de trabajo tiene una relación directa con el *Índice de Reactividad al Estrés*, con el *Global Severity Index* de la *Symptom Checklist-90- Revisada*, pero hay una relación especial con el *Índice de Hostilidad*.

2. La vulnerabilidad al estrés (ansiedad y depresión) tiene una correlación muy alta ($p < 0,001$ en todos los casos) con todos los índices y subíndices biomédicos, y se obtienen correlaciones negativas con los niveles de colesterol y de triglicéridos, la glucemia basal y el índice de masa corporal. Además, la edad y, sobre todo, la antigüedad en el puesto también correlacionan negativamente con este factor.

3. La dificultad de la tarea y estrés laboral percibido tiene relación con las variables relacionadas con la satisfacción laboral (consumo de tabaco e índice de masa corporal).

4. La incapacitación para el trabajo es el único factor de estrés laboral que no tiene correlación significativa con ninguna de las variables estudiadas.

5. Los sucesos vitales estresantes, por sorpresa, no correlacionan con los otros indicadores de estrés, y tiene una correlación negativa con el nivel de triglicéridos y colesterol.

6. El trabajo fuera del ambiente laboral representa sobre todo a las trabajadoras que se van obligadas a realizar tareas domésticas una vez terminado su trabajo en la empresa. Por tanto, correlaciona positivamente con el nivel de actividad física y negativamente con el salario. Además, tiene relación directa con los niveles de triglicéridos y colesterol, con lo que se convierte en el único factor del *Cuestionario de Estrés Laboral* que se asocia a un perjuicio en niveles de lípidos en sangre.

En segundo lugar, los factores del *Cuestionario de Estrés Laboral* protectores frente al estrés fueron los que siguen:

1. El clima laboral (integración en la organización) representaría uno de los principales factores moduladores del estrés, según la clasificación de Rivera. Es decir, su función sería amortiguar los efectos de los factores externos e internos del estrés. Este factor no tiene una influencia sustancial sobre las variables con las que se le compara, salvo que tiene una relación negativa con la antigüedad laboral.

2. El trabajo vocacional (identificación con el trabajo) tiene una relación directa con la edad y con la antigüedad. Hay una asociación directa con el índice de masa corporal, e inversa con el nivel de actividad física.

3. La exigencia y control sobre la tarea es un factor paradójico, ya que asocia un importante estresor, como es el nivel de exigencia, con un importante protector contra el estrés, el control de la tarea. En la muestra estudiada, no se encuentra ninguna correlación significativa de este factor con el resto de variables.

4. La eficiencia personal en el trabajo se ha revelado como el principal factor protector frente a síndromes de estrés psíquico en la muestra de estudio, ya que

correlaciona negativamente tanto con el *Índice de Reactividad al Estrés* como con los tres índices globales de la *Symptom Checklist-90- Revisada*. También, correlaciona directamente con el nivel de actividad física y con la tensión arterial sistólica, lo que corrobora observaciones previas de que el afrontamiento activo de los problemas excita la vía simpática beta adrenérgica responsable de la elevación de la tensión arterial sistólica. También este factor correlaciona negativamente con la edad.

5. El trabajo fuera del ambiente laboral identifica la capacidad de desconectar con el trabajo a la hora de salir. Los trabajadores con esta habilidad parecen tener protección frente al peso y la hiperglucemia.

Hernández *et al.* (2001), observaron que las personas que se quejaban de carga de trabajo tenían facilidad para expresar esta situación en el plano saludable, lo cual podría explicar que no enfermasen, y destacaron que las personas que llevaban más tiempo trabajando en la empresa manifestaban más los síntomas de estrés. Al parecer, la ingesta de alimentos y el consumo de tabaco podrían ser un mecanismo de compensación eficaz frente a los trabajos difíciles. Los autores reflejaron que los factores cotidianos eran los que constituían el grueso de los estresores laborales. Por otra parte, aunque se apuntaba que los más experimentados resultaban ser los más descontentos con el clima laboral, en cambio, también fueron los que más disfrutaban con su trabajo.

En otro estudio realizado por Olmeda y García (2004) sobre las demandas por estrés laboral, de un total de 508 historias (57,6% varones) en un Centro de Salud Mental, 33 consultaron en primera instancia por síntomas secundarios a conflictos laborales, lo que supuso el 13,6% de la población activa. Dos personas atribuyeron su malestar al hecho de estar en paro, mientras que para el 93,9% restante el conflicto estaba en el lugar de trabajo. Respecto a la actividad laboral que desempeñaban, un 81,8% (27 casos) eran funcionarios o empleados siendo tan solo dos casos (6,1%) directivos, otros tres casos (9,1%) obreros y un caso (3%) autónomo. De todos ellos, un 66,7% trabajan para el sector privado, un 21% para el público y en dos casos no pudo ser identificado el sector. Tanto el sector servicios y hostelería como el de administración con un 24,2% cada uno fueron los más afectados, seguidos por el de profesionales y técnicos con un 21,2%. Los trabajadores de industria y transporte y del comercio consultaron un 15,2% cada uno. Un 71% de los que tenían empleo activo

ejercían un trabajo adecuado a su nivel de formación. Como causa de la demanda en el parte de interconsulta de Atención Primaria constaba en un 48,5% una situación de estrés laboral por causas organizativas o de presión, en un 30% un conflicto de relación con compañeros o jefes en el lugar de trabajo, un 15,2% venían derivados como acoso laboral y el 6,1% restante fue derivado identificando el paro como situación de estrés. De todo ello, no se puede extraer la conclusión de que esta proporción sea la misma en la población general, ya que posiblemente estos trabajadores consulten en otros servicios o simplemente no consulten y resuelvan el problema de otro modo (p. e., cambiando de trabajo o sufriendo una incapacidad laboral permanente por diversos síndromes secundarios).

Mingote, Moreno y Gálvez (2004) mantienen que el incremento del síndrome de estar quemado o desgaste profesional de los médicos es una consecuencia específica de la relevancia del estrés sobre la salud y del aumento del estrés laboral en general. Aunque las tasas de desgaste profesional pueden variar en función de contextos organizacionales y poblaciones específicos, todos los datos indican tasas altas de prevalencia en esta población. Las consecuencias del síndrome son amplias e importantes y afectan a la salud, a la calidad de vida y a la eficacia profesional del médico. Esta situación plantea la necesidad de desarrollar programas de prevención e intervención que ayuden a controlar y paliar tales efectos siguiendo, entre otras, las propuestas de la Unión Europea.

El estrés laboral y la salud constituye un tema de discusión en el campo de la psicología preventiva y la psicología de la salud. Para ello, según Fernández, Siegrist, Rödel y Hernández (2003), existen diversas razones:

1. La actualización de las respectivas reglamentaciones y programas de actuación en salud laboral, con las necesarias condiciones y medidas de fomento de la salud, que permitan un trabajo en equipo más intenso con las mutuas laborales.

2. Concienciación creciente de que el estrés laboral origina costes secundarios que son evitables y que el fomento de la salud, mediante la adecuada configuración de los puestos de trabajo, puede constituir una considerable ventaja en la creciente competencia globalizadora.

3. Los cambios experimentados por la mayoría de los trabajadores debidos al proceso técnico, a la transformación originada por el desarrollo económico mundial, a la emigración de los trabajadores y a una estructura demográfica de la población activa.

Por otra parte, las implicaciones fisiopatológicas, cada vez se conocen con más exactitud. Parece que los turnos rotatorios incrementan el riesgo de enfermedad coronaria en las mujeres. En un estudio realizado en EE.UU., se ha podido comprobar que el riesgo relativo de sufrir una enfermedad coronaria es un 70% más alto entre las mujeres que afirmaron haber trabajado con estas jornadas durante largos períodos de tiempo. El insomnio y las pesadillas son bastante frecuentes y se pueden interpretar como una respuesta inadecuada ante la presión socioambiental del contexto laboral de los "turnos rotatorios".

8.3. CONCEPTO DE CARGA

No es hasta la década de los 80, cuando el concepto de carga del cuidado de las personas mayores comenzó a utilizarse en investigaciones referidas al ámbito gerontológico. La carga empezó a ser útil en los años 60, por primera vez, para referirse al ámbito psicopatológico (la carga del cuidador de pacientes con diversas psicopatologías). Concretamente, fue a raíz de que en Gran Bretaña se implantó la asistencia comunitaria y aparecieron los efectos que producía en las familias el hecho de mantener a un paciente de estas características en la comunidad. Así fue como Grad y Sainbury (1963) introdujeron el término de carga para referirse al impacto que produce el cuidado de familiares enfermos en sus cuidadores. Esta carga del cuidador fue definida como "el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados".

Hoy en día, según Zarit, Reveer y Bach-Peterson (1980), la carga se considera un concepto clave en el análisis de los efectos del cuidado de las personas mayores sobre la familia. Especificando el concepto de carga, se debe hacer una diferenciación entre carga objetiva y subjetiva. Zarit define la carga objetiva como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los

cuidadores. Y entiende por carga subjetiva, las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar. El autor refiere que también hay que atender a diferentes dimensiones o aspectos relativos a la carga objetiva (costes económicos del cuidado, carga física asociada al cuidado, limitación del tiempo del cuidador, impacto sobre las relaciones interpersonales, etc.).

Montorio, Izal, López y Sánchez (1998) definen la carga como el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos y que pueden afectar a sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, equilibrio emocional y libertad. Mientras que, por un lado, se entiende la carga objetiva como la cantidad de tiempo, dinero invertidos en cuidados, problemas conductuales del enfermo, etc., por otro lado, se define la carga subjetiva como la percepción del cuidador sobre la repercusión emocional de las demandas o de los problemas relacionados con el acto de cuidar.

Al cuestionarse cuál de los dos tipos de carga tiene mayor relevancia científica, ninguna dimensión es más importante que otra, ya que cada una de ellas informa sobre los aspectos y los factores importantes del cuidado. La carga objetiva aporta una indicación directa de los cambios materiales y permite una mejor planificación y distribución de los recursos. En cambio, la carga subjetiva informa de síntomas psicopatológicos derivados del cuidar, en su estado de ánimo y su salud, así como sobre la calidad de la relación en el cuidador y el anciano. Harwood, Ownby, Burnett, Barker y Duara (2000) mantienen que las variables que inciden en la carga son, entre otras, variables del paciente (años de duración de la enfermedad y problemas conductuales del paciente, agresividad, incontinencia, vagabundeo, acusaciones, apatía, etc.), variables del cuidador (estilos de afrontamiento, recursos financieros, apoyo social, emocional y de roles), y variables de la relación cuidador y paciente (a mayor implicación emocional, mayor carga). Con lo cual, parece que la carga es un predictor de la calidad del cuidado, de institucionalización y un criterio de evaluación de coste y efectividad de los programas de tratamiento y de las políticas sociosanitarias. De ahí, la importancia de la medición de carga del cuidador de ancianos discapacitados.

Zarit *et al.* (1980) han desarrollado un instrumento para medir la carga subjetiva, ya que consideraron que esta dimensión subjetiva es un buen indicador de los efectos

del cuidado. Los 29 elementos, de los que constaba originalmente el instrumento (actualmente, lo componen 22 elementos) atienden a salud, área económica y laboral, relaciones sociales y con la persona mayor receptora de los cuidados. Zarit señala que las puntuaciones de carga correlacionan significativamente con síntomas psicopatológicos en el cuidador, con el estado de ánimo y la salud del cuidador, así como la calidad de la relación entre el cuidador y el anciano. En España se han llevado a cabo dos adaptaciones de la *Entrevista de Carga del Cuidador* sobre una muestra de cuidadores informales (Martín, Salvadó, Nadal, Miji, Rico, Lanz y Taussing, 1996 y Montorio *et al.*, 1998). Los autores reflejan la existencia de tres factores subyacentes en la carga del cuidador, entre los que figuran el impacto del cuidado (carga), la calidad de la relación interpersonal (rechazo) y las expectativas de autoeficacia (competencia).

En el estudio de Montorio *et al.* (1998) participaron 62 cuidadores de personas mayores dependientes y se evaluaron la carga del cuidador y diversos aspectos referentes al cuidado, tales como, calidad de la relación cuidador y persona cuidada, capacidad funcional, estado mental y problemas de conducta de la persona que recibe los cuidados, así como los efectos del cuidado sobre el cuidador (salud percibida, utilización de los servicios de salud y bienestar subjetivo). Montorio *et al.* (1998) mantienen que el concepto de carga es un constructo diverso y multidimensional, ya que dicho concepto debe superar importantes deficiencias teóricas y metodológicas (en referencia al modelo de estrés). Así pues, la carga se ha convertido en un concepto clave en la investigación de las repercusiones del cuidado de las personas mayores sobre la familia (proceso de cuidar y sus efectos). Poulshock y Deimling (1984) constatan que el sentimiento de carga del cuidador se ha revelado como un importante factor tanto en la utilización de servicios de larga estancia como en la calidad de vida de los cuidadores.

Otros estudios (Hornillos, 1995) aportan que los trastornos de conducta de la persona perceptora de cuidados ocurren principalmente en estadios no avanzados de la enfermedad, y a consecuencia de este dato, los cuidadores informales pueden padecer altos índices de carga durante muchos años. Gómez-Busto, Ruiz de Alegría, Martín, San Jorge y Letona (1999) evidenciaron que las mayores puntuaciones de carga familiar correspondieron a los cuidadores principales de ancianos con demencia que son atendidos en servicio de estancia diurna. Aproximadamente dos tercios de los cuidadores refieren agotamiento, casi la mitad están deprimidos, y un tercio presenta

alteraciones del sueño con desatención de sus cuidados familiares y de su propia vida social. Ante esta paradoja, es factible que algunos factores (organización familiar, falta de autoestima, sensación de no poder controlar la situación) se constituyan como agentes estresantes más potentes que los derivados del propio deterioro del paciente o de su cuidado.

Los estudios describen algunas variables como la carga, entre los factores estresantes que intervienen como agentes estresores para el cuidador. Flórez (2001) entiende que la carga emocional es ese efecto psicodinámico, físico y emocional del enfermo de Alzheimer sobre la familia. Reig (1998) sugiere que los principales factores de estrés se relacionan con el derivado del cuidado y su repercusión en otras responsabilidades. Se constatan las variables carga y falta de tiempo para el cuidador, anteriormente destacadas por Zarit *et al.* (1980), como uno de los problemas más estresantes para los cuidadores de enfermos de Alzheimer. Por ello, el mismo autor mantiene que los principales estresores del cuidado son la dependencia extrema del enfermo de Alzheimer, otras responsabilidades y la falta de tiempo propio del cuidador, el agotamiento y el nivel de carga. En una investigación realizada por Flórez, Adeva, Valdés, Maujo y Martínez (1999) con una muestra de 125 cuidadores formales (edad media de 50 años y edad media de los enfermos de Alzheimer de 77 años), las situaciones laborales con mayor nivel de carga para los cuidadores fueron las consecuencia de los propios errores, contemplar la muerte de un anciano, tratar con una persona agresiva, tratar con un supervisor incompetente, disponer de personal insuficiente, los familiares exigentes, las decisiones arriba-abajo sin consultar con el cuidador, los errores en el cuidado de un anciano que circunstancialmente ha sido cuidado por otro profesional, y la falta de resolución de los problemas planteados. Parece que las características objetivas de las tareas, tales como la inadecuada carga mental de trabajo, control sobre la tarea (que ocasiona consecuencias psíquicas y somáticas) y el desacuerdo entre la percepción de demandas y la habilidad de afrontarlas son variables importantes en la carga del cuidador formal.

Por otro lado, Abengózar y Serra (1999) hacen un análisis de las variables más importantes que intervienen en el estrés del cuidador familiar e identifican, entre otras, el momento del ciclo vital en el que el cuidador asume esta responsabilidad (la evolución, el curso de la enfermedad y la sintomatología peculiar del enfermo de

Alzheimer va a explicar, en cierta medida, la capacidad de adaptación del cuidador), las estrategias de afrontamiento, la edad (45-55 años especialmente vulnerable al distrés producido por la carga del cuidado), el trabajo fuera del hogar (que se convierte en una variable del estrés), el estado civil, el nivel de estudios (los datos encontrados en este aspecto muestran que la carga y el estrés aumentan en las mujeres cuidadoras que poseen estudios superiores), el tiempo de cuidado y el tiempo de evolución de la demencia.

Vega (1992) observa que la magnitud de la carga está en función de las modalidades de cuidados que se proporcionan. Esta magnitud de la carga o del estrés que supone para el cuidador individual, está en función del contenido o de las tareas del rol que se asumen e indica hasta qué punto va a ser tolerable o no. En este sentido, Long, Krisztal, Rabinowitz, Gillispie, Oportot y Tse (2004) han estudiado las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria con el fin de determinar el impacto de carga sobre el cuidador. Los indicadores son las horas destinadas al cuidado, la salud subjetiva del cuidador y la relación con el anciano. El estudio puso de manifiesto que cuanto menor sea la carga es más probable que el cuidador subestime la discapacidad del enfermo y, por tanto, le afecte psicológicamente menos. Se conjetura sobre algunas posibles variables candidatas a ser predictoras de la carga, tales como la cantidad de cuidados y la profundidad del déficit cognitivo que manifiesta el individuo. Sin embargo, las variables problemas de comportamiento, conducta disruptiva, disminución de las relaciones interpersonales o deterioro cognitivo, como en el caso de la demencia, parecen ser buenos predictores de la carga o estrés que percibe el cuidador.

En segundo lugar, siguiendo al mismo autor, se halla el número de dependencias que padece el individuo, bien de tipo básico como vestirse, bañarse o incontinencia o bien de tipo complementario como pueden ser las alteraciones del sueño, preguntas repetitivas, seguir al cuidador por la casa, dificultades en manejar el dinero, conducta agitada o combativa. En tercer lugar, se podría indicar el estadio de la enfermedad en el que se encuentra el individuo. En el caso de los enfermos de Alzheimer, los primeros estadios de la enfermedad son mucho más estresantes que los estadios intermedios o los estadios finales. Durante los estadios iniciales, los enfermos de Alzheimer manifiestan más comportamientos perturbadores. Además, el cuidador informal está menos acostumbrado y es menos objetivo. Durante los últimos estadios el cuidador

contextualiza mucho mejor la situación y es capaz de distanciarse mucho más del problema, ya no considera a la persona como la misma y es capaz de separar la tarea y las consecuencias de sus cuidados, de la relación personal que mantiene con el enfermo.

En base a este análisis, se pueden diferenciar aquellas situaciones del rol del cuidador que pueden ser más tolerables o menos. La carga suele serlo más, en el caso de los cuidados objetivos. La asistencia en las actividades de la vida diaria es comparativamente menos estresante que otro tipo de actividades. Esta situación se ve aliviada cuando hay una objetivación y un distanciamiento por parte del cuidador, p. e., cuando se termina viendo al enfermo de Alzheimer como una persona diferente del propio padre o de la propia esposa. La continuidad y el tiempo transcurrido actúan a favor de aliviar la carga que percibe el propio cuidador. Así pues, la carga suele verse acentuada cuando se trata de problemas de conducta como la enfermedad mental, la inquietud y alteración emocional del paciente o la existencia de una mala relación interpersonal. El deterioro cognitivo es mucho más estresante que el deterioro físico. De la misma forma, son mucho más estresantes los primeros estadios de los cuidados que los estadios intermedios y los finales. La apreciación subjetiva de la situación que tiene el cuidador, es también un factor determinante, si el cuidador, de entrada, percibe la situación como carga o como estresante, esto va a generar un círculo que incrementará el componente de estrés y de carga. Además, hay que tener en cuenta el número de dependencias que requieren cuidados (incontinencia, vestirse, bañarse, etc.) y, finalmente, la falta de apoyo o de posibilidad de descanso con un segundo cuidador.

Todos estos índices pueden convertirse a su vez en predictores de la institucionalización, porque hacen que la carga sea insoportable para el cuidador. Como se puede apreciar, los componentes que generan carga, son perfectamente conocidos e incluso pueden ser cuantificados. Este conocimiento sistemático nos permitiría desarrollar organizaciones y procedimientos de cuidado, donde el fuerte componente estresante de cada uno de estos elementos se viera aliviado. El objetivo propuesto por Vega (1992) es estudiar cómo puede reducirse el componente de carga que puede tener el rol de cuidador, y cómo pueden activarse sus componentes positivos, con objeto de generar una imagen diferente de las consecuencias de cuidar a la personas de edad. Este objetivo tiene dos niveles de actuación, por una parte, ayudar al cuidador con formación y recursos que contribuyan a paliar los componentes más estresantes de la tarea, y por

otra parte, desarrollar y potenciar todos los motivos y beneficios personales que pueden derivarse para el individuo de desempeñar la tarea de cuidados.

Evidentemente, el cuidado de una persona anciana con trastornos mentales representa una mayor carga emocional que cuidar a una persona simplemente con incapacidades físicas (Isaacs, 1971). Algunos autores como Grafström, Winblad, Homma y Rossor (1995) han comprobado que cuidar a un familiar demente supone más estrés que cuidar a un enfermo físico. En esta línea, González, Franquet, Zaragoza, Altadill y Galiana (2000) mostraron que los cuidadores de pacientes con demencia estaban más sobrecargados que los de pacientes no demenciados. También se evidenció que los pacientes con demencia son más consumidores de recursos sociosanitarios. El diagnóstico de demencia como motivo de ingreso lo presentaron el 13,4%. Tenían demencia el 35,7%. El 51,2% de los cuidadores estaban sobrecargados. Se encontró una significación estadística entre demencia y carga ($p < 0,0001$), así como demencia (fuese como diagnóstico de demencia o no) y consumo de recursos sociosanitarios ($p < 0,0001$ para los dos).

Asimismo, en un estudio descriptivo de Palomo, García, Huertas, Santolalla, Ciruelo y Burguillo (2000), realizado con 89 cuidadores formales (30,3% hombres y 69,7% mujeres), se investigó la carga del cuidador según el estadio cognitivo de los ancianos (29,2% deterioro cognitivo degenerativo, 6,7% pseudodemencia, 22,5% demencia vascular, 6,7% demencia mixta y 2,2% otras demencias). Se utilizó para la entrevista semiestructurada la *Escala de Carga de Cuidador* de Zarit y *Listado de Problemas de Memoria y de Conducta* de Zarit. No se encontró correlación entre *Listado de Problemas de Memoria y Conducta* y *Carga de Cuidador*. Según el deterioro cognitivo, los autores encontraron diferencias significativas en los ítem reiteración pregunta, problemas de memoria a corto y largo plazo, perder objetos, desorientación, problemas de atención y concentración, actividades peligrosas, deambulación, no puede cuidarse más, y debería hacer más y mejor. Se llega a la conclusión de que hay diferencias significativas en frecuencia y reacción a conductas en los ítem referidos anteriormente en estadios leves y moderados, excepto en problemas de memoria a largo plazo que aparecen más frecuentemente en moderado y grave. Los cuidadores de personas sin deterioro y deterioro leve valoran “no poder aguantar más”, y hay infravaloración de los cuidados en estadios moderado y grave, “hacer más y mejor”.

Lawton, Kleban, Moss, Rovine y Glicksman (1989) encontraron que la carga, además, se relaciona con la percepción que tiene el cuidador de los déficit del paciente, con la aceptación de la situación, con la propia sensación de bienestar y autopercepción de la salud, con el apoyo familiar y social y con la relación afectiva que une al enfermo de Alzheimer. Harwood *et al.* (2000) destacaron que las variables predictoras del nivel de carga son sexo femenino del cuidador, apoyo emocional percibido y trastornos de conducta del paciente. Para reducir la carga del cuidador se llevan a cabo una serie de intervenciones grupales de apoyo, programas psicoeducativos, intervención familiar y programas de intervención clínica. Y los resultados de estos programas demuestran su adecuada eficacia. Un ejemplo de ello fue el estudio realizado por Rejean, Louise, Jean, Jean-Pierre, Francine, Carole, Michel, Louis y Marie-France (2003), con 158 cuidadores de pacientes con demencia, los cuales participaron en un grupo psicoeducativo, y el 14% disminuyeron las reacciones emocionales negativas a los trastornos de conducta del paciente en relación con un 5% del grupo control.

En general, según Flórez (2001), se considera más probable que los cuidadores sufran depresión y ansiedad si sienten que tienen poco control sobre la conducta del enfermo de Alzheimer y sobre sus reacciones emocionales. Sin duda, la capacidad de autocontrol emocional del cuidador explica una buena parte de la carga (*burden*) del cuidador. Por el contrario, un elevado neuroticismo determina que el cuidador utilice estrategias centradas en las emociones, aumentando con ello la conflictividad relacional y su propio nivel de estrés. Finalmente, de acuerdo con Martín y Artaso (1998), la personalidad del cuidador y las estrategias de resolución de problemas determinan la adaptación a la situación de los cuidados y el nivel de trastorno emocional del cuidador. Sin duda, las estrategias de afrontamiento negativas (evitación, agresividad, irritabilidad, minusvaloración de los problemas, mal humor, negación, etc.) constituyen los índices más potentes de carga física y emocional del cuidador, y, por otra parte, un valioso predictor de los malos tratos al anciano demente y de su propia institucionalización. En general, parece que las mujeres menores de 45 años emplean un mayor número de modos de afrontamiento (estrategias psicológicas).

Para Alonso, Garrido, Díaz, Casquero y Riera (2004), existe una elevada carga entre los cuidadores informales que es mayor a medida que aumenta la edad. En algunos

estudios (Argimon, Limón, Vila y Cabezas, 2004 y Brodaty, Franzep, Green y Koschera, 2003) se ha demostrado en pacientes con demencia que las características del cuidador (parentesco con el enfermo, edad, situación laboral, convivientes, existencia de sintomatología ansiosa o depresiva y calidad de vida) son un predictor mucho más importante que la gravedad o la sintomatología de la demencia. Se ha tratado de medir el impacto de cuidar mediante instrumentos no específicos que analizan la calidad de vida o la presencia de síndromes psicopatológicos, como ansiedad o depresión. Stuckey, Neundorfer y Smyth (1996) revelan que aunque la calidad de vida y la carga del cuidador están claramente relacionadas, la carga predice mejor la institucionalización del paciente.

La carga de los cuidadores se ha estudiado extensamente en la población con demencia. Heru, Ryan y Iqbal (2004) refieren que la relación marital se ha sugerido como un modelo mediador a través del cual las variables influyen al cuidador y contribuyen a la experiencia de carga o de recompensa. El estudio de estos autores examinó el funcionamiento de la familia, la carga del cuidador y la recompensa y calidad de vida en 38 miembros de familia que cuidan de un pariente con demencia. A pesar de que los cuidadores divulgaron que sus parientes eran moderadamente incapacitados, percibieron más recompensa que carga. Los cuidadores que divulgaron un funcionamiento pobre de familia tenían grados más altos de carga. El funcionamiento familiar en estos cuidadores era el más pobre de las dimensiones de sensibilidad afectiva, solución de problemas y comunicación pero estuvo también deteriorado en la implicación afectiva. Se sugiere que la evaluación del funcionamiento familiar puede ser un factor importante en el cuidado del paciente con demencia y su familia.

Vega (1992) apunta que la consecuencia que más frecuentemente se ha analizado sobre el comportamiento del cuidador, con toda la situación familiar que se genera alrededor, ha sido la carga o el estrés que conlleva. La depresión aparece de un 26% a un 43% de todos los estudios revisados por el autor. La carga objetiva, directamente observable, se complementa con una carga subjetiva que hace referencia a los sentimientos, expectativas y formas de ver la situación que tiene el cuidador. Sin embargo, los estudios sobre las consecuencias que proporcionar cuidados tiene sobre la vida del cuidador, no están bien controlados. Muchas veces, son muestras sesgadas,

desde el punto de vista de una enfermedad o de su salud, para hacerse cargo de esta situación.

Por tanto, parece evidente que en el acercamiento mayoritario de los planteamientos científicos para con la carga no existen datos concluyentes en relación con la investigación de la propia carga del cuidador formal de ancianos dependientes, tan solo se tienen resultados significativos de la carga de los cuidadores informales.

MARCO TEÓRICO

9

***Aspectos relevantes del
envejecimiento***

9. ASPECTOS RELEVANTES DEL ENVEJECIMIENTO

Con el paso del tiempo, los seres vivos sufren un conjunto de cambios. Específicamente, los cambios que se producen a partir de los 65 años se pueden clasificar en funcionales, mentales y socioambientales. Existe, con ello, una transformación en la ejecución de las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria, cambios en las capacidades cognitivas, conductuales y emocionales, y cambios en las relaciones sociales, laborales y económicas. La calidad en que una persona y la sociedad vivencia estos cambios dependen de cómo se produzca el proceso, el cual puede ser un proceso de envejecimiento normal o de envejecimiento patológico.

Abengózar y Serra (1997) explican que cuando se hace referencia al proceso de envejecimiento normal se está hablando de cambios en la inteligencia, cambios en las capacidades cognitivas (atención, aprendizaje y memoria, y lenguaje), cambios en la personalidad y en la socialización. Sin embargo, cuando se hace referencia al proceso patológico, el aspecto más sobresaliente es la demencia senil. Existirían diferentes tipos de los cuales el más abundante es la demencia tipo Alzheimer, le sigue la demencia vascular.

Estos aspectos se traducen en un conjunto de preocupaciones que vivencia la persona a partir de los 65 años y la sociedad en la que ésta se haya inmersa. Como afirman Montorio e Izal (2000), la persona se centra en el mantenimiento de la salud, una de las preocupaciones más características de las personas mayores. En la edad avanzada, la conducta es un nexo fundamental entre salud y enfermedad, desempeñando un importante papel los factores psicológicos y sociales, que hacen que las personas mayores se impliquen en comportamientos de prevención y promoción de la salud. Otras preocupaciones que caracterizan esta etapa vital son los acontecimientos vitales y las situaciones estresantes cotidianas que ocurren frecuentemente en la vejez. La muerte del cónyuge, la soledad, la jubilación, la dependencia en ciertas actividades de la vida diaria, etc. son situaciones que a nadie le gusta sufrir. Ni que decir tiene que el haber aumentado la esperanza de vida de las personas mayores de 65 años conlleva unas consecuencias a los países desarrollados. Datos ofrecidos por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1999) sitúan a España ante un conjunto de retos y preocupaciones,

tales como el cambio en el ciclo de vida y la financiación, por un lado, de las pensiones y, por otro lado, de los gastos en servicios sociales por el aumento de la necesidad de cuidados.

Muñoz (2002) afirma que con la prolongación de la edad de jubilación ha de haber más absentismo en el trabajo, ya que los mayores están más expuestos a sufrir accidentes laborales y tienen una tendencia mayor a no aportar ideas nuevas para el progreso social y a no adaptarse a los cambios que exigen los mercados laborales. El mismo autor relaciona el envejecimiento de la población con el descenso del nivel de vida de los países industrializados causado por el aumento de personas mayores con discapacidad. La preocupación más sobresaliente que se refleja es la incidencia que el envejecimiento de la población tiene sobre el futuro de las personas. Los más pesimistas aseguran que allá por el año 2035, el actual sistema público dejará de existir como tal. Frente al negativismo actual, existen argumentos teóricos que auguran a las personas mayores del siglo XXI un futuro halagüeño y con la probabilidad y esperanza de tener mayor bienestar y calidad de vida que los ancianos y jubilados de finales del siglo XX.

9.1. PRINCIPALES TRASTORNOS DE LA VEJEZ

En el DSM-IV se han referido como delirium, demencias, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos, y se describe que de los sujetos mayores de 65 años hospitalizados a causa de alguna enfermedad médica, aproximadamente el 10%, pueden presentar delirium en el momento de su admisión, mientras que otro 10-15% pueden presentarlo durante su estancia hospitalaria. Se estima que el 2-4% de la población mayor de 65 años padece demencia tipo Alzheimer, siendo otras variedades mucho menos frecuente. La prevalencia de la demencia tipo Alzheimer y de la vascular aumenta con la edad, en particular después de los 75 años, alcanzando una prevalencia del 20% o más por encima de los 85 años.

En la misma fuente, se hace referencia a los trastornos del estado de ánimo. Concretamente el episodio depresivo mayor, que en los ancianos puede cursar con síntomas cognitivos (p. e., desorientación, pérdida de memoria o distracción). Rodríguez y Castellano (1995) afirman que la depresión no es una característica de la

vejez, consideran que es un error contemplar que el envejecimiento por sí mismo produce depresión. En esta línea, Santos y Palacios (2001) sostienen que la edad en sí misma no es un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión y, en la persona mayor, ven más conveniente hablar de trastornos del humor, ya que un 15% de las personas que viven en hogares y residencias geriátricas sufren síntomas depresivos, aunque vistos en conjunto no cumplen los requisitos necesarios para poder hablar de un episodio depresivo.

Muñoz (2002) ha observado que los estudios recientes apuntan a que la tasa de prevalencia de la depresión en personas mayores puede considerarse inferior a la de otros colectivos, aunque se observa que las personas mayores se quejan más de síntomas depresivos que individuos pertenecientes a otra cohorte generacional. Montorio e Izal (2000) recogen datos de otros estudios en los que la frecuencia de aparición de la depresión es variable según el contexto al que pertenecen los afectados. Así, el trastorno afecta al 10% de los que viven en la comunidad, entre el 15 y 35% de los que viven en residencias geriátricas, entre el 10 y 20% de los que son hospitalizados, en torno al 40% de los que padecen algún problema psicofisiológico y están en tratamiento, y se alcanza el 50% de todas las hospitalizaciones en unidades psiquiátricas de los hospitales generales. De igual modo, en lo referente al riesgo de suicidio en personas mayores depresivas, los datos hallados por Montorio e Izal (2000) encuentran tasas de un 14% cuando las cifras esperadas normales serían de un 5% por año.

Aunque existen diferentes tasas de prevalencia de los problemas de ansiedad en diversos estudios, parece relevante hablar del trastorno ansioso. Como ya apuntan Montorio e Izal (2000), el afrontamiento de la ansiedad parece importante en las personas de edad avanzada, ya que mucho de los acontecimientos considerables en esta época de la vida generan ansiedad a causa de su inherente significado psicológico (enfermedad crónica, enfermedad terminal y la muerte). También, Rodríguez y Castellano (1995) afirman que para el paciente anciano, por las limitaciones físicas, psíquicas o sociales que puede presentar, la ansiedad forma parte de muchos de los sucesos vitales que tienen que afrontar. Asimismo, la soledad, los apuros económicos, un cambio de domicilio, una enfermedad o una emoción intensa aún siendo positiva, pueden desencadenar un cuadro de ansiedad.

Por tanto, aún teniendo presente la notable variabilidad entre distintos estudios en las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad en este grupo de población, puede considerarse un problema significativo.

En relación a los trastornos del sueño, con el transcurso de los años, el sueño sufre cambios. Santos y Palacios (2001) constatan que se reducen la intensidad, la duración, y continúa disminuyendo su calidad y aumentando la posibilidad de encontrar patologías en él. La clasificación de la Asociación Americana de los Trastornos del Sueño (1990) propone que estos trastornos se pueden resumir en disomnias, parasomnias, trastornos asociados con alteraciones psicopatológicas y trastornos sobre lo que no se tiene suficiente información para ser considerado trastorno del sueño. La cuestión que más preocupa y sigue preocupando a los investigadores es delimitar si los problemas y las quejas del sueño, que expresan y muestran las personas mayores, son una inevitable consecuencia del envejecimiento o bien sean una manifestación de otros problemas que acompaña el envejecimiento. Los mismos investigadores mantienen que las quejas más comunes son el sueño profundo, los despertares frecuentes a lo largo de la noche, despertar temprano, tardar más tiempo en conciliar el sueño y la somnolencia diurna. Según los estudios recogidos en Montorio e Izal (2000), parece que hay una relación lineal directa entre la edad y la prevalencia de quejas de sueños. Se estima que entre un 12 y un 25% de personas de más de 60 años, se quejan de sueño inadecuado. Los trastornos del sueño son de entre 3 a 4 veces más frecuentes en la vejez que en la juventud y son más frecuentes entre las mujeres de edad avanzada.

9.2. DEMENCIA. CONCEPTO Y TIPOS

En muchos diccionarios, se encuentra que la palabra demencia deriva del latín “*demens*”, “*dementatus*”, que significa fuera de la mente de uno, locura, sin mente. El concepto ha evolucionado a lo largo de la historia. Los primeros términos aluden que demencia es igual a viejo. En la Edad Media, el concepto demencia se aplicaba a cualquier estado de deterioro cognitivo y conducta anormal incomprensible. De ahí que se utilizasen a la par términos como “*insania*”, “*imbecilidad*”, “*estupidez*”, “*idiotez*”, etc.

Martínez y Khachaturian (2001) verifican que fueron Pinel y Esquirol los autores que esbozaron los futuros criterios con los que se llegaron a consensuar la definición o definiciones de demencia. En sus escritos, se dejaban entrever conceptos como *trastorno crónico, funciones cognitivas, o lesión orgánica*. Gracias a las aportaciones de algunos autores (p. e., Alzheimer, Bonfiglio, Fischer, Fuller, Kraepelin, Lafora, Perusini y Ziveri,) (López, Vilalta y Llinàs, 2001), el concepto demencia ha dejado de estar involucrado en términos tales como *vejez, incompetencia psicosocial, problemas de comportamiento*, de forma exclusiva.

No es hasta el inicio de 1990 cuando la definición queda sólidamente establecida. Gracias a criterios universalmente convenidos y aceptados se puede poner fácilmente de manifiesto el trastorno de la inteligencia, de la memoria y de las actividades básicas de la vida diaria de un sujeto. A partir de aquí, se pueden recoger numerosas definiciones de demencia, todas ellas referidas a criterios diagnósticos del DSM-IV. Por su parte, la OMS (1992) estableció en la CIE-10 los requisitos primordiales para el diagnóstico de demencia, resaltados en el siguiente Cuadro:

1. Deterioro de memoria.

- Alteración para registrar, almacenar y recuperar información nueva.
- Pérdida de contenidos mnésicos relativos a la familia o al pasado.

2. Deterioro del pensamiento y del razonamiento.

- Demencia es más que dismnesia.
- Reducción en el flujo de ideas.
- Deterioro en el proceso de almacenar información.
- Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez (conversación pluripersonal).
- Dificultad para cambiar el foco de atención.

3. Interferencia en la actividad cotidiana.

4. Conciencia clara. Posibilidad de superposición delirium demencia.

5. Síntomas presentes al menos durante seis meses.

También en la cuarta revisión del DSM-IV aparecen los criterios diagnósticos de demencia, que se destacan en el Cuadro sucesivo:

A1	Deterioro de memoria (registro, retención, evocación, reconocimiento).
A2	
A2a	Afasia
A2b	Apraxia
A2c	Agnosia
A2d	Trastorno de la función ejecutiva
B	Alteración de la vida familiar, social y profesional. Declive con respecto a un nivel previo de funcionamiento intelectual.

Para Agüera (1998), la demencia es un síndrome que ha de entenderse como un declinar de determinadas funciones superiores, entre ellas la memoria, en relación con el nivel de funcionamiento previo del paciente. El resultado es un deterioro en el funcionamiento social y ocupacional del paciente. Orduña y Gil (1995), afirman que la demencia es una pérdida o deterioro de la capacidad cognitiva causada por varias enfermedades. Son enfermedades crónicas, de larga evolución que destruyen lentamente las células del cerebro y, como consecuencia de ello, ocasionan la pérdida de capacidades del enfermo, tanto en el aspecto motor y sensorial como en el mental. El enfermo va dejando de valerse por sí mismo para realizar las actividades cotidianas y necesita progresivamente de más ayuda, según evoluciona la enfermedad.

Goñi, Artaso y Gómez (2003) mantienen que la demencia es un proceso orgánico cerebral íntimamente ligado al envejecimiento que ha ido cobrando especial importancia debido al incremento de la longevidad de la población en los países desarrollados. Los autores proponen que en la valoración del síndrome demencial se deben incluir tanto las funciones cognitivas mediante una exploración neuropsicológica, que debe variar en función del momento evolutivo del proceso, como la presencia de síntomas no cognitivos. Ambos tienen como consecuencia la incapacitación del paciente en su vida cotidiana. El estado de demencia se caracteriza por la disminución de la memoria reciente y retrógrada junto a otro déficit, cuya evaluación es necesaria para llevar a cabo el diagnóstico. Ésta y otras definiciones del concepto de demencia han llegado a consensuar conceptos de deterioro progresivo, crónico e incapacitantes, funciones cognitivas, irreversibilidad, etc.

Pujol, Fontecha, Galí y Martínez (2000) destacan que el envejecimiento de la población tiene como consecuencia un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, entre las que se encuentra la demencia tipo Alzheimer. La importancia del deterioro cognitivo leve radica en la posibilidad de detectar precozmente una demencia. Por este motivo, es fundamental el seguimiento de los ancianos que manifiestan pérdida de memoria, así como la realización de estudios longitudinales a medio y largo plazo que permitan conocer la evolución real de esta entidad, el perfil clínico y neuropsicológico de los pacientes, y la rentabilidad de exploraciones complementarias de neuroimagen y funcionales como factores predictivos de la evolución del cuadro. En el mismo sentido, no se puede olvidar que la esperanza actual se cifra en la probable influencia de la genética, ampliamente reconocida en el enfermo de Alzheimer, y que con el desarrollo del Proyecto Genoma Humano ofrece más perspectivas que nunca.

Existen algunos tests que han adquirido gran difusión por su eficacia, al permitir una valoración global de las funciones cognitivas superiores y poder ser aplicado a poblaciones no particularmente jóvenes, inteligentes o cultas, como p. e., *el Mini Mental State Test* de Folstein, Folstein y McHugh (1975). Para la exploración neuropsicológica se utilizan también otros, como la *Blessed-Roth Dementia Scale* (cognición) de Blessed, Tomlinson y Roth (1988) y la *Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria*, de Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffe (1963). La *Escala* de Hachinski, Lassen y Marshall (1974) (diferenciación entre degenerativo y vascular) y la tabulación clínica demencia y pseudodemencia complementan la ayuda diagnóstica.

Todo ello, presenta la posibilidad de dar nombre y apellido a los diferentes tipos de demencia. Así pues, existen diversas clasificaciones para con el numeroso campo de las demencias, y cualquier intento va a estar sujeto a modificaciones debido a los continuos estudios neuroquímicos, neurogenéricos, neuropatológicos, etc. de esta afección. En el Cuadro 3 se muestra la categoría diagnóstica de la CIE-10.

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.

- F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.
- F00.1 Demencia de la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.
- F00.2 Demencia de la enfermedad de Alzheimer mixta o atípica.

F01 Demencia vascular.

- F01.0 Demencia vascular de inicio.
- F01.1 Demencia multiinfarto (predominantemente cortical).
- F01.2 Demencia vascular subcortical.
- F01.3 Demencia vascular mixta, cortical y subcortical.
- F01.8 Otras demencias vasculares.

F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otros capítulos.

- F02.0 Demencia de la enfermedad de Pick.
- F02.1 Demencia de la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob.
- F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington.
- F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.
- F02.4 Demencia en la infección por VIH.
- F02.8 Demencia en otras enfermedades específicas clasificadas en otros capítulos.

F03 Demencia sin especificar.

Añadir un quinto dígito para especificar demencia (F00.03) con síntomas asociados:

- X0 Sin síntomas asociados.
- X1 Con otros síntomas, predominantemente ideas delirantes.
- X2 Con otros síntomas, predominantemente alucinatorios.
- X3 Con otros síntomas, predominantemente depresivos.
- X4 Con otros síntomas mixtos.

Cuadro 3. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

Y en el Cuadro 4 se plasma la clasificación del tipo de demencia (DSM-IV-TR).

- Demencia tipo Alzheimer.
- Demencia vascular.
- Demencia debida a enfermedad por VIH.
- Demencia debida a traumatismo craneal.
- Demencia debida a enfermedad de Parkinson.
- Demencia debida a enfermedad de Huntington.
- Demencia debida a enfermedad de Pick.
- Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jacob.
- Demencia debida a otras enfermedades médicas.
- Demencia inducida por el consumo persistente de sustancias.
- Demencia debida a etiologías múltiples

Cuadro 4. Clasificación del tipo de demencia del (DSM-IV-TR)

La enfermedad de Alzheimer es una demencia degenerativa primaria del sistema nervioso de causa desconocida. Afecta selectivamente al cerebro y carece de tratamiento curativo. Descrita en 1907 por el médico alemán Alois Alzheimer, es la causa más frecuente de demencia, incidiendo de forma particular y progresiva a partir de los 65 años, si bien existen ocasionales formas de afectación más precoz. Existen esporádicos casos familiares. El pronóstico supone un promedio de cinco años de supervivencia; la causa del fallecimiento suele ser una complicación infecciosa, sobre todo respiratoria o urinaria.

La demencia tipo Alzheimer es un ejemplo prototipo de los ancianos que presentan un deterioro cognitivo crónico y degenerativo, a diferencia de las personas mayores con una enfermedad o discapacidad física. Entre ellos, mantienen en común los niveles de dependencia física para los cuidados del familiar, aunque, en el caso de los cuidados a enfermos de Alzheimer y otras demencias afines, los cuidados específicos atienden a una serie de trastornos de conducta psicogerítricos que incrementan notablemente los niveles de estrés y la carga emocional para el cuidador.

Según Cummings y Benson (1983), entre los síntomas, en todos los casos, el primero y principal es la pérdida de memoria, característicamente la de fijación de

hechos recientes. En contraposición, la memoria evocadora del pasado puede estar no sólo conservada sino hipertrofiada en fases iniciales de la enfermedad, perdiéndose igualmente en las fases avanzadas de la misma en las que se llega a una total amnesia. Al comienzo de la enfermedad aparecen también dificultades de orientación sobre sí mismo –autopsíquica- (identificación de una parte del cuerpo), en el tiempo (hora, mes, día, año) y en el espacio (no sabe dónde se encuentra o está, dónde pensaba ir). Posteriormente, el paciente llegará a ser incapaz de discriminar entre lo propio (corporal) y ajeno (mundo exterior). El lenguaje también va a verse progresivamente afectado. Las primeras manifestaciones van a consistir en una ligera reducción del vocabulario o defectos en la articulación de la palabra. Ambos pueden pasar desapercibidos incluso para los familiares más íntimos. Poco a poco el discurso se irá relentizando, será incompleto y reiterativo, valiéndose muy frecuentemente de automatismos y frases hechas. En fases avanzadas el lenguaje es inconexo, sin lógica e incomprensible (afasia) pudiendo llegar al mutismo total. La capacidad práxica de coordinación del movimiento irá también deteriorándose hasta llegar a la pérdida completa con necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria (comer, vestirse, desnudarse y andar por sí solo). La capacidad de reconocimiento de personas y objetos (gnosias) sigue el mismo proceso, siendo incapaz de discriminar objetos o personas y situaciones.

A groso modo, se podrían diferenciar al conjunto de todas las demencias en dos grandes tipos, a relucir, la demencia tipo Alzheimer y la demencia vascular. Las demencias vasculares suponen aproximadamente un 20% del total de demencias en el adulto, siendo la segunda causa de las mismas. Ligadas a la experiencia previa de factores de riesgo vascular (hipertensión, arteriosclerosis, cardiopatía), son éstos los determinantes de su padecimiento, más que la edad por sí misma, si bien crece su incidencia con ella. A diferencia de la demencia tipo Alzheimer, las vasculares son de inicio agudo o brusco, curso fluctuante o remitente, déficit total neurológico asociado a la demencia y deterioro neuropsicológico amplio, no homogéneo, con relativa o plena conservación de la personalidad. Aún así, a veces resulta muy difícil diferenciar la demencia vascular de la tipo Alzheimer, que, además, pueden coexistir. Las técnicas diagnósticas de imagen (tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear y angiografía) adquieren enorme valor para verificar la vascular y resolver esa duda. El pronóstico es mejor en lo que se refiere a la supervivencia, y resulta variable respecto al

déficit funcional. En conjunto las demencias vasculares se benefician mucho de los tratamientos cardiovasculares y de las técnicas de rehabilitación, pero son una causa importante de alteración de funciones diversas y consiguiente requerimiento de cuidados.

Guimarães y Partezani (1999) concluyen que las secuelas de las demencias vasculares, como disminución de la capacidad del lenguaje y del habla, y la parálisis motora, provocan un gran impacto en la vida del anciano y de su familia, que tendrán que afrontar el desafío del cuidado en el domicilio. En esta situación, los ancianos dependen de cuidadores informales para sobrevivir.

Por otro lado, las perturbaciones de conducta del anciano demente (70%-90%) constituyen un problema de impacto estresante crónico para el cuidador, repercutiendo especialmente en la salud del cuidador informal y en el equilibrio familiar, generando grandes complicaciones afectivas y emocionales. A continuación, se citan las variables estudiadas al respecto y descritas por autores como Teri, Gibbons, McCurry, Logsdon, Buchner y Barlow (2003), entre otros, que representan los trastornos de conducta más relevantes que aparecen generalmente en la literatura científica sobre las demencias:

- a) Labilidad emocional (70%-90%), síntomas psicóticos (25%-60%), delirios y alucinaciones, delirios paranoides, más del 70%, delirios de abandono, infelicidad conyugal, delirios de desconfianza e ideas delirantes (40%-50%).
- b) Agitación (60%-85%) nocturna y diurna, conductas repetitivas, deambulación errática, reacciones catastróficas, quejas, vocalizaciones disruptivas, agresividad, comportamientos repetitivos y obsesivos, hiperactividad, desinhibición sexual y social, intranquilidad, hablar demasiado durante el día e irritabilidad (42%).
- c) Depresión (15%-86%), enlentecimiento psicomotor, hipoactividad, distimia (40%-50%), ansiedad (48%) y apatía (72%).

d) Trastornos del sueño (más del 50% con insomnio, desvelamientos, somnolencia diurna, disminución del sueño de ondas lentas, aumentos de los despertares nocturnos, hipersomnia durante el día y molestias nocturnas).

e) Trastornos de la alimentación (60%).

La demencia, por ser una enfermedad de larga evolución, tiene un gran impacto en las relaciones sociales del paciente y de su familia. Es una situación híbrida que plantea necesidades de atención sanitaria y social. Normalmente los programas sanitarios tienen una visión muy terapéutica haciendo énfasis en la salud, mientras que los programas sociales tienen una aproximación más amplia, extendiendo el concepto hasta el bienestar social (avanzando un paso desde el concepto de calidad asistencial hasta el de calidad de vida). Estas visiones afectan decisivamente el diseño y la orientación de los diferentes programas sanitarios y sociales. Los programas sanitarios tienen una visión terapéutica, basada en la mejoría clínica, que se puede observar. Los programas sociales tienen una visión compensatoria, basada en compensar el déficit funcional y social del usuario, para que la vida sea más confortable. Aunque en muchas ocasiones las dos aproximaciones son consideradas como opuestas, en el caso de la demencia, probablemente las dos visiones sean necesarias.

MARCO TEÓRICO



10

Concepto de “cuidado”



10. CONCEPTO DE “CUIDADO”

Para Alarcos (2001), el concepto de profesión se puede entender como la actividad especializada de una persona, con la que se gana habitualmente su sustento, en un mundo en el que la fuente principal de ingresos de buena parte de la población es el trabajo. Sin embargo, la profesión no es sólo un instrumento individual para conseguir el dinero con el que mantenerse, sino bastante más.

Por eso, la profesión es mucho más que un medio individual de procurarse el sustento. Se podría caracterizar como una actividad social cooperativa, cuya meta interna consiste en proporcionar a la sociedad un bien específico para su supervivencia como sociedad humana, para lo cual se precisa el concurso de la comunidad de profesionales que como tales se identifican ante la sociedad. El ejercicio de cuidar, como tal, es una acción compleja que requiere la articulación de distintos elementos fundamentales. Las cuestiones bioéticas esenciales de la tarea de cuidar pueden sintetizarse, entre otras, en compasión, competencia, confidencia, confianza y conciencia.

Guimaráes y Partezani (1999) destacan que la palabra “cuidar” surge con la propia aparición del hombre, y presenta dos formas de significado, por una parte, el cuidado del hombre consigo mismo y, por otra, el cuidado con el otro. Graham (1983) afirma que el cuidar define un tipo de relación social específica, basada en afecto y servicio – cariño y trabajo- que se realiza a través de la capacidad de cuidado informal de mujeres, madres, hijas, en relación de parentesco, vecindad o amistad, o de cuidado formal prevista por enfermeras, maestras, trabajadoras sociales, entre otras.

Se pueden diferenciar dos perspectivas, según Vega (1992), a la hora de analizar las relaciones sociales, los cuidados y sus efectos sobre el individuo. Por un lado, la perspectiva de las redes sociales, que da importancia al contexto y la estructura en la que se desenvuelve diariamente el individuo, y por otro, la perspectiva del apoyo social que hace referencia al conjunto de relaciones que mantiene el individuo y que además le son útiles para su posible enfermedad o discapacidad. Las relaciones interpersonales que se generan a través de estas dos perspectivas son cruciales para la salud y el bienestar de

las personas mayores. Por tanto, redes sociales, salud y bienestar, apoyo social y relaciones interpersonales son cuatro visiones diferentes que se determinan mutuamente. En el caso de las personas con mayores niveles de dependencia o bien con alguna discapacidad, el enfoque más frecuente de análisis que se ha utilizado, es la perspectiva de la carga o el estrés que significa para los miembros de la red social que tienen una relación interpersonal. Siendo éste uno de los aspectos más sobresalientes de la relación que se traza, también ha sido uno de los más y mejor analizados.

Sin embargo, un segundo elemento opuesto al enfoque anterior de la carga y el estrés, ha sido la satisfacción, generalmente dejada de lado en el análisis científico de los fenómenos que acontecen en este contexto. Sin ninguna duda, las personas que libremente participan en el contexto de relaciones interpersonales o de redes sociales, deben tener motivos positivos para mantener esta situación. La institucionalización se provoca una vez que la carga familiar no tolera o no obtiene ninguna satisfacción con los cuidados que proporciona. Estos motivos positivos o beneficios personales aparecen con más claridad cuando los vínculos relacionales no son de obligación social (familiares), sino que los practican libremente. Esta situación de libre participación aparece en muchas iniciativas de intercambios (p. e., los programas de intercambio entre generaciones). Habitualmente, los resultados que se extraen en los estudios sobre relaciones intergeneracionales, indican efectos beneficiosos para todos los miembros que participan en ese intercambio. Fuera de la familia, las relaciones sociales en la infancia y en la adolescencia se han estudiado fundamentalmente desde el punto de vista de las relaciones con los iguales, los amigos. En la vejez, las relaciones con los iguales desempeñan también un papel muy importante. Sin embargo, adquieren una relevancia especial las relaciones entre individuos que pertenecen a diferentes generaciones. Tanto las relaciones entre iguales, como las relaciones entre generaciones habitualmente se han estudiado por los efectos beneficiosos que tienen sobre la salud y el bienestar del individuo. Además, se han analizado desde el punto de vista de la satisfacción y de los motivos y necesidades que satisfacen al sujeto.

Vega (1992) propone un modelo explicativo de las consecuencias de ser cuidador. Según dice el autor, para explicar las consecuencias de asumir el rol de cuidador se ha acudido a los modelos de afrontamiento del estrés. Ya que las consecuencias de asumir el rol de cuidador habitualmente se consideran como una carga y como estresantes en sí

mismas, nada mejor que los modelos de afrontamiento del estrés, para explicar las consecuencias sobre el comportamiento de cuidador. En estos modelos, se han incluido todas aquellas variables que anteriormente se vieron como mejores predictoras de la institucionalización. Se pueden diferenciar tres partes perfectamente delimitadas en estos modelos de afrontamiento del estrés del cuidador, tales como, el suceso antecedente, las variables mediadoras y los resultados o consecuencias sobre el comportamiento. Se van a analizar cada uno de estos tres componentes, con objeto de resaltar aquellos aspectos que pueden favorecer un cambio de perspectiva en el análisis del comportamiento asociado al rol de cuidador.

1. El elemento desencadenante del rol de cuidador es la aparición de alguna enfermedad incapacitante en la persona mayor. Esta enfermedad incapacitante es un acontecimiento vital, tanto para la persona de edad como para el propio cuidador, que requiere una nueva adaptación a la situación. La persona de edad no puede seguir realizando el mismo tipo de actividades y el cuidador ha de cambiar sus hábitos para poder afrontar esta nueva situación. Esta adaptación a la nueva situación compite con otras obligaciones asociadas a la familia, el trabajo, la amistad o las finanzas tanto del cuidador como de la persona de edad.

2. Un conjunto de variables mediadoras contribuye a que las consecuencias de los estresores anteriores sean más fuertes sobre el comportamiento del individuo. En primer lugar, se hallaría la percepción subjetiva que el cuidador tiene sobre los síntomas de la persona mayor. Esta percepción se ha medido basándose en cuestionarios donde los cuidadores puntúan lo estresante e intolerable que resulta el comportamiento de la persona cuidada. Suele tratarse de cuestionarios genéricos de autoeficacia, expectativas y atribuciones. A la hora de valorar subjetivamente los síntomas de la persona de edad, el cuidador tiene en cuenta el significado social de estos síntomas y de toda la enfermedad, así como la naturaleza y posibilidades de afrontamiento de estos síntomas. La pérdida de control sobre el comportamiento de la persona de edad y la eficacia que perciben en el afrontamiento de estos síntomas son variables importantes. No sólo contribuye la percepción que el cuidador puede tener sobre los síntomas de la persona mayor, sino también la percepción que la propia persona mayor puede tener sobre sus propios síntomas, elemento que puede contribuir a un afrontamiento más fácil o más difícil de toda la situación. No todos los cuidadores evalúan de la misma forma los

cambios en su vida. El grado con que consideran aceptable o inaceptables estos cambios en la vida del cuidador son importantes para la hora del afrontamiento del estrés final. Entre los cambios en la vida del cuidador que se evalúan, no sólo se encuentran los cambios en sus hábitos y en la vida diaria, sino los cambios en cómo la nueva situación afecta a su vida. Así, el cuidador puede pasar, fácilmente y no siempre, de ser una persona que recibe cuidados de la persona de edad a ser quien tiene que proporcionárselos. Esta inversión de roles podría ser un nuevo elemento en la percepción subjetiva de la carga.

3. Las habilidades de afrontamiento de que dispone el cuidador son importantes. Estas habilidades contribuyen a reducir las consecuencias negativas de la situación de cuidador. Se trata, por un lado, de habilidades de solución de problemas que le llevan a buscar información, descanso periódico, lugares y personas donde poder expresar sus sentimientos, apoyo social. Además, se encuentran las habilidades para cambiar el significado de la situación. Es muy importante, cómo el cuidador interpreta la nueva situación en que se encuentra. Esta nueva situación puede redefinirse como crecimiento y desarrollo personal, con sentido del humor o no pensando en el problema. Las variables que llevan al cuidador a modificar la situación, de una manera u otra, contribuyen a que el resultado final de todo el proceso se perciba como estresante o se perciba con un incremento de satisfacción. Un elemento importante lo constituyen los recursos y el apoyo social de que dispone el cuidador en su tarea.

Herrera, Silverira, Díaz y Lara (1999) recogen la importancia que alcanzan también las formas de afrontamiento al ejecutar la función, el grado de conocimiento que tenga el cuidador y la disponibilidad de tiempo libre, porque el bienestar del enfermo depende muy estrechamente del cuidador. Así pues, las estrategias psicológicas negativas, la evolución e intensidad de la propia enfermedad y el tiempo dedicado al cuidado son elementos esenciales en el nivel de distrés que soportan los cuidadores. Vega (1992) apunta que las diferencias individuales entre cuidadores son un elemento importante. Así, cuando el cuidador y la persona cuidada pertenecen a la misma generación, en el caso de los esposos, el cuidador se ve mucho más afectado que cuando son sus hijos, de otra generación, quienes proporcionan los cuidados. El sexo es también una variable diferenciadora. Precisamente, la mujer suele ser mucho más vulnerable y estar más estresada, manifestando la queja con menos frecuencia. La mujer asume el rol

de cuidadora de forma semejante al cuidado de los hijos. Su preocupación básica se centra, p. e., en el cambio en la naturaleza de la relación matrimonial, la dependencia del marido, los nuevos problemas en los que se introduce o cómo indicarle a su marido qué es lo que tiene que hacer. Estos elementos le generan mucho más estrés que los propios cuidados que tiene que proporcionar. Sin embargo, el hombre asume su rol de cuidador como un proyecto, organizándolo y planificándolo en consecuencia. Su preocupación básica es la tarea de los cuidados, mantener la casa o la pérdida de la compañía de la esposa.

Haciendo una valoración global de la aplicación de los modelos de afrontamiento del estrés a su explicación de las consecuencias de proporcionar cuidados, Vega (1992) afirma que entre sus limitaciones más importantes se encuentra el centrarse en el cuidador individual y no tener en cuenta todo el sistema familiar, además de no considerar las consecuencias positivas que proporcionar cuidados puede tener sobre el propio cuidador. El mismo autor resalta que los estudios anteriores no suelen tener en cuenta la perspectiva del receptor de cuidados, y esta perspectiva podría ser un elemento importante de cara a la salud del cuidador.

10.1. ANÁLISIS DE LOS TIPOS DE CUIDADO

A continuación, se diferencian las cualidades y las características más importantes de los cuidados formales, por un lado, e informales, por otro, teniendo presente a cada uno de los dos tipos de cuidado por separado. Como señala Domínguez (1998), los términos *cuidar*, *cuidado formal*, *cuidado informal*, *cuidado comunitario*, *redes informales de cuidados*, *cuidado personal*, *sopORTE social*, *ayuda informal*, *apoyo social* se han incorporado progresivamente a los documentos y a la terminología propia de la atención, del bienestar, de la política social, de las políticas de salud, de vejez, o de familia. Tales términos se utilizan a veces en una acepción similar y otras queriendo significar aspectos o matices distintos, incluso en ocasiones se añaden a esas nociones el término de *voluntariado*.

El cuidado informal se caracteriza por algunos rasgos esenciales, que son los que en general lo identifican (provisto a otros o para otros, no institucional, no remunerado,

provisto gracias a la relación de parentesco), por un grupo o red reducida, en la que existen lazos de afectividad y la expresión de compromiso duradero entre sus miembros. Esta última característica es básica para diferenciar el sector informal del voluntario. En el sector informal las personas cuidadoras son básicamente personas cercanas o parientes los que proveen los cuidados, mientras que en el sector voluntario el cuidado es provisto por grupos u organizaciones que no están unidos por lazos de parentesco o amistad a la persona que recibe los cuidados. El cuidado informal se caracteriza igualmente por estar constituido por un gran número de cuidadores independientes, miembros de la familia que trabajan por su cuenta, para cuidar a su pariente o familiar. Según recoge Domínguez (1998), el cuidado informal se considera constituido por las actividades de provisión de servicios personales en el ámbito doméstico a personas con necesidades especiales. Tal provisión incluye ciertas normas u obligaciones que se aceptan, surgen del cariño, el cariño y el parentesco. Esta característica junto con la no remuneración han sido los aspectos básicos esenciales del cuidado informal.

Sin embargo, otras reflexiones acerca del contexto en que tienen lugar los cuidados, y especialmente la posibilidad de percepción de un “quasi-salario” cuestionan los límites y el marco de referencia tradicional del cuidado informal. Domínguez (1998) considera que cuidar es tener en cuenta a la persona, sus deseos, sus costumbres, sin ir en contra de su voluntad, sin violentar. En el caso de las personas mayores frágiles y dependientes, con una percepción de hogar, de domicilio y una voluntad de desinstitucionalización. Con una mínima organización colectiva del espacio, alejándose de la institución totalitaria, no interviniendo excesivamente para no medicalizar, cuidar a quien lo necesite, orientar y asesorar. Se trata de facilitar, articular, promover desde la apertura, de crear las condiciones para que las personas puedan seguir viviendo su vida. La autora le dedica especial importancia a la simplicidad, la flexibilidad y la apertura, postulando que la vida es algo más que rutinas profesionales, norma y reglas.

Teniendo en cuenta los datos del estudio de Ashi, Girona y Ortuño (1995), los autores hacen una aproximación al perfil clínico y social del cuidador de pacientes hospitalizados en el entorno de los investigadores. Se trata de una mujer, entre 50 y 60 años, con parentesco cercano al paciente, habitualmente esposa o hija, de nivel cultural y económico bajos, que trabaja en el hogar o en puestos escasamente cualificados y con frecuencia está en situación de desempleo. El cuidado del paciente le influye

negativamente en su nivel de salud, aumentando su nivel de ansiedad y demandando, con frecuencia, atención sanitaria.

La asignación de rol de cuidador, mantiene Vega (1992), depende de su posición en la estructura de la familia. Cuanto más próximo es el parentesco, mayor es la probabilidad de asumir el rol. Por orden de probabilidad, el rol de cuidador es asumido por el cónyuge, los hijos, los nietos, los hermanos y los sobrinos, preferentemente. Otras variables predictoras de la asignación de rol, son la proximidad geográfica, el matrimonio, el tener empleo o no, la historia familiar de relación que se ha mantenido, el ser el miembro de la familia visiblemente más disponible. Cuando se dan todas estas circunstancias, las mujeres se eligen más frecuentemente que los hombres para sumir este rol de cuidador. Las personas que asumen el rol de cuidador, indican tres tipos de motivos por los que lo hacen. En primer lugar, se señalan motivos altruistas de apego, empatía, afecto, amor, proximidad. En segundo lugar, se señalan motivos éticos de reciprocidad, deberes morales, responsabilidad de los hijos. Y en tercer lugar, se señalan motivos personales como culpabilidad de no hacer más o satisfacción del deber cumplido. Hay también situaciones en las que esta tarea se aborda por motivos meramente económicos. Hay que señalar que todos estos motivos son de naturaleza positiva e indican necesidades básicas del individuo que se satisfacen como consecuencia de asumir el rol de cuidador.

En consecuencia, la tarea en sí misma no sólo tiene una motivación positiva, sino que también va a aportar beneficios personales y motivacionales al individuo que la asume. Esta situación hace pensar en el componente positivo del rol de cuidador que por las circunstancias específicas de la organización en la que se produce pueden quedar indeterminados por los aspectos negativos, y más que una satisfacción de necesidades, puede convertirse en una carga y en un estrés para el individuo que lo asume. El estrés y la carga que supone el rol de cuidador dependen en parte del tipo de tareas que tienen que desempeñar y el deterioro que manifiesta el individuo que recibe los cuidados. Las tareas que tiene que asumir el cuidador condicionan el tiempo y la magnitud de la ayuda que tiene que proporcionar y el tiempo empleado. En una graduación en función de la magnitud de la demanda sobre el cuidador, se podrían secuenciar las diferentes tareas que pueden ser asumidas como contenido del rol del cuidador. Las tareas más demandantes son aquellas que requieren cuidados personales para la persona de edad

que envejece, tales como, bañarse, vestirse, alimentarse, cuidar de la dieta, de la medicación o los vendajes, etc. Además de ayudar a la movilidad de la persona de edad basándose en paseos, cambios de cama, de silla, ayuda en sus necesidades básicas, etc. En segundo lugar, estarían aquellas tareas que requieren una asistencia instrumental directa (p. e., la preparación de las comidas, la limpieza, lavado, la compra o el transporte). En tercer lugar, se encuentran aquellas tareas que requieren conexión con los sistemas formales de servicios sociales. Este tipo de tareas habitualmente lo asumen los cuidadores secundarios. Finalmente, como tareas menos demandantes, se encontrarían el consejo, apoyo social y emocional, la gestión económica, las finanzas, el cuidado del dinero o apoyo económico. Ashi *et al.* (1995) observan que el avance de la medicina actual es responsable del aumento de la prevalencia de discapacitados crónicos que necesitan el cuidado del personal sanitario y el apoyo y la colaboración continuados de personal no sanitario. El compromiso familiar en el cuidado del paciente es variable, así que algunos cuidadores se implican de tal modo que pueden sufrir problemas de salud relacionados con su esfuerzo continuado.

Vega (1992) refiere que los modelos de afrontamiento del estrés, están muy centrados en un cuidador concreto. Sin embargo, el rol de cuidador afecta a todo el sistema familiar en el que se produce. Los cambios de un miembro de la familia afectan a todo el sistema familiar. El cuidado de una persona de edad se convierte en una crisis familiar. Dado que el curso vital de todos los miembros de la familia se encuentra entrelazado, cada miembro de la familia tiene sus propias crisis vitales que interactúan unas con las de otras. De este modo, cómo se ve afectada la generación intermedia afecta tanto a la generación superior a la que cuida como a su relación con la generación inferior. En este contexto de interrelaciones familiares, aparecen nuevos mediadores. Asimismo, son factores importantes la solidaridad familiar y la presencia de un cuidador secundario. Estos dos factores van a afectar positivamente a la satisfacción del cuidador y a la magnitud percibida de la carga.

La tensión del cuidador afecta e irradia a otros miembros de las familias. Puede llevar a unas relaciones menos satisfactorias entre padres e hijos o entre esposos dentro de la familia. Por otra parte, puede verse afectado también el mundo laboral del cuidador, bien porque tiene que dejarlo o bien porque tiene que compatibilizarlo. Esta tensión del cuidador se encuadra en el contexto de la tensión familiar que incluye los

conflictos entre obligaciones familiares, la discrepancia entre la contribución de cada uno de los miembros de la familia a los cuidados y un reajuste de los roles familiares de interdependencia y autonomía. Igualmente, la generación de más edad que hasta un determinado momento era quien proporcionaba los cuidados, de repente pasa a desempeñar el rol opuesto y necesita ser cuidado. Este reajuste de roles y el impacto emocional de la adversidad tienen efectos importantes en la magnitud de la carga. En este contexto de interrelaciones de independencia y autonomía en el sistema familiar, se activan conflictos pasados entre la autonomía familiar y la interdependencia, y se ponen en evidencia las inconsistencias y debilidades de muchos equilibrios logrados (el conflicto entre cuidador y cuidado que aparecieron en etapas anteriores vuelven a activarse). En consecuencia, se encuentra que no es adecuado analizar los efectos de proporcionar cuidados sobre la vida de un solo individuo. La perspectiva adecuada es analizar estos efectos sobre todo el sistema. Finalmente, se encuentra que en torno a un 30% de las familias indican que las consecuencias positivas del rol de cuidador pueden superar a las negativas. Estas consecuencias positivas indican que se incrementa la cohesión familiar, hay una mayor proximidad de unos a otros. Incluso algunos esposos indican que mejoran sus relaciones familiares y sus relaciones de pareja (Vega, 1992).

Vila (1997) considera que la demencia es una enfermedad trágica que enfrenta a la familia con situaciones de mucha ansiedad y dificultad emocional, y cada familia desarrolla los mecanismos necesarios para dar respuesta a una amplia gama de necesidades. Algunas de estas necesidades son generalizables a toda la familia que se vea en la situación de cuidar y convivir con un enfermo, pero hay muchas otras que dependerán de la capacidad que tenga esa familia, en particular, para movilizar recursos propios, depender menos de los comunitarios y, en definitiva, sentirse menos necesitados. Entre otras muchas, existen dos tipos grandes de necesidades, por un lado, las que aparecen como respuesta a las vivencias emocionales que la familia siente y sufre ante la realidad de la demencia, y por otro, las necesidades de carácter práctico, tales como información, recursos comunitarios, asesoramiento legal y recursos económicos. Ambos tipos de necesidades se presentan de forma simultánea y reforzándose las una a las otras, aunque para las familias es difícil ver la diferencia entre estos tipos de necesidades y, en consecuencia, tampoco resulta fácil encontrar soluciones que disminuyan la percepción de necesidad. Es preciso elaborar el

sufrimiento emocional que la enfermedad conlleva antes de poder identificar las necesidades que ésta crea y, así, iniciar el proceso de adaptación a la nueva realidad.

En este sentido, cuidar a un familiar con la demencia tipo Alzheimer supone realizar tareas agotadoras tanto físicas como psicológicas, que afectan y trastornan la salud y la calidad de vida del cuidador informal y el desempeño de otros papeles familiares y sociales (Reig, 1998). Parece hallarse una relación significativa entre aumento proporcional de ansiedad y estrés con el número de años de dedicación a los cuidados del enfermo (Flórez, 2001). Otros autores, según plantean Ashi *et al.* (1995), establecen la necesidad de valorar el funcionamiento familiar al comienzo de la situación de discapacidad, ya que se correlaciona con la adaptación del cuidador, incluso de forma más significativa que la propia situación clínica y funcional del paciente o el estado de salud subjetivo del cuidador.

Vila (1997) refiere que las necesidades de la familia también dependerán del propio proceso de la enfermedad, de manera que éstas irán cambiando a medida que la enfermedad progrese e introduzca más elementos de dependencia de la persona enferma hacia su familia. Cada etapa de la enfermedad plantea situaciones nuevas que obligan a un reajuste por parte de la familia. Este constante reajuste de necesidades es una realidad propia de la demencia y una de las principales fuentes de ansiedad. Dar respuesta a las necesidades emocionales de la familia tiene como objetivo principal evitar el agotamiento emocional que sólo conlleva una gran sensación de fracaso y, finalmente, a la claudicación familiar. Para muchas familias, observar el proceso degenerativo de un ser querido es algo doloroso pero soportable. Sin embargo, constatar que todo su esfuerzo, dedicación y cariño no es correspondido ni reconocido por otras personas o por la sociedad en general supone aún un dolor más intolerable. Es evidente que el enfermo no podrá corresponder afectivamente a todos los cuidados que recibe y esto suele ser algo difícil de aceptar, aunque fácil de comprender.

Algunos autores (Morris, Morris y Britton, 1988 y Sanford, 1971) estiman que los cuidados del anciano demente, debido a la dependencia física y el declinar de las capacidades cognitivas, son una fuente de estrés importante para los cuidadores familiares. Los estudios al respecto mencionan algunas variables significativas, como la incapacidad del anciano para las actividades básicas de la vida diaria (bañarse, ducharse,

vestirse, aseo personal, desplazarse por la casa, usar el retrete, levantarlo de la silla y los cambios de pañales –incontinencia urinaria, fecal y de urgencia-). Otros factores son la vigilancia continua, evitar caídas y posibles fracturas de cadera, intensidad y continuidad de los cuidados, entrega personal, esfuerzo de atención, responsabilidades, relación constante y directa con el anciano. También son estresores la gravedad de la demencia y el déficit cognitivo (pérdida de memoria, agnosias y apraxias, la desorientación temporal y espacial), la pérdida de comunicación, el deterioro del lenguaje (procesamiento de la información, pérdida semántica, ausencia de fluidez verbal, repeticiones, lentitud en iniciar las respuestas, vocabulario reducido, fragmentación de las frases, frases absurdas o ausencia de conceptos) y el aislamiento. Por último, el comportamiento peligroso (accidentes, destrucción, vagabundeo o tendencias suicidas), causar problemas a los vecinos, la imprevisibilidad de los trastornos con carácter irreversible, los llantos y la inmovilidad general.

Flórez (2001) plantea que existen algunos factores psicosociales asociados al impacto estresante crónico para el cuidador, tales como dificultades económicas, mayor grado de proximidad en el parentesco, sexo femenino, escasez de apoyos informales, anómala relación previa con el enfermo de Alzheimer (ambivalente, fría o poco satisfactoria), historia de la relación con el enfermo, apoyo psicoafectivo de los familiares y amigos, sobreprotección compensadora (exceso de cuidados protectores de carácter casi compulsivo), relación de pareja antes de la enfermedad y convivencia diaria con el enfermo de Alzheimer. El autor advierte que, además de estos factores, también están asociadas en calidad de estresores del cuidador informal otras variables, tales como, discusiones con la pareja, discusiones con los hijos, ruptura total de la unidad familiar, modificaciones en los hábitos de vida, alteración de la comunicación entre los miembros de la familia, variaciones en los nuevos roles familiares y en las responsabilidades, disminución de los contactos sociales (desocialización), inhibición de la conducta sexual habitual y tamaño de la familia.

El estilo cognitivo atributivo del cuidador informal se caracteriza por la sensación de pérdida de control, impotencia frente a las conductas del enfermo, tendencias a la autoculpabilización o el valorar la situación penosa actual como estable y global (Flórez, 1999a). Vila (1997) sugiere que los familiares con un alto sentido de coherencia se enfrentan a los problemas que la demencia conlleva con la percepción de que van a

poder resolverlos. Este sentido está relacionado con un sentimiento de utilidad, tolerancia a la frustración, capacidad de aceptar la ayuda de otros y, en definitiva, la percepción de una mayor calidad de vida. El sentido de coherencia, definido por Antonvsky (1993), cumple una función protectora frente al desgaste emocional, ya que ayuda al cuidador a desarrollar comportamientos y estrategias saludables que le permiten poner orden en el caos que la demencia introduce. Es evidente que la persona que sufra demencia necesitará muchos cuidados, pero no podemos olvidar que la familia que debe contener esa situación necesite sistemas de apoyo, tanto formales como informales, para mantener su propia salud.

Los cuidadores informales experimentan una carga de intensidad creciente en el tiempo, que puede producir una cascada de síntomas psicopatológicos cada vez más graves y que se traducen en numerosas enfermedades psicofisiológicas, lo que repercute, a su vez, sobre el bienestar del anciano enfermo de Alzheimer, etc. A continuación, se citan las manifestaciones más relevantes en los cuidadores informales (Flórez, 2001) destacando, entre ellas, los cambios emocionales y cognitivos (labilidad emocional, expresiones de crueldad, amargura, rabia, sobreimplicación en la vinculación emocional, hipersensibilización, sufrimiento emocional, sensación de que el enfermo depende del cuidador familiar –72%-, sensación de que el enfermo cuenta con el cuidador principal como si fuera la única persona –57%-, despersonalización, sentimiento de vacío emocional, inhibición, desinterés, baja autoestima, remordimientos, miedo, tensión emocional, inseguridad, agotamiento emocional, autoculpabilizaciones, vergüenza, sentimientos de pérdida, frustración, cólera, culpabilidad, claudicación retracción, falta de control de los impulsos, abatimiento, desesperanza, tristeza, ira, agresividad e impotencia).

Asimismo, aparecen frecuentemente ansiedad (trastornos del sueño –despertar precoz, dificultades en conciliar el sueño, palpitaciones, mareos, sudor frío, temblor), conductas repetitivas (creciente demanda de ayuda para expresar una idea, pensamientos obsesivos, hiperactividad, adicciones), depresión (que cursa con apatía y aburrimiento, pérdida de espontaneidad) y conductas psicofisiológicas (alergias, afecciones de la piel, cefaleas, lumbalgias, trastornos gástricos e intestinales, afecciones gastrointestinales, perturbación de la conducta alimentaria, dolores -dolor de espalda, dolores musculares inespecíficos, como fibromialgia, artralgia, dolor de cabeza o

calambres en las piernas-, náuseas, dificultades respiratorias, alteraciones del peso corporal, fatiga que no corresponde a la actividad y déficit inmunológicos).

González (1997) evidencia que el impacto social y psicológico sobre las familias que cuidan a pacientes con demencia ha sido ampliamente documentado en la literatura. Como consecuencia del estrés mantenido que supone cuidar a un familiar con dicha enfermedad, los cuidadores presentan con frecuencia reacciones desadaptativas, sentimientos de soledad, incapacidad para enfrentarse a la labor de cuidados, deterioro en las relaciones personales, sociales, laborales y tiempo libre. En el estudio citado se incluyeron a 90 familiares cuidadores, 58 de los cuales impartían cuidados a pacientes diagnosticados de demencia tipo Alzheimer (casos) y 32 cuidaban a pacientes ancianos con enfermedades crónicas discapacitantes (controles). Se realizó un estudio comparativo de la morbilidad psicopatológica y el estrés padecido por ambos grupos de cuidadores, medidos con escalas estandarizadas, relacionándolos con variables sociodemográficas, clínicas, deterioro cognitivo, funcional y psicopatología del paciente cuidado, ayudas e información recibidas por el cuidador. El nivel de estrés, índice sintomático general, subescala de depresión, sensibilidad interpersonal, somatización y hostilidad, resultaron elevados significativamente en los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer con respecto al grupo control.

Por otra parte, Pujol *et al.* (2000) realizaron un estudio transversal mediante entrevistas estructuradas a 198 cuidadores principales de pacientes con deterioro cognitivo en fase moderada (valores del *Mini Mental State Test*, entre 10 y 25). En el núcleo familiar se mostraron aspectos del cuidador principal, entre otros, disminución de las relaciones sociales (22%), disminución de la afectividad (2%), cambio de carácter (39,3%), síntomas afectivos (llanto, trastorno del sueño y somatizaciones) (38,6%), tratamientos psicofármacos (18,6%) y cambio laboral (2,7%). Por otro lado, cuando el núcleo de convivencia es en soledad, se mostraron otras características del cuidador principal, como la disminución de las relaciones sociales (11,9%), la disminución de la afectividad (4,7%), el cambio de carácter (7,1%), los síntomas afectivos (14,3%), los tratamientos con psicofármacos (4,7%) y el cambio laboral (2,38%). Los autores llegan a las siguientes conclusiones:

1. Más del 70% de los pacientes con deterioro cognitivo moderado son asumidos por la familia y más de la mitad de estos cuidadores principales muestran sintomatología derivada de dicho problema de salud.

2. En los casos de pacientes institucionalizados, el impacto emocional y las repercusiones sobre el cuidador no se ven reducidas por la institucionalización. El cuidador principal de un paciente institucionalizado continúa siendo un objetivo sobre el cual intervenir.

3. Un 20% de la muestra del estudio tiene lejos al cuidador.

Los resultados constatados por la bibliografía consultada (Haley, 1997) se atribuyen a que el cuidador trata de llamar la atención de los que lo rodean, que muchas veces lo ignoran. Al investigar los antecedentes patológicos personales del cuidador pudo observarse que las enfermedades crónicas no transmisibles fueron las que tuvieron mayor peso, resultados que coinciden con los informados por otros autores (Haley, 1997; Pérez-Trullen, Abanto-Alda y Labarta, 1996 y Berg, Rauch, Rubio y Tebb, 1995). Al estudiar las formas más frecuentes en la que el cuidador afronta su función, se destacan en un primer corte la sobreprotección y el rechazo como las más frecuentes, mientras que la dictatorial resultó la más sobresaliente en el segundo corte. Otros autores (Haley, 1997 y Berg *et al.*, 1995) encontraron resultados similares.

Guimaráes y Partezani (1999) destacan la existencia de que toda familia de ancianos con problemas de salud ha prestado cuidados a ese anciano en sus varias facetas. Este es un aspecto que ha hecho crecer el número de investigaciones del área de salud con interés en desarrollar estudios sobre el proceso informal del cuidado con el anciano. La mayor parte de la literatura sobre el tema es de origen americano. Las investigaciones sobre el cuidado informal han contemplado al cuidador, las estrategias utilizadas en el proceso del cuidado doméstico y los problemas que surgen.

Un estudio realizado por Sánchez, Mouronte y Olazarán (2001) revela que es posible llevar a cabo programas eficaces de formación preventiva del cuidador en la demencia. La afectividad, tanto del paciente como del cuidador, es el área más sensible a este tipo de intervenciones. Los autores ofrecieron un programa a 10 cuidadores que

acudieron de forma consecutiva a consulta. Se valoraron antes y después de la intervención, con un intervalo que osciló entre uno y cuatro meses aspectos cognitivos, funcionales, conductuales y afectivos, en el paciente y en el cuidador. Se les evaluó mediante: 1) el *Mini Mental State Test* de Folstein *et al.* (1975), 2) la *Escala de Depresión*, de Yesavage *et al.* (1983), en su versión de 15 ítem (estos dos primeros instrumentos se administran al paciente, y los siguientes, al cuidador), 3) el *Índice de Katz et al.* (1963), 4) el *Inventario Neuropsiquiátrico*, de Cummings, Mega, Gray, Rosenberg, Carusi y Gorabain (1994) que detecta los problemas de conducta presentes en el paciente durante el último mes, 6) el *Listado de Problemas de Memoria y Conducta*, de Zarit y Zarit (1994), que mide la frecuencia de aparición en el paciente, durante la última semana, de 30 problemas que abarcan las esferas cognitiva, conductual y funcional (este listado, además, incluye una pregunta acerca del grado de molestia o preocupación que produce en el cuidador cada uno de los problemas existentes) y, por último, 7) el *Cuestionario de Carga del Cuidador*, de Zarit (1994) que consta de 22 ítem en los que el cuidador refleja en qué medida la atención del paciente altera su bienestar físico, bienestar psicológico, económico y social.

Vila (1997) incide en que cualquier intervención profesional de ayuda a una familia debe partir de una evaluación previa de la situación específica. En toda necesidad percibida hay un componente subjetivo, que aumenta o disminuye el valor de esa necesidad, y cada familia debe encontrar la respuesta adecuada a su necesidad. Por lo tanto, no es el profesional quien decide a qué necesidades hay que dar salida, sino la propia familia pero con la ayuda de un profesional o de una organización especializada en demencia (p. e., si es el caso de la demencia tipo Alzheimer). Para mantener la salud de la familia, ésta debe modificar parte de los roles, normas y funciones que hasta la fecha habían usado para relacionarse. Se evidencia que los roles y las funciones que cumplía la persona con demencia dejaron de existir y, ante esa realidad, los distintos miembros de una familia tienen que tomar decisiones que en su mayoría afectarán su vida personal.

En el sistema familiar se diferencian tres claros niveles de organización, en cuanto al impacto del estrés y la respuesta familiar a los requerimientos de la enfermedad física crónica. La condición crónica de la enfermedad tiene un impacto en la familia, especialmente en los niveles estructural, funcional y emocional (Darias y Leal, 1999).

Vila (1997) afirma que el reconocimiento, la comprensión y el apoyo emocional que contrarreste el déficit afectivo que la familia siente son parte de las necesidades emocionales básicas. Al parecer, algunas escuelas psicológicas definen la familia como un sistema donde cada miembro encuentra su identidad en función de los demás miembros y, por lo tanto, las dificultades de un miembro afectarán en mayor o menor medida a todos los demás. Sin embargo, otras escuelas utilizan el concepto de la *dinámica familiar* para definir y comprender la especificidad de las relaciones afectivas de cada familia. Utilizar un marco teórico que ayude a comprender de qué manera se estructura esa familia, a la cual se quiere ayudar, es básico para poder identificar las necesidades que la demencia, como posible enfermedad, está creando.

Por otro lado, Reig (1998) considera cuatro perspectivas destacadas en la investigación revisada que relacionan familia y enfermedad: 1) roles y cambio generacional, bienestar personal y percepción de la enfermedad, 2) estrés y sistema inmunológico, 3) apoyo social, como soporte y amortiguador del estrés, y 4) tipología de roles, familias y fases de evolución. En el caso de la demencia, Vila (1997) mantiene que esta enfermedad es un elemento externo que entra contra la voluntad de la familia e interfiere en la dinámica familiar alterando el ritmo o la manera en que esa familia se había organizado hasta la fecha. Es importante diferenciar que ante la realidad de la demencia habrá necesidades que serán totalmente nuevas y únicamente relacionadas con la irrupción de la enfermedad, pero también habrá otras que ya estaban presentes en la familia y que la enfermedad ha obligado a identificar y confrontar, cumpliendo la función de evidenciarlas. La demencia es un proceso degenerativo de pérdida constante de habilidades que obliga a la familia a reaccionar ante esas pérdidas y, por lo tanto, les sitúa ante un proceso de duelo que cada miembro vivirá a su manera. Y este proceso degenerativo amenaza con dos miedos universales, tanto el miedo a perder la razón, como el miedo a morir. Cuando la demencia entra a formar parte de la familia, estos miedos aparecen en forma de ansiedades diversas, ante las cuales cada uno intenta buscar la forma de defenderse o protegerse. El proceso degenerativo de esta enfermedad suele ser muy lento e insidioso. La familia debe aprender a convivir con esa realidad durante años y, además, se trata de un proceso lleno de situaciones imprevisibles y por lo tanto difíciles de controlar. Todos estos elementos se transforman en los ingredientes que llevan al agotamiento emocional derivado de cuidar a un enfermo demente. Así pues, cada familia se organiza y estructura mediante unas normas, roles y funciones que

marcan una dinámica determinada de relación. El apego afectivo entre los distintos miembros de una familia es un elemento clave para comprender cómo se implementan y dividen los roles, las normas y las funciones antes mencionados.

Vega (1992) ha observado que al ampliar el modelo de explicación de las consecuencias sobre el rol del cuidador, de sus efectos sobre un individuo aislado a sus efectos sobre todo un sistema como la familia, se cambia la perspectiva de análisis del caso individual al análisis del sistema familiar. Este sistema puede analizarse como un sistema de relaciones entre generaciones que se encuentra en diferentes momentos del curso vital. En el intercambio que se establece entre diferentes generaciones, cada una satisface necesidades diferentes, pero en la mayor parte de los casos estas necesidades son complementarias. Estas necesidades que se detectan como consecuencia de aplicar programas intergeneracionales, donde más claramente aparecen es en el entorno familiar. Esta última situación es la que se produce en aquellas iniciativas de cuidados que se incluyen en el contexto de los programas entre generaciones. Los programas entre generaciones son programas de voluntariado que desarrollan en la comunidad lo que habitualmente tiene lugar en la familia. Las consecuencias que manifiestan los individuos que participan en programa entre generaciones están más próximas a la satisfacción que al estrés o la carga. Por eso, se hace necesario para redefinir las consecuencias del rol de cuidador, acudir a los efectos que manifiestan estas mismas tareas en otros ámbitos como los de las relaciones entre generaciones.

Complementariamente al cuidado informal, que ha sido el primer tipo de cuidado a considerar principalmente por la atención familiar, seguidamente se destacan los cuidados formales o bien aquellos cuidados profesionales donde el acento se coloca en el desempeño laboral que caracterizan los cuidados geriátricos especializados en las personas mayores, en función de las necesidades (emocionales, nivel de dependencia, planes de cuidado, demencia, etc.) y los recursos (servicio de estancia diurna, residencias geriátricas, unidades hospitalarias, servicio de ayuda a domicilio, etc.) que se presentan a continuación, siendo éste el segundo tipo de cuidado que se analiza.

Bonafont (1997) refleja que en la vejez se presencian, con frecuencia, la desesperación y el sufrimiento de un envejecimiento donde la decadencia física, la soledad, el abandono y las experiencias difíciles de aceptar conducen al anciano a

situaciones de desarraigo, retraimiento y pasividad. Otro aspecto fundamental a tener en cuenta en el proceso de vida de la persona anciana es el impacto que ha producido el propio envejecimiento.

Bowlby (2003) cree que los seres humanos de toda edad son más eficientes si confían en tener a su alrededor personas que les ayudarán y darán apoyo si se presentan problemas. Este autor advierte que una persona presenta un abordaje de autoconfianza y de resolución de problemas cuando cree que es valorado por los demás y habita en un mundo de vínculos positivos.

De manera intuitiva, Bonafont (1997) presenta la hipótesis de que en las residencias geriátricas de ancianos se pueden encontrar a numerosas personas que no están aisladas socialmente, pero que experimentan profundos sentimientos de soledad emocional, entendiendo, por un lado, la soledad propia del aislamiento social como la carencia en cantidad y calidad del apoyo social y, por otro lado, la soledad emocional como la carencia de relaciones de compromiso mutuo, de amistad, intimidad y complicidad. Flórez (1999a) verifica que en los centros para personas mayores o residencias geriátricas, actualmente alrededor de un 40% de los usuarios son ancianos con demencia, lo cual ocasiona un alto grado de carga para los cuidadores. Bonafont (1997) muestra que la imagen interiorizada de la vejez, condiciona las actitudes ante los cuidados. El trabajo diario con los ancianos enfrenta e implica a los cuidadores como personas, provocando en ellos actitudes defensivas y que, al mismo tiempo, pueden significar experiencias de crecimiento y maduración. La vejez es un tema conflictivo, no sólo para el propio anciano, sino también para los profesionales que lo afrontan de forma cotidiana. El grado de conflicto que representa la vejez para cada profesional y las conductas defensivas que se adoptan para evitarlo están inscritos en la propia historia del cuidador.

Sánchez (2003) invitó a un grupo de estudiantes de enfermería para que expresaran el significado de la vejez y qué reacciones les provocan los cuidados a los ancianos. Para muchos de ellos, la vejez significa una etapa donde predomina la dependencia física y psíquica, considerando que es una etapa triste, difícil de aceptar y que precede a la muerte, concluyendo así el ciclo vital. Para otros significa soledad, exclusión y egocentrismo. Algunos exponen su opinión, proyectando una imagen de lo

que representa una vejez idealizada, es decir, se ven rodeados de las personas queridas, con tiempo para descansar o llevar a cabo lo que no han podido hacer hasta ese momento. Este grupo de estudiantes ven la vejez como una etapa en la cual se ha disfrutado de toda una vida anterior. Cuando responden a las reacciones que les provocan los cuidados a los ancianos muchos coinciden en afirmar que sienten pena y tristeza y experimentan una cierta inquietud, temor o inseguridad. Para unos significa tener mucha paciencia, para otros despiertan ternura y simpatía.

En el estudio de Sánchez (2003), se pudieron diferenciar tres grandes grupos de estudiantes: 1) atraídos por los cuidados, unos responden de manera protectora y otros pocos reconocen la individualidad del anciano, 2) de rechazo hacia los cuidados de los ancianos por razones diferentes, y 3) contestan el cuestionario con indiferencia y distanciamiento, eludiendo la reflexión. Igualmente, se llevó a cabo por el mismo autor unas prácticas con alumnos que debían responder a las actividades o situaciones que le resultaran más difíciles de afrontar, con la idea de anticipar la situación de entrada a una residencia geriátrica de ancianos. Se diferenciaron dos grupos, a saber, 1) las que afectan al cuerpo, como la higiene anal y genital, cambiar pañales con heces, sacar y limpiar dentaduras, cortar uñas de los pies y sentir “olor a viejo”, y por otro lado, 2) las de impacto emocional, como el estar cerca cuando el anciano esté en agonía, ir a su entierro, verlos sufrir al darle una mala noticia, temor de atender a personas con alteraciones mentales, cómo actuar en caso de malos tratos en la residencia geriátrica (p. e., que la comida sea insuficiente, que no reciba los cuidados adecuados), recibir malos tratos por parte del anciano y cómo actuar en caso de intento de acoso sexual.

Bonafont (1997) considera que las creencias y las actitudes de los cuidadores influyen en la experiencia, y para llegar a comprender a los enfermos es necesario comprender también los propios miedos, dificultades, motivaciones y deseos. Por tanto, analizar, no sólo las situaciones en las cuales se interviene, sino las reacciones de cansancio, de rechazo, de resistencia o de satisfacción. El mismo autor considera que ello forma parte del compromiso profesional para no confundir al anciano con las propias dificultades del cuidador. Del mismo modo, entiende que el sustrato en la interrelación de cuidados está en la dinámica de las relaciones interpersonales que establece el cuidador con cada anciano individualmente, promoviendo su responsabilidad, su capacidad de decidir y de aprender. Partiendo de estas premisas,

considera que la orientación de los cuidados en geriatría va dirigida a ayudar a la persona en actividades varias, tales como, 1) promover y mantener el máximo nivel de independencia posible en la persona, 2) proteger y promover la salud, movilizandolos recursos y potencialidades de la persona, 3) prevenir las complicaciones que el proceso de envejecimiento o las enfermedades puedan ocasionar, 4) ayudar a las personas y familiares o personas significativas más próximas a desarrollar nuevas habilidades que les permitan adaptarse a las situaciones que se le presentan, y 5) acompañar a la persona anciana y a su entorno más inmediato en los procesos de muerte. Más todavía, el autor expone algunas líneas de trabajo a desarrollar en geriatría, entre las que destaca, 1) adoptar, en cada centro, un marco de referencia de los cuidados a través de un modelo de atención, 2) desarrollar programas de promoción y de prevención para incrementar la salud durante el envejecimiento, 3) desarrollar programas de intervención en situaciones específicas, 4) establecer líneas de colaboración entre los diferentes niveles asistenciales, 5) implantar sistemas de trabajo que permitan la individualización de estos cuidados, 6) desarrollar o utilizar instrumentos para evaluar los resultados de los cuidados, y finalmente, 7) establecer y desarrollar líneas de investigación de los cuidados a los ancianos.

Considerando el servicio de estancia diurna como uno de los recursos formales para las personas mayores, Collado y Romero (2000) encontraron que en elevada proporción este dispositivo de atención supuso el paso previo a una institucionalización definitiva, aunque el objetivo principal del servicio de estancia diurna fuese el apoyo a familias que atienden ancianos. El servicio de estancia diurna cubrió fundamentalmente necesidades sociales en pacientes geriátricos, con frecuencia tras reagudizaciones. Los autores estudiaron las historias del total de residentes atendidos desde su inicio en septiembre de 1991 hasta agosto de 1998, recogiendo datos de filiación, procedencia, motivo de ingreso, nivel funcional, patologías incapacitantes más frecuentes y estancia. Finalmente, se analizaron los destinos al alta. Los resultados del estudio muestran que se atendieron 84 residentes temporales, con edad media 82,3 años (82% mujeres, 64,2% viudos, que en un 60,7% vivían previamente en domicilio de familiares). El motivo de ingreso respondía en un 33,3% a necesidades tras hospitalización del residente y en un 31% a descanso del cuidador. El 82,1% se consideró asistido y las patologías incapacitantes más frecuentes fueron neurológicas (66,7%). La estancia media fueron

51,2 días. Al finalizar ésta el 59,6% volvieron al domicilio de origen y un 31% se institucionalizaron definitivamente.

Ochoa (1998) llama la atención de que los servicios de estancia diurna reciben, diariamente y en horario laboral, a las personas afectadas por la demencia tipo Alzheimer en sus diferentes fases, para un tratamiento ocupacional, biológico y psicológico, descargando a los familiares y cuidadores de una gran parte de las tensiones y responsabilidades cotidianas.

Ciudad (1999) subraya que en España todavía existen pocas experiencias de apoyo comunitario y casi todas se reducen al servicio de ayuda a domicilio para el trabajo del hogar. El modelo de conducta de Andersen es el que más se utiliza para explicar y predecir el uso de los servicios sociosanitarios para las personas mayores. Este modelo propone que el uso de estos servicios está en función de tres variables, a considerar, 1) predisposiciones individuales de los cuidadores, las cuales, reflejan el hecho de que algunas familias tienen una tendencia mayor que otras para el uso de los servicios e incluye factores sociodemográficos como la edad, el sexo, la educación, la ocupación y el sistema de valores o de actitudes acerca del uso de los servicios sociosanitarios, 2) las capacidades o barreras que imposibilitan la utilización del servicio, además, los factores que capacitan son en general estructurales, reflejan el tipo y capacidad de recursos de que dispone la familia (ingresos o número de familiares disponibles), y 3) los niveles de atención requeridos por los ancianos dependientes, igualmente, los factores de necesidad vienen determinados por el tipo y la condición de la enfermedad, la capacidad funcional o discapacidad de las personas dependientes según sean percibidas por el cuidador.

El estudio realizado por Domínguez, Muñoz, Miralles, Fabregat, Andreu y García-Navarro (2000), investigó a través de una encuesta previamente validada, dirigida a los cuidadores principales (predominantemente mujeres, 65,9% y 68,9% respectivamente) de los enfermos geriátricos (45; 77,9%) y paliativos oncológicos (41; 70,8%) atendidos por los equipo de apoyo durante un mínimo de dos visitas. La mayoría de las preguntas eran cerradas y puntuaban de 2 a 8 de la menor a la mayor satisfacción. Las áreas que se valoraron más positivamente fueron la rapidez de atención (93,2% y 91,25% de satisfacción), la preocupación por la salud del cuidador y del

enfermo (92,8% y 92,6%), la actitud de escucha (93,2% y 91,2%), la continuidad de los miembros del equipo en el seguimiento (87,1% y 93,1%) y el trato recibido (95% y 94,3%). Las áreas con satisfacción más baja fueron la coordinación con otros recursos asistenciales (81,2% y 85,8%), la ayuda para realizar la función de cuidador (75% y 81,8%) y el desconocimiento de medidas a seguir ante una urgencia (73,7% y 81,8%). Recomendaron acudir a los equipos de apoyo si fuese preciso un 93,4% y 95,1% respectivamente. Los autores del estudio llegaron principalmente a dos conclusiones:

1. Alta confianza de los usuarios finales en el equipo de apoyo por la rapidez de respuesta, la calidad en el trato y la continuidad de los miembros del equipo en el seguimiento.

2. Se detectan como áreas susceptibles de mejora la coordinación y comunicación con otros recursos asistenciales y necesidad de mayor información sobre las medidas a seguir ante una situación de urgencia.

Otra investigación realizada por López, Viloria, Pallardo, Cerrada, Láraro y Ribera (2000) consistió en un estudio descriptivo transversal sobre 60 cuidadores (80% mujeres y 53,3% casados) de pacientes incluidos en una unidad del servicio de ayuda a domicilio geriátrica (el estado funcional en el 93,3% fue Katz A), con una edad media de 61,4-14,3. Las variables estudiadas fueron la situación sociodemográfica, funcional y presencia de trastornos psicofiológicos codificados según la *Neuropsychiatric Inventory* mediante valoración de historia clínica del paciente, así como datos sociodemográficos, funcionales, médicos y niveles de ansiedad medida con la *Escala de Valoración de la Ansiedad* de Spielberger en los cuidadores mediante encuesta personal. Los autores llegan a las siguientes conclusiones:

1. El cuidador tipo es mujer de 61 años de edad, casada, jubilada y con un nivel educativo básico y que es hija del paciente, estando dedicada a su cuidado un tiempo inferior a dos años.

2. La mayoría recibe algún tipo de ayuda.

3. Los fármacos más utilizados por los cuidadores son psicotrópicos e hipotensores.

4. Los trastornos psicopatológicos del anciano que se correlacionan con mayor nivel de ansiedad del cuidador son la depresión, ansiedad y alteraciones del sueño, por lo que una intervención a nivel de estos síntomas podría disminuir la ansiedad de los cuidadores y mejorar su calidad de vida.

Considerando los cuidados hospitalarios, Abizanda, Gallego, Sánchez y Díaz (2000) realizaron un estudio descriptivo transversal mediante encuesta semiestructurada telefónica a distintos responsables de unidades y servicios de geriatría, así como de Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos de España, interrogando sobre el uso de instrumentos de valoración geriátrica integral en los distintos niveles asistenciales. Todos los servicios consultados, 39, usaron instrumentos de valoración geriátrica integral. Un 56% diferentes según nivel asistencial, un 39% instrumentos comunes, y en un 5% hubo sólo un nivel. A nivel funcional, el *Índice de Barthel* se usó en 29 (74,3%), el *Índice de Lawton y Brody* en 21 (53,8%), y el *Índice de Katz* en 20 (51,2%). A nivel mental, el *Short Portable Mental Status Questionnaire* de Pfeiffer (1975) se usó en 22 (56,4%), el *Mini Examen Cognoscitivo* en 15 (38,4%) y la *Escala Cruz Roja Mental* en 12 (30,7%). Otras variables evaluadas fueron la depresión en 32 (82%) servicios, el equilibrio en 18 (46,1%) y las úlceras por presión en 12 (30,7%). Existe una gran heterogeneidad en la metodología de la realización de la valoración geriátrica integral por parte de los distintos servicios de geriatría españoles. La creación de unos estándares comunes consensuados sería un paso imprescindible para homogeneizarla y para optimizar los beneficios que se obtienen de una adecuada valoración geriátrica integral.

Según la investigación de Vallés, García-Arilla y Manrique (2000), tras estudiar los grupos relacionados con el diagnóstico más frecuentes en una unidad de hospitalización de un servicio de geriatría, más de la mitad de pacientes se agrupan fuera de los diez grupos relacionados con el diagnóstico más frecuentes indicando una heterogeneidad y variedad diagnóstica importante. La aplicación de los grupos relacionados con el diagnóstico en población geriátrica define con dificultad sus necesidades asistenciales. La muestra estaba compuesta por 1.455 altas con edad media de 83 años (65% mujeres y 35% hombres), mortalidad del 23%, 4,81% reingresos y estancia media de 15 días. Los diez grupos relacionados con el diagnóstico más

frecuentes fueron trastornos respiratorios con excepciones, trastornos cerebrovasculares excepto accidente isquémico transitorio, infarto cerebral y *shock*, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, alteraciones orgánicas, otros trastornos del sistema nervioso, neumonía simple, insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias y complicaciones, trastornos de los hematíes y trastornos del riñón y tracto urinario excepto insuficiencia renal agrupando 632 (43,4%) altas. Los grupos relacionados con el diagnóstico con mayor desviación de estancias fueron trastornos cerebrovasculares excepto accidente isquémico transitorio con 473 estancias evitables respecto a INSALUD y trastornos respiratorios con excepciones con 370 respecto a otros servicios de geriatría. Los grupos relacionados con el diagnóstico con mayor número de estancias ahorradas fueron rehabilitación con 354 respecto a INSALUD y accidente isquémico transitorio con 71 en relación a otros servicios de geriatría. La mayor mortalidad y reingreso se dio en el grupo relacionado con el diagnóstico de trastornos respiratorios con excepciones.

10.2. ALGUNOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL CUIDADO

Los datos ofrecidos por Servicios Sociales para las Personas Mayores en la Comunidad Autónoma de Andalucía (Instituto Nacional de Estadística, 2002) estiman que si en España había en el año 2000 aproximadamente una población de 6.842.142 (16,9%) personas mayores de 65 años, en Andalucía se calcularon 1.045.871 (441.733 varones y 604.137 mujeres) mayores de 65 años (14,2%), 418.545 mayores de 75 años (5,7%) y 211.702 mayores de 80 años (2,9%). La evolución de la población mayor es considerable sabiendo que las cifras obtenidas en el año 1991 fueron para Andalucía, 11,7% de personas mayores de 65 años y 4,6% de personas mayores de 75 años.

Con relación al cuidado de las personas mayores con discapacidad, los datos referidos a los cuidadores andaluces en la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (Instituto Nacional de Estadística, 2002) se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1*Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE, 2002)*

Cuidadores andaluces	Varones	Mujeres
19,4% Cónyuge	42,8%	10,2%
36% Hija	21,3%	41,9%
6,1% Hijo	6,2%	6,1%
1,8% Hermana	1,3%	1,9%
0,3% Hermano	0%	0,4%
0% Madre	0%	0%
0% Padre	0%	0%
15% Otro pariente	9,7%	17,2%
10,4% Empleado, amigo o vecino	5,5%	12,4%
2,1% Servicios sociales	1,1%	2,5%
1,2% Otra relación	1,2%	1,2%
7,5% No consta	10,9%	6,2%

Teniendo en cuenta los principales servicios de atención a las personas mayores (servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, servicio de estancia diurna y residencia geriátrica), en la Tabla 2 se presentan datos de la población española y andaluza del año 2001 para cada uno de ellos.

Tabla 2*Principales servicios de atención a las personas mayores (INE, 2002)*

Servicios de atención	Usuarios andaluces > 65	Usuarios españoles > 65
Servicio de ayuda a domicilio	21.191 (2,04%)	139.384 (2,07%)
Teleasistencia	16.135 (1,55%)	79.267 (1,07%)
Servicio de estancia diurna	4 centros, para 174 plazas (0,02%)	466 centros, para 8.843 plazas (0,13%)
Servicio de estancia diurna privado	32 centros, para 578 plazas (0,06%)	452 centros, para 7.611 plazas (0,11%)
Residencia geriátrica	647 centros, para 26.515 plazas (2,55%), de las cuales 12.660 plazas son para personas mayores dependientes	4.158 centros, para 215.156 plazas (3,19%)

Parece que el crecimiento considerable de las personas mayores de ochenta años, el incremento de la dependencia, la disminución del potencial de cuidadores informales y la insuficiencia de los recursos comunitarios en determinadas situaciones, según datos del IMSERSO (1999), son algunas circunstancias que avalan la necesidad de las residencias geriátricas. Si en 1999 se calcularon 198.358 plazas residenciales españolas y 3.720 residencias geriátricas, en el 2000 aparecieron 206.575 plazas repartidas en 3.982 residencias geriátricas, y en el 2001 ya fueron un total de 213.989 plazas y 4.138 residencias geriátricas. Así pues, el número de plazas y residencias geriátricas para personas mayores en España ha ido aumentando progresivamente. Igualmente, la evolución de la población mayor en España ha sido apremiante si se consideran los cálculos estimados (Instituto Nacional de Estadística, 2002) entre los años 1900 y 2050, siendo de 1900 a 2000 datos reales y de 2010 a 2050 proyecciones: 5,2% personas mayores de 65 años en 1900 (967.754), 7,2% en 1950 (2.022.523), 16,9% en 2000 (6.842.143), 17,9% en 2010 (7.577.036) y 31,1% para el 2050 (12.819.889). Y las previsiones para España de la Unión Europea (Oficina estadística de las Comunidades Europeas, 2001) para el año 2020 son una población española de 7.803.000 (19,8%) personas de 65 y más años. Por todo ello, se refleja un cambio social significativo producido a lo largo de los últimos cincuenta años en España, y que está muy ligado con la nueva provisión de cuidados y atención al colectivo de personas mayores. El aumento notable de la esperanza de vida y el descenso de la fecundidad, con un envejecimiento de la población, ha significado concretamente que el porcentaje de las personas mayores de 65 años con respecto al conjunto de la población española pasa de representar un 8% en 1960 a más de un 16% en el año 1998.

Para comprender el rol del cuidador, es preciso analizar con profundidad, tanto las características estadísticas de las familias en las que se proporcionan cuidados, como las características de los cuidadores. Se pueden señalar algunas características del apoyo familiar en cuyo contexto se desenvuelve el rol del cuidador. En primer lugar, la alta incidencia que este rol tiene en las familias. Por un lado, el 80% de los mayores de 80 años sufre algún tipo de discapacidad que requiere cuidados especiales. Según la *Encuesta del Instituto Nacional de Estadística* (1986), estas discapacidades son tanto consecuencia del proceso del envejecimiento normal, como de alguna enfermedad asociada al proceso de envejecimiento, como pueden ser las demencias.

Por otra parte, en torno al 97% de los mayores de 65 años, viven con sus familias. Sólo hay plazas disponibles en las residencias geriátricas en torno al 3% de los mayores de 65 años. En consecuencia, la mayor parte de los mayores de 65 años viven en el hogar y utilizan, fundamentalmente, sistemas de apoyo basados en la familia y en la comunidad. Los datos de Cruz (1990), referidos a un estudio del Centro Superior de Investigaciones Sociológicas, constataron que en 1981 aproximadamente en el 30% de los hogares españoles, había alguna persona mayor de 64 años. Esta alta incidencia en las familias se produce en un contexto marcado por cuatro características básicas.

En primer lugar, el incremento de la expectativa de vida. Cada vez, las personas con discapacidad viven durante más años. No sólo está incrementando el número y el porcentaje de personas mayores de 65 años, que alcanza un 13,8% a escala española, de acuerdo con los datos del censo de 1991 (Instituto Nacional de Estadística, 1992), sino que también viven durante más años. La expectativa de vida media en España en 1991 estaba en torno a los 76 años (Instituto Nacional de Estadística, 1992). Como consecuencia de esto, el número de hogares en los que convive un mayor de 64 años cada vez es más alto. Además, en este contexto, todas las parejas adultas tienen uno o más padres que viven (p. e., el 25% de las mujeres de 60 años todavía les vive su madre).

En segundo lugar, este fenómeno contrasta con la disminución de la natalidad. La tasa de fecundidad en España ha disminuido progresivamente en los últimos años hasta llegar al 1,3 en este momento. Esta tasa es muy reducida en comparación con el alto incremento en la expectativa de vida que se está produciendo. Cada vez hay menos cuidadores, como consecuencia de la reducción de la natalidad. Los viejos del futuro (del año 2025 en adelante), tendrán menos posibilidades de ser cuidados por sus hijos que los actuales.

Cada vez el rol de cuidador familiar y comunitario va a ser un bien más escaso y en consecuencia más apreciado. Como consecuencia de esta situación, las parejas adultas de hoy en día, tienen más padres que hijos que convivan. En un futuro próximo, habrá menos hermanos para compartir el cuidado de los padres. Es decir, las generaciones intermedias van a estar muy sobrecargadas, tendrán que cuidar tanto de sus padres y de sus abuelos como de sus hijos.

En tercer lugar, esta situación se produce en un contexto en el que la implicación de la mujer en el trabajo profesional, cada vez es más frecuente (p. e., en Estados Unidos son más las mujeres que trabajan que las que no trabajan). Esta situación desestructura los sistemas tradicionales de apoyo familiar que venían siendo desempeñados por la mujer. Sobre la base de esto, tendrá que reorganizarse todo el sistema familiar de apoyo.

En cuarto lugar, las familias cada vez tienen una estructura más vertical que horizontal. Son más las generaciones que viven y son menos los miembros de cada generación. Va a ser frecuente que vivan hasta cuatro o cinco generaciones simultáneamente. Generaciones que cada vez tienen menos miembros y que al vivir más tiempo juntos va a incrementar las expectativas de cuidados mutuos. En muchas situaciones, van a ser los nietos quienes se hagan cargo de los cuidados.

Si bien, se conoce claramente cuáles son las características demográficas de las familias que proporcionan cuidados, se sabe mucho menos sobre aquellas personas que desempeñan el rol de cuidador. Los estudios existentes sobre los cuidadores han sido llevados a cabo en torno a enfermedades específicas, asociaciones y entornos muy concretos, con lo cual tienen una naturaleza aleatoria. No existen todavía buenos estudios y los pocos que hay no son longitudinales. En segundo lugar, se conoce que en torno al 55% de las veces, suele ser la esposa la que asuma el rol. Los hijos asumen este rol de un 30 a un 40% de las veces. El 80% de todos estos casos, suele ser la mujer quien asume el rol de forma principal. Se sabe que el 33% de las familias desarrollan labores de cuidados.

Estudios realizados en otros países europeos (Twigg y Atkin, 1994) ponen de manifiesto que un gran grupo de población que precisa algún tipo de apoyo familiar son los ancianos, ya que el 44% de ellos vive con el cuidador principal, y la mayoría necesita ayuda para bañarse, tomar los medicamentos, preparar la comida, etc. Este autor sostiene que los vecinos asumen tareas de supervisión o compañía, pero no cuidados de mayor complejidad. Los amigos dan apoyo emocional, pero no ayuda física pesada. Sólo el cuidador familiar realiza todas estas tareas.

Bazo (1998) observa en las mujeres una construcción social del rol de cuidadoras, basada en creencias de las funciones protectoras de la familia, y sobre todo de las mujeres como las proveedoras naturales de cuidados. También pueden señalarse las conclusiones siguientes: 1) el papel que cumplen la asociaciones –como es el caso de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer- en el apoyo material, informativo, formativo y emocional a los familiares cuidadores, 2) la escasez de los apoyos externos en España, sean formales o informales, 3) el compromiso irrenunciable de la familias al cuidado de sus familiares ancianos cuando la salud se deteriora, y 4) la falta de respuesta de los sistemas sanitario y de servicios sociales a las necesidades reales de la población, en este caso concreto a los pacientes con enfermedades crónicas e invalidantes, así como a sus familiares cuidadores.

Las previsiones demográficas para el año 2010 indican que en España habrá un 16,5% de mayores de 64 años. En el año 2025, este porcentaje representará el 21% y en el año 2050 ascenderá al 23%. También es una realidad la tendencia ascendente de los grupos de población dependiente. Vivir más años conlleva mayores probabilidades de padecer discapacidades. A pesar de que la mayoría de europeos mayores de 64 años lleva una vida independiente, es decir, se valen por sí mismos para cubrir sus necesidades, el 38% declara padecer algún tipo de incapacidad funcional. Los estudios de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (1995) han mostrado que en España, el 81% de los hombres y el 87% de las mujeres refieren en la *Encuesta Nacional de Salud* padecer alguna enfermedad crónica. La prevalencia de demencia se estima entre un 6% y un 12% en los mayores de 64 años. La capacidad funcional, medida a través de la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, está disminuida en el 57% de los ancianos. Según la *Encuesta del Instituto Nacional de Servicios Sociales* (1996), el 26% debe restringir su vida al barrio donde viven, el 20% a los alrededores de la vivienda y el 11% no pueden salir de casa.

MARCO TEÓRICO

11

***Cuidado formal y
consecuencias del estrés***

11. CUIDADO FORMAL Y CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS

Buendía (2005) hace referencia al trabajo como fuente estresora para el profesional que se siente desbordado por las tensiones y el ritmo trepidante de las tareas laborales que se le agolpan. Ahora bien, toma en consideración las dolencias producidas en el individuo cuando la situación a la que está expuesto se cronifica en el tiempo, tal y como les acontece a los cuidadores formales. Además, añade a esto, otra característica importante del estrés laboral para el cuidador son los riesgos de la profesión y el tener que relacionarse diaria y directamente con personas. Estas son causas que pueden justificar el estrés del personal sanitario. El mismo autor hace presente que alrededor de un 36% de profesionales manifiestan que su trabajo es un foco de malestar y de preocupación constante.

En la actualidad, el abrasamiento y otros problemas psicológicos y de la salud (ansiedad, depresión, etc.) que presentan los cuidadores formales es una temática importante, al estar tan consolidada de forma perjudicial en el bienestar psicológico de los trabajadores, en las instituciones y en la calidad de la atención directa a los destinatarios. Diversas investigaciones dan cuenta de que en los últimos años se está produciendo un aumento en la insatisfacción laboral, sensación de malestar y tensión personal o estrés. Las circunstancias económicas cambiantes y la reestructuración organizacional, en algunos casos, han traído consigo un aumento en la inseguridad laboral, por un lado y, por otro, el desempleo, que todavía supone un problema muy importante. Fornés (1994) destaca el incremento notorio de los estudios de investigación sobre el estrés laboral y mantiene que el colectivo de profesionales de enfermería constituye una de las poblaciones diana.

El cuidador formal de personas mayores dependientes está expuesto a un conjunto de estresores cotidianos que pueden cargar emocionalmente al profesional de la geriatría en el modo de afrontar las situaciones propias del cuidado en general y, en ocasiones, específicamente con ancianos dementes y entornos laborales diferentes. Para lo cual, el cuidador profesional utiliza sus recursos personales en diversas facetas, así como su propia personalidad y apoyos cognitivos con la dinámica de responder

exitosamente a las demandas del ambiente que le rodea, a veces impredecibles, de un modo transaccional. No obstante, la salud del cuidador geriátrico siempre está en juego notablemente, así como la calidad de vida que, según los niveles de estrés experimentados, hacen que la vida sea más satisfactoria o más quemada en lo que al ámbito laboral se refiere. Así pues, se puede hablar principalmente de tres consecuencias importantes del estrés laboral en el cuidador: 1) en la salud, 2) en la satisfacción vital y 3) en el nivel de abrasamiento, como resultado del estrés crónico proporcionados en la relación transaccional del cuidador con el anciano, sujeto del cuidado, no sin antes hacer referencia sobre algunas notas relevantes acerca de los estresores que están más comprometidos.

Para mostrar la temática de los cuidadores formales, se han revisado previamente diversos estudios de investigación empírica (ver *ANEXO*) con una muestra poblacional española de un grupo total de 5.363 cuidadores, que es la suma del conjunto de todas las muestras que aportan dichos trabajos, concretamente de veintiséis estudios españoles, cuyos resultados han sido contrastados con las aportaciones de otras investigaciones sobre el mismo colectivo de cuidadores pero en contextos diferentes. Un primer subgrupo, siguiendo el orden de mayor a menor número de cuidadores, está formado por 2.166 cuidadores hospitalarios, entre lo cuales figuran principalmente enfermeras, auxiliares de clínica y médicos pertenecientes a las diferentes unidades donde prestan sus servicios sanitarios (atención primaria, urgencias, oncología, psiquiatría, medicina interna, unidad de demencias, etc.). El segundo subgrupo está compuesto por 1.061 enfermeras y 118 estudiantes de enfermería. Un tercer subgrupo lo constituyen exclusivamente un total de 549 auxiliares de enfermería hospitalaria. Estos dos últimos subgrupos atienden a poblaciones múltiples, con diferentes niveles de enfermedades y asistencia sociosanitaria (geriatria, centros de día, etc.). El cuarto subgrupo lo forman 727 cuidadores de residencias geriátricas. Un quinto subgrupo lo forman 586 cuidadores a domicilio, dentro de los cuales se encuentran personal de los servicios sociales comunitarios (médicos, enfermeras, auxiliares, trabajadoras sociales, psicólogos, etc.). Para terminar de describir la muestra de cuidadores, se añade un sexto y último subgrupo de personal técnico especializado que igualmente se encuentran trabajando como profesionales de la salud en diferentes cuidados formales a personas con necesidades médicas, sanitarias, psicológicas, sociales, etc. Finalmente, se agregan 100 secretarias como personal administrativo.

A continuación, se muestran los datos relevantes y las conclusiones aportadas por los distintos estudios. Por un lado, a) lo relativo a variables desencadenantes (estresores y aspectos sociobiográficos), por otro, b) las variables mediadoras (personalidad, estrategias de afrontamiento y apoyo social). Y finalmente, c) las variables resultado (síndrome de estar quemado, carga, salud, satisfacción y bienestar subjetivo) en el marco de los cuidadores formales.

11.1. ESTRESORES LABORALES

Buendía (2005) diferencia cinco fuentes de estrés laboral que tienen relevancia para los cuidadores formales:

1. Nivel organizacional (cultura de empresa, estructura organizativa, clima laboral, diseño y características del puesto).
2. Nivel grupal (relaciones interpersonales negativas, falta de participación y colaboración, rivalidad interdepartamental y escaso trabajo en equipo).
3. Nivel individual (ambigüedad y conflicto de rol, desarrollo de la carrera profesional, trabajo alienante o limitado, trabajo monótono, trabajos temporales repetidos, desempleo y jubilación).
4. Ambiente físico (temperatura, ruido, etc.).
5. Utilización de nuevas tecnologías. Los profesionales de la salud afrontan diariamente una serie de situaciones complejas que conllevan una alta implicación emocional en su trabajo.

Por otra parte, Ortega y López (2004) señalan nueve estresores específicos de la profesión sanitaria que tienen una resonancia emocional y laboral relevante:

1. Exceso de estimulación aversiva, es decir, constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.

2. Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda, asimismo, un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobreimplicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para los cuidadores.

3. La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.

4. Proporción muy alta de enfermos a los que deben atender.

5. Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.

6. Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.

7. Conflicto de rol y ambigüedad de rol.

8. Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.

9. Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

El estudio de Fornés (1994) resalta que tanto en el grupo de enfermeras como el de auxiliares, la mayoría expresaron solamente una causa de estrés, siendo despreciable el análisis del porcentaje de aquellas que consideraron dos o más. Este aspecto no ocurrió con las emociones experimentadas, pudiendo desencadenar una misma causa varias respuestas emocionales diferentes. Respecto a las más importantes aparecidas y para el total de la muestra, fueron las siguientes: sobrecarga de trabajo (50,94%), escasez de personal (18,86%), conflicto entre los miembros del equipo (10,06%), insuficiencia de recursos materiales para trabajar (9,85%), problemas de turnos (6,07%) y muerte de los pacientes (5,45%). Si se analizan los resultados de las causas más relevantes entre los dos grupos, se evidencia igualmente un claro predominio de la

sobrecarga de trabajo como causa líder, más acusado en este caso en las enfermeras que en las auxiliares. Sin embargo, el resto de causas eran percibidas más estresantes en el grupo de auxiliares, con diferencias altamente significativas ($p < 0,000$) en cada una de ellas. A la luz de estos resultados se puede apuntar que las causas de estrés más consideradas por los cuidadores formales del estudio de Fornés (1994) no difieren de otros anteriores (McGrath, Reid y Boore, 1989; Linn, Yager, Cope y Leake, 1985; Seltzer y Numerof, 1988).

Atendiendo a las emociones secundarias a las causas del estrés, los resultados de las principales que superan el 5% de respuestas fueron las siguientes: impotencia (43,81%), enfado, ira, rabia (36,68%), insatisfacción (24,52%), frustración (23,27%), desánimo, depresión (19,91%), ansiedad (19,70%), malestar (19,49%), tristeza (13,62%), responsabilidad (13,41%), desilusión, decepción (11,32%) y resignación (5,24%). Como se puede observar, todas estas emociones, excepto la responsabilidad, pueden considerarse negativas para el estado de ánimo y bienestar del profesional. Dentro de este punto, destacaron también las diferencias emocionales expresadas entre enfermeras y auxiliares, apareciendo para cada una de las principales emociones significaciones estadísticas elevadas ($p < 0,000$). Las mayores diferencias entre los dos grupos se encontraron en emociones, como el enfado, la ira y la rabia (enfermera = 42,51%, auxiliar = 25,13%) y tristeza (enfermera = 9,18%, auxiliar = 20,76%). Por otra parte, la impotencia, además de ser la emoción que presentó menos diferencias entre uno y otro grupo (enfermera = 45,57%, auxiliar = 40,98%), fue la experimentada con más frecuencia por ambos.

En relación directa con la satisfacción laboral de los profesionales de la salud, en el estudio de Fornés (1994) es importante destacar que las enfermeras parecieron encontrarse menos satisfechas con su trabajo, más frustradas y molestas que las auxiliares. Sin embargo, estas últimas se mostraban más deprimidas y menos agresivas. Esta respuesta emocional coincide también con otros estudios (Firth, McKeown, McIntee y Britton, 1987; Reig, Caruana y Peralba, 1989) y hace de las auxiliares un grupo más vulnerable frente a la salud laboral, ya que su patrón de respuesta habitual al estrés (impotencia, desánimo, rabia, insatisfacción y tristeza) les predispone a inhibirse ante los fracasos, mientras que la respuesta de las enfermeras responde más a un comportamiento de reto o desafío. Al analizar los resultados de la asociación de más de

una emoción a las causas de estrés, se consideró el porcentaje total de respuestas a cada emoción y el orden de aparición de éstas en cada uno de los grupos. Y al parecer, ni las emociones expresadas ni el orden de aparición son exactamente las mismas en enfermeras que en auxiliares. Si se consideran las cinco primeras emociones en importancia de cada grupo, se ve que para las enfermeras la respuesta emocional habitual fue primero de rabia, después de impotencia y frustración, y por último de insatisfacción. Especialmente hay que destacar que la impotencia y la rabia ocupaban porcentajes considerables tanto en primero como en segundo lugar. En cuanto a las auxiliares, se observó que no aparece la frustración pero sí la tristeza, elemento posiblemente más negativo y consecuente de aquella. El orden de respuesta emocional para este grupo podría ser de impotencia, rabia, desánimo, depresión, tristeza e insatisfacción, todas ellas aparecidas con mayor frecuencia en primer lugar. Sin embargo, son igualmente destacables los porcentajes aparecidos respecto a la impotencia y depresión en el segundo lugar.

La creciente demanda asistencial en los servicios de urgencia hospitalarios dificulta la atención, especialmente en el paciente geriátrico con pluripatología, deterioro funcional, mental y frecuentemente problemática social que sufre mayor deterioro y complicaciones. El estudio de López, Ariza, Sánchez del Corral, Sanz, Ripoll y García (2005) identifica y prioriza los principales problemas del paciente geriátrico en los servicios de urgencia hospitalarios, tales como, escasez de trabajadores sociales, no abordaje diferenciado del paciente geriátrico, no previsión del destino al alta desde la valoración inicial, escasez de recursos sociales y sanitarios, escasa coordinación entre profesionales, informe de alta inadecuado, escasa formación en geriatría e insuficiente comunicación entre niveles asistenciales. La metodología cualitativa permitió una visión integral de la problemática del paciente geriátrico en los servicios de urgencias hospitalarios y una mayor implicación de los profesionales. Los autores concluyen que se detectaron múltiples oportunidades para mejorar la asistencia urgente hospitalaria al paciente geriátrico.

Fornés (1994), al establecer una relación entre las tres primeras causas de estrés y las tres primeras emociones para determinar su posible asociación, se encontró que para el grupo de enfermeras, la causa referida a sobrecarga de trabajo fue la que obtuvo porcentajes más altos al asociarse en primer lugar con emociones, como el enfado, la

ira y la rabia (12,24%), la impotencia (9,52%) y la frustración (6,80%). Asimismo, es destacable también la puntuación que obtuvo esta causa al relacionarse en segundo lugar con cada una de las emociones mencionadas. Por otra parte, la causa referida a escasez de personal, obtuvo porcentajes relativamente considerables en las respuestas cuando se relaciona en primer lugar con enfado, ira, rabia (4,08%) y frustración (2,38%) y en segundo lugar con impotencia (2,38%). Por último, los conflictos con los miembros del equipo tenían escasa resonancia en cada una de las emociones anteriores, no obteniendo en ningún caso porcentajes superiores al 1,36%. En el grupo de auxiliares, se pudo comprobar que aparecían las mismas causas que las enfermeras, pero no se asociaban exactamente con las mismas emociones. En este grupo, la sobrecarga de trabajo se asoció en primer lugar con la impotencia (8,19%), el enfado, ira, rabia (6,65%) y el desánimo, depresión (6,5%), alcanzando también la asociación de esta causa con dichas emociones en segundo lugar, un porcentaje similar al obtenido en primer lugar. La escasez de personal, a pesar de ser la segunda causa en importancia frente al estrés laboral, presentó una puntuación, al asociarse con la respuesta emocional, escasa y sólo considerable cuando la emoción aparecía en primer lugar, con un porcentaje en este caso de 2,18% en cada una de las relaciones. Igual que ocurría con el grupo de enfermeras, la asociación de los conflictos con los compañeros y las anteriores emociones fue, por su puntuación, poco considerable, excepto al asociarse con el desánimo, depresión que obtiene 2,73%. Finalmente, hay que destacar que para este grupo que, a pesar de tener la mayoría de emociones aparecidas un componente negativo para el bienestar personal, paradójicamente surgieron algunas como responsabilidad, deseo de superación, gratitud, seguridad, etc. que podrían considerarse positivas.

Por su parte, el equipo profesional de una residencia de Aragón investiga en 2003 la repercusión de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias sobre los cuidadores y, revisando los estudios anteriores, mantienen que cuando se utiliza el término *sobrecarga* en la literatura, habitualmente se estaba haciendo referencia a la sobrecarga que sufren los cuidadores familiares que tienen un paciente con demencia a su cargo. Sin embargo, estos síntomas demenciales pueden también ocasionar una sobrecarga del cuidador en los profesionales. Por esta razón, algunos conceptos de sobrecarga del cuidador pueden trasladarse a los cuidadores formales profesionales, como el de sobrecarga subjetiva (p. e., ánimo decaído, ansiedad o depresión), también

denominada tensión, que hace referencia a la reacción emocional que pueden provocar los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias sobre el personal que presta los cuidados. En relación a los factores asociados a la sobrecarga del cuidador, más que la alteración cognitiva *per se* o la dependencia física y el deterioro funcional, los síntomas referidos anteriormente inducían la mayor porción de carga sobre el cuidador. Utilizando el *Neuropsychiatric Inventory* de Cummings *et al.* (1994), analizaron la correlación de gravedad y puntuación global del trastorno con las consecuencias sobre el cuidador. Entre sus hallazgos, se destaca que si bien existía una correlación positiva entre la gravedad de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias y la afectación sobre el cuidador, por un lado, y afectación global de estos síntomas y la afectación sobre el cuidador, por otro, ésta era débil en ambos casos ($r = 0,57$ y $r = 0,51$ respectivamente).

Un estudio realizado por Pérez, Palomo, Ganoso, Campos y Anido (1999) aborda los problemas conductuales en residencias asistidas, con el objeto de investigar su frecuencia en personas mayores dependientes y su abordaje desde las teorías de modificación de conducta en el marco cognitivo-conductual. El estudio descriptivo fue planteado mediante registro de frecuencia del comportamiento, cumplimentado por el personal de la residencia en el momento de su aparición. La población objeto de estudio fue de 231 residentes. Los datos registrados son antecedentes personales, valoración cognitiva mediante el *Mini Examen Cognoscitivo* de Lobo y tipo de conducta. En cuanto a los resultados, la aparición de las conductas según grado de deterioro fue higiene, alimentación, agitación, deambulación, alucinaciones, delirios, desinhibición, agresividad, demanda de atención, inhibición de respuesta, tristeza, y ansiedad. Se llevó a cabo un abordaje conductual con técnicas variadas, como el refuerzo diferencial, la extinción, el coste de respuesta, la respuesta incompatible, el cambio ambiental, la desviación de atención y el modelado. El abordaje específico según el tipo de población fue: a) sin deterioro (negociación, relajación y resolución de problemas) y b) con deterioro (aprendizaje por habituación, imitación, estimulación ambiental y control ambiental).

En este mismo sentido, Valadez, Rodríguez, Jiménez, Cozar y Márquez (2004) estudiaron aquellas manifestaciones externas del deterioro fisiológico, psicológico y cognitivo, que independientemente de su etiología podían ser causa de estrés en los

cuidadores formales de personas mayores institucionalizadas. Un 70%-90% de las demencias mostraron una variedad de problemas de conductas graves, que provocaban un deterioro significativo del anciano y hacía que su cuidado fuese más difícil. Además de ser la primera causa de estrés en los cuidadores, fueron el principal motivo de ingreso hospitalario o residencial. El centro donde realizaron el estudio contaba con 52 plazas de demencias, de las cuales el 54% de las mismas presentaban una importante alteración del comportamiento. El objetivo de la investigación fue optimizar el manejo de los trastornos de conducta en el centro, revisar la situación actual de los mismos y protocolizar su manejo de forma interdisciplinar. Para ello, se organizó un grupo de trabajo formado por médico, geriatra, enfermera, psicólogo y auxiliar de clínica. Se realizó evaluación y tipificación de trastornos de conducta desde el departamento de enfermería (enfermera y auxiliar de clínica) basándose en lo síntomas que habían aparecido en los últimos meses con la *Neuropsychiatric Inventory*, herramienta base del registro de conducta. Los candidatos a estudio fueron 32 residentes, el 87,5% presentó agitación de la cual el 21% de las mismas eran de difícil manejo y de gran dificultad para su reconducción. El 75% presentó apatía (falta de cooperación), siendo el 71% de ellos leve y de fácil manejo. El 62,5% presentó ansiedad, siendo un 60% frecuente o muy frecuente. El 53% presentó conducta motora sin finalidad, siendo el 94% leve-moderado.

Eric, Mundet, Amandans, Jacas, Solans, Selva y Vilardell (2000) consideran que el colectivo de personas mayores es muy heterogéneo respecto a su estado de salud y sus necesidades sanitarias y geriátricas. La utilización de instrumentos de cribado de problemas geriátricos en ancianos aparentemente sanos (con el objeto de discriminar correctamente las capacidades cognitivas, funcionales y conductuales) es una aproximación realista en Atención Primaria de Salud, aunque existen muy pocas experiencias de estos programas. El objetivo de su estudio fue demostrar la utilidad de sencillos instrumentos geriátricos como predictores de deterioro de las actividades básicas de la vida diaria o pérdida de calidad de vida al cabo de un año en ancianos con un estado de salud previo aparentemente bueno, para poder ser aplicados en la Atención Primaria de Salud. En el ámbito de la atención primaria se seleccionó una muestra de 100 ancianos mayores de 75 años y se les aplicó una valoración geriátrica integral que incluía función física (Mahoney y Barthel, 1965; Lawton, 1971; Tinetti, 1986 y Guralnik abreviado, 1994), valoración neuropsicológica (*Short Portable Mental Status*

Questionnaire de Pfeiffer, 1975), valoración orgánica (*Índice de Comorbilidad* de Charlson, 1987, número de ingresos hospitalarios durante el último año, número de ingresos sociosanitarios durante los último cinco años, consumo de fármacos de utilización crónica y actual). Al cabo de 12 meses se volvieron a valorar las actividades básicas de la vida diaria (Mahoney y Barthel, 1965) y la calidad de vida (Karnofsky Performance Scale, 1991).

Así pues, las conclusiones de los estudios antes señalados fueron las que siguen. En el caso del estudio de Fornés (1994) son las siguientes:

1. La sobrecarga de trabajo y la escasez de personal son los factores que más estrés producen en el personal de enfermería.
2. Estos y otros factores suelen desencadenar emociones, tales como, impotencia, rabia, insatisfacción, frustración, desánimo y depresión, ansiedad y malestar general.
3. Existen diferencias altamente significativas respecto a causas de estrés y emociones entre enfermeras y auxiliares, aunque en ambos grupos aparecieron las mismas causas y el mismo orden, la proporción expresada por uno y otro grupo fue considerablemente diferente. Por otra parte, es preciso resaltar que la respuesta emocional aparecida indica que el grupo de auxiliares puede ser más vulnerable al estrés laboral, puesto que adoptó mayor número de respuestas de abandono que actitudes de desafío, como ocurrió en las enfermeras.
4. En la relación entre causas de estrés y emociones, lo más destacable es que causas que pueden depender de factores totalmente externos al profesional, y por tanto poco controlables, le ocasionaron sentimientos destructivos o agresivos (rabia) y de abandono (impotencia).
5. Por último, es preciso recordar que aunque fuese para un grupo minoritario, algunas causas de estrés se asociaron a emociones o sentimientos que pudieron proporcionar un estado agradable o positivo para el desarrollo personal.

El estudio de Fornés (2003) sobre la atención de enfermería en salud mental mantiene que dos de los principales factores que ocasionan estrés y malestar en el trabajo son la sobrecarga y el clima laboral disfuncional. Con respecto al primero, las principales causas en el ámbito laboral estaban relacionadas principalmente con la preparación insuficiente para responder a las demandas, las demandas de usuarios y profesionales, las expectativas no realistas y la mala organización del trabajo. Y referente al segundo, se ha considerado que el clima laboral disfuncional era uno de los factores que más contribuía al desgaste profesional. Su presencia afecta a más de 12 millones de europeos y es fuente de algunas enfermedades o cuadros emergentes en el ámbito de la salud laboral (p. e., el abrasamiento o el acoso laboral en el trabajo, ambos considerados por la OMS como factores de riesgos psicológicos y sociales).

Por otro lado, en una investigación realizada por Flórez *et al.* (1999) se describen como factores de estrés más importantes en el cuidador, los trastornos del sueño, el comportamiento difícil y la incontinencia fecal. El 40% manifestaron un alto nivel de malestar emocional, el 10% presentó una afectación grave en sus actividades cotidianas y el 11% en sus actividades sociales, un 28% percibió su estado de salud como malo o muy malo, otro 22% presentó una importante falta de apoyo social, y un 9% refirió que su calidad de vida global era mala. Los cuidadores apreciaban deficiencias en el clima organizacional, particularmente en las variables apoyo, autonomía, tarea e innovación. En lo referente al clima organizacional, los cuidadores percibían que el apoyo de la dirección era insuficiente. Asimismo, la cohesión del grupo de trabajo y el "apoyo mutuo" también se mostraron claramente deficientes. Así pues, los cuidadores tenían una percepción de escasa atención por parte de la empresa o institución geriátrica, sentimiento de desvalorización de la profesión y una imagen social no satisfactoria, por no ser considerados suficientemente por los ancianos, familiares, etc.

En el ya comentado estudio de Flórez *et al.* (1999) se manifiesta una evidente insatisfacción en relación a las recompensas (promoción profesional y salario). Los datos mostraban una correlación estadísticamente significativa ($r = 0,69$) entre clima organizacional y satisfacción laboral, lo que sugiere la importancia de moderar los elementos agresivos de su entorno laboral y desarrollar programas de estimulación que aumenten los índices de satisfacción laboral y, en consecuencia, la calidad en la atención directa al anciano. La insatisfacción laboral alta en el conjunto de la población

investigada alcanzó a un 18,42% de los profesionales geriátricos (buscaban otra ocupación, cambiaron de centro de trabajo, cambiaban de planta, se frustraban con las tareas profesionales, etc.), siendo el grado de percepción del estrés en los cuidadores con insatisfacción baja, el 13,2%, y en los de insatisfacción media, el 68,4%. La insatisfacción profesional del cuidador se extendió a los ámbitos familiar e interpersonal. Siguiendo con el mismo estudio, los autores encontraron dos aspectos claramente insatisfactorios, tanto las posibilidades de promoción como de salario. La satisfacción laboral, es decir, la respuesta emocional al trabajo del gerocultor dependía en gran parte del clima organizacional, que resultó de una compleja adaptación psicológica en la que se involucraron múltiples variables.

A continuación, se desarrollan algunos datos estudiados en el medio sanitario que afectan directamente al colectivo de cuidadores formales. En relación con la inestabilidad en el trabajo, Casas, Repullo y Lorenzo (2002) mantienen que está asociada a la falta de compromiso con la organización, así como con los trastornos físicos y mentales. Además, en ocasiones de falta de estabilidad en el puesto de trabajo, los cuidadores estaban más predispuestos a aceptar condiciones ambientales menos adecuadas, sobrecarga de trabajo, etc., que añadían más experiencias estresantes a la ya existente de la inestabilidad. En el plano de las relaciones laborales, la relación con compañeros de trabajo fue una variable habitualmente muy valorada, y fue un factor central de salud personal y organizacional. En este sentido, el apoyo social percibido supuso un importante amortiguador de las experiencias estresantes.

Las causas potencialmente responsables del estrés en los estudios revisados son múltiples y variadas. El estudio de Fornés (1994) agrupó los factores asociados al estrés laboral en cinco categorías: 1) ambientales, 2) relacionales, 3) organizativas y burocráticas, 4) profesionales e inherentes al rol, y 5) relacionadas con presión y exigencia. La primera categoría comprendía los estresores relacionados directamente con el ambiente físico de trabajo (Ribera, Cartagena y Reig, 1987), tales como, tipo de unidad, servicio y condiciones físicas, estado de los pacientes y tipo de cuidados, sometimiento del personal a peligros físicos, exigencias de preparación y especialización y escasos recursos materiales para trabajar. En la segunda categoría se recogieron los factores derivados de las relaciones interpersonales entre los miembros del equipo, supervisores, directores, y subordinados (McGrath *et al.*, 1989) destacando,

entre otros, las malas relaciones con superiores, subordinados y compañeros, recibir órdenes contradictorias, la falta de confianza y la restricción de la autonomía personal y la falta de información médica. En la tercera categoría se involucraron a las personas responsables de la organización, planificación y gestión, así como los estilos de trabajo propios de una unidad o servicio, tales como, mala organización y distribución de tareas, excesivo papeleo, horario inflexible y sobrecargado, aumento de responsabilidades administrativas y falta de recompensas administrativas. La siguiente categoría hizo referencia a las razones personales, sociales y culturales de la enfermería como profesión exigida, como la percepción de no estar preparado profesionalmente, el miedo a la muerte, el sometimiento constante al dolor y muerte de otros, el temor (a equivocarse, a pacientes agresivos, exigentes o no colaboradores), las tareas ingratas, pesadas y repetitivas, el rol ambigüo y conflictivo, la promoción excesiva o insuficiente, las ambiciones profesionales frustradas y el bajo salario. Y la quinta categoría incluyó todas aquellas causas que sometían al cuidador formal a una tensión constante por tener que realizar acciones contrarias a sus expectativas, no disponer de tiempo, recursos o conocimientos suficientes para desempeñar un trabajo dignamente (McGrath *et al.*, 1989; Reig *et al.*, 1989).

En la misma dirección, otros autores (p. e., Atance, 1997) revisados por Pamplona, Pasamar, Tomeo, Fontana, Anadón y García (1999) corroboran las causas múltiples implicadas en el estrés de los cuidadores formales. En el caso de los profesionales de la enfermería se han citado las siguientes:

- a) Estresores que provienen del propio trabajo, tales como la posibilidad de cometer errores con consecuencias perjudiciales para el paciente y jurídicamente para el cuidador, ver de cerca la muerte, cuidar a pacientes moribundos, el miedo al contagio de enfermedades, las tareas poco gratificantes y las plantillas reducidas.
- b) Estresores institucionales, como la falta de recursos humanos y materiales, la sobrecarga de trabajo, el bajo salario respecto a la responsabilidad, el riesgo y el nivel de formación, los conflictos interpersonales, la baja promoción interna a nivel de ascensos, la gestión, la docencia, la investigación y los contratos eventuales.

- c) Factores personales, tales como, el sentimiento de impotencia y soledad, los factores que componen la personalidad del individuo (creencias, idealismo, etc.) y la desmotivación.

De la Peña, Sanz, Garrido, Carvajal, Galán y Herrero (2002) sobre la base del análisis de los resultados, llegaron a la conclusión de que el nivel de satisfacción laboral de la muestra era sólo moderado (3,5 puntos sobre un máximo de 5) y, según los datos de los autores del estudio, la falta de satisfacción laboral de los cuidadores en su puesto de trabajo fue uno de los factores que correlacionó positivamente y tuvo poder predictivo sobre la irrupción de un mayor grado de estrés profesional. En este sentido, la sobrecarga de trabajo y la falta de un apoyo social adecuado eran factores que parecían influir en el decremento de la satisfacción laboral y en el correspondiente incremento del nivel de estrés profesional.

11.2. DIFERENCIAS INTERSEXO

Maslach (2001) afirma que las mujeres obtuvieron unas puntuaciones mayores en la dimensión de cansancio emocional asociadas a la socialización de roles. Por otra parte, en el estudio de Solano, Hernández, Vizcaya y Reig (2002), para la variable sexo, encontraron una pequeña diferencia significativa ($p = 0,043$) en la puntuación total del *MBI*, obteniendo los varones una puntuación media de 60 (d.t. = 10,33) frente a 53,87 (d.t. = 9,28) de las mujeres.

Referente a la variable sexo, aunque no hay unanimidad sobre el tema, la experiencia de estrés en los cuidadores formales (Parkes, 1998) parece más ligada a los roles sexuales que a diferencias puramente biológicas. En este sentido, siguiendo a Rout (2001), podría destacarse el creciente estrés de las mujeres que se han incorporado al mundo laboral, manteniendo toda la responsabilidad respecto a sus familias y tareas domésticas.

La continua incorporación de la mujer al trabajo remunerado es un fenómeno relativamente nuevo que va en aumento y que implica cambios importantes en las

condiciones de trabajo y en sus efectos sobre la salud. Según la Tasa de Población Activa, la tasa de actividad de las mujeres españolas se ha incrementado del 37% en 1996 a casi el 40% a finales del 2002. Todo hace prever que esta tendencia seguirá en aumento, en especial si observamos los datos sobre la población activa femenina de otros países del entorno europeo (Francia 48,9%, Alemania 49,3%, Portugal 54% y Reino Unido 54,2%). En España, el total de trabajadoras se reparte de forma desigual entre los diferentes sectores de actividad. El mayoritario es el sector de servicios con el 81,7% de las mujeres trabajadoras en relación con el resto (industria 13,2%, agricultura 3,6% y construcción 1,5%). Además, las mujeres suelen acceder a puestos de trabajo menos cualificados, con tareas repetitivas y de menor consideración social, con mayor frecuencia que los hombres. Las mujeres son contratadas temporalmente para cubrir la ausencia de otro trabajador y mediante un contrato verbal, con una frecuencia muy superior a los hombres. Las cuestiones anteriores ponen de manifiesto la existencia de claras desigualdades entre sexos que puede influir de modo también diferencial en su salud.

Borges (1998) analiza las condiciones de trabajo de alto riesgo en el personal de enfermería y mantiene que, en general, la actividad de enfermería se caracterizaba por supervisión y control de superiores masculinos, casi siempre médicos, bajas remuneraciones, sistema de jornadas por turnos, generalmente rotativo e incluyendo actividad nocturna. Estas características tienden a ser comunes al personal de enfermería de diferentes partes del mundo. Por otra parte, las mujeres llevan una doble carga de trabajo por la doble condición de mujeres y trabajadoras. Es difícil encontrar estudios previos que permitan dar cuenta de esta doble condición en las enfermeras, es decir, que investigaciones con una mirada integradora aborden simultáneamente los riesgos para la salud y el bienestar derivados de sus dos ámbitos laborales (el hogar y los centros de salud). Se encontró que las enfermeras chilenas identificaban también como factores de riesgo a su salud las tensiones en el rol materno (preocupaciones experimentadas en el trabajo remunerado en relación con el cuidado y bienestar de los hijos adolescentes, sentimientos de culpa en relación con los hijos, y percepción de que a veces debe elegir entre su trabajo y ejercer el rol de madre) y la falta de apoyo de la pareja (percepción de la falta de apoyo instrumental y emocional recibido de la pareja en las tareas del hogar y el cuidado de los hijos).

Díaz y Rubio (2003) afirman que durante el turno nocturno la principal función que se ve alterada es el sueño, reduciéndose la duración y alterándose la calidad del mismo. Respecto a la duración del sueño, las mujeres trabajadoras con turno nocturno reducían sus horas de sueño en comparación con los hombres, ya que dedicaban esa diferencia de tiempo de sueño (en torno a unos 60 minutos) a actividades domésticas. En este mismo sentido, las madres trabajadoras nocturnas con niños pequeños se acuestan más tarde y no por ello se levantan más tarde, debido principalmente a los cuidados maternos. Otro aspecto de los efectos de las responsabilidades familiares sobre el sueño se refiere a la interrupción prematura del mismo por la comida del mediodía. Esta interrupción debe mucho más a las obligaciones sociales que a las necesidades nutricionales. Por tanto, las mujeres, como grupo, tienen más alteraciones de sueño que los hombres y sufren más frecuentemente somnolencia durante el trabajo, especialmente cuando el trabajo es en turno de mañana. También en el caso concreto de las mujeres, parece manifestarse una mayor tendencia a la obesidad cuando éstas son trabajadoras de noche. Por otra parte, en general, las alteraciones cardiovasculares afectan en mayor medida a los hombres, existiendo una relación significativa entre el trabajo nocturno y enfermedades cardiovasculares.

Un aspecto frecuentemente citado por los profesionales y directivos al definir los componentes de la calidad de vida laboral es la posibilidad de conseguir un equilibrio entre la vida de trabajo y la vida fuera del mismo (familia, tiempo libre, participación, en actividades sociales, etc.). Peiró (2005) analiza las fuentes extraorganizacionales de estrés laboral en las relaciones entre el trabajo y la familia. En relación con las parejas en la que los dos trabajan, se ha investigado la problemática relacionada con el trabajo de la mujer casada, desde el supuesto de que su marido también trabaja. Es interesante constatar, en primer lugar, la existencia de asimetrías desarrolladas en el estudio sobre esta problemática. Una serie de estudios sobre el trabajo de la mujer casada han tratado de clarificar las consecuencias que su trabajo puede tener para el trabajo de su pareja. Otros estudios han analizado en qué medida las actitudes hacia el trabajo de la pareja pueden incidir sobre el estrés laboral de cada uno, respectivamente. Con relación a un tercer grupo de estudios que han considerado la influencia de la presencia de los hijos, especialmente los pequeños, sobre las experiencias de estrés cuando ambos miembros de la pareja trabajan, la presencia de estos resultaba habitualmente un mayor problema en el desempeño de un trabajo o en el progreso de la carrera de las mujeres que en los

varones. También resultó ser mayor impedimento para trabajar o para hacerlo a jornada completa en las mujeres. Se ha constatado (Jick y Mitz, 1985) que una fuente relevante de estrés para las mujeres trabajadoras es la sobrecarga producida por la acumulación de obligaciones familiares a las obligaciones laborales y por conflicto entre ambos roles. De todos modos, se ha desarrollado una cierta polémica en relación a los efectos del trabajo en la mujer. Mientras algunos autores, desde el supuesto de los resultados estresantes del conflicto de roles, defienden que el trabajo incrementa el estrés, otros (Crosby, 1982) señalan que la acumulación de roles produce más satisfacción y bienestar psicológico que estrés.

En el estudio de Artazcoz, Cruz, Moncada y Sánchez (1996) todas las cuidadoras formales fueron mujeres con una edad media de 33,6 años, las cuales contestaron un cuestionario diseñado específicamente para el estudio relativo a: 1) características sociodemográficas, horario, turnos y tipo de contrato, 2) características de la organización del trabajo, 3) información sobre las actitudes hacia los roles sexuales. Este estudio era parte de una investigación más amplia que abordó la influencia de la organización del trabajo en el bienestar de los cuidadores formales y profundizó en las características diferenciales en función del sexo. Además, se consideraron la edad y las siguientes variables del ámbito laboral y extralaboral con posible efecto mediador: 1) ámbito laboral (perspectivas de promoción de trabajo, tipo de contrato, turno de trabajo y categoría, 2) ámbito extralaboral (convivencia con hijos y satisfacción con el tiempo libre). Los resultados del estudio mostraron que la mayoría fueron enfermeras (66%) en contrato fijo (78%) y se distribuían homogéneamente en los tres turnos (35% en turno de mañana, 31% de tarde y 34% de noche) y alrededor de la tercera parte (38%) consideraba buenas o muy buenas las perspectivas de promoción. El 51% convivía con sus hijos y el 64% se declaraba satisfecha o muy satisfecha con su tiempo libre.

11.3. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES

Para abordar las variables sociodemográficas, los estudios han creado en la mayoría de los casos sus propias encuestas, según las necesidades empíricas de los trabajos. En el estudio de Fornés (1994), la media de años de ejercicio profesional de las enfermeras y auxiliares, mayoritariamente mujeres, se situó alrededor de diez, y

cinco años en el tiempo de permanencia en el servicio actual. La mayoría de los profesionales estaban fijos en plantilla. Fornés, Ponsell y Guasp (2001) comprobaron que en la ansiedad estado, la cual podría significar la tensión experimentada en el momento de la evaluación, la media era notablemente superior en el grupo de 25-40 años y bastante más baja que el resto en el grupo de más de 50 años. Los resultados parecen apoyar lo constatado por estudios anteriores (Keane, Ducette y Adler, 1985; Reig *et al.*, 1989) en los que la edad actúa como un importante disuador del estrés laboral. A pesar de ello, al comparar dichas medias no se observaron diferencias significativas entre ellas. El mismo procedimiento para la variable ansiedad rasgo, mostró medidas similares en los tres primeros grupos, sin embargo, descendía también notablemente a partir de los 50 años. La comparación de las medias no aporta tampoco diferencias estadísticamente significativas para confirmar que la edad influye en la predisposición a responder con ansiedad ante situaciones de tensión laboral.

Pertinente a los resultados para con la relación entre años de ejercicio profesional y ansiedad, aparecen niveles más bajos en los que llevan pocos o muchos años trabajando. Estos resultados son similares a los obtenidos por Golembiewski, Munzenrider y Stevenson (1986). No obstante, los valores más altos de ansiedad no se encontraron alrededor de los 10 años de ejercicio profesional como evidenciaron los autores anteriores, sino de los 15. Los datos reflejaron una falta de significación estadística para la ansiedad estado, lo cual hace suponer que la variable ansiedad estado tiene un peso específico sobre ella, que puede experimentar el cuidador formal en momentos o situaciones concretas. Para la variable ansiedad rasgo, aparecieron medidas sensiblemente inferiores en los grupos de 3 a 10 años y más de 25 años. No aparecieron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos, sin embargo, la probabilidad fue significativa en la distribución entre los grupos de menos de 3 años y 3 a 10 años.

Referente a la relación entre tiempo en el servicio y ansiedad, los resultados pusieron de manifiesto que el corte crítico para los años de permanencia en el servicio sin que aparezca ansiedad, se sitúa entre los 3 y 5 años. Por otra parte, en la relación entre asignación al servicio y ansiedad, el grupo de cuidadores que tuvo la oportunidad de elegir servicio obtuvo también medias de estrés notablemente inferiores que los asignados obligatoriamente. En relación con las variables acomodación al servicio,

entendida como encontrarse el cuidador a gusto o no en el servicio, y ansiedad, al comparar las medias de ansiedad obtenidas, se observa que para la variable ansiedad estado aparecieron de nuevo puntuaciones inferiores a la media teórica, pero con notable diferencia entre ellas. Aparecieron diferencias estadísticamente significativas que confirmó la hipótesis de reducción de la ansiedad cuanto mayor es la satisfacción profesional o más a gusto se está en el servicio y unidad. Y en la variable ansiedad rasgo, en el grupo de cuidadores que se encuentran a gusto en el servicio se obtuvieron puntuaciones considerablemente inferiores a las del grupo que se encuentra a disgusto. Igualmente, apareció una tendencia estadísticamente significativa que demuestra la importancia de esta variable en las relaciones de ansiedad de los cuidadores formales.

De la Peña *et al.* (2002) observaron que el nivel de estudios fue la única variable que demostró interacción intergrupo con respecto al grado de síndrome de estar quemado en el sentido de que los cuidadores que habían alcanzado una licenciatura obtenían puntuaciones más elevadas en abrasamiento con respecto a otros profesionales con un nivel de formación académica inferior.

En el estudio de Carmona, Sanz y Marín (2001) no se halló ninguna correlación significativa entre las dimensiones del *MBI* y las variables sexo, estado civil, hijos, situación laboral y tiempo en el puesto de trabajo actual. Las correlaciones entre la edad y las dimensiones del *MBI* no fueron significativas en ningún caso. Los resultados señalaron la ausencia de efectos significativos en las dimensiones del *MBI* de la edad del cuidador. Para las variables sociodemográficas de carácter discreto (sexo, estado civil, hijos y profesión) en ningún caso se obtuvieron resultados significativos.

A la vista de los datos que obtuvieron, la relación de las puntuaciones del *MBI* con las características sociodemográficas de los cuidadores no parecen alcanzar significatividad estadística como para considerar que estas ejercen un efecto modulador sobre el abrasamiento. En el caso del estado civil de los cuidadores apareció una correlación significativa con la dimensión cansancio emocional del *MBI*. Las explicaciones que se han intentado ofrecer para determinar el porqué de estas diferencias señalan que lo que influye en el síndrome de estar quemado no es el hecho del estado civil sino el apoyo socioemocional recibido por parte de la pareja y la calidad de las relaciones. Hay que tener en cuenta que cada vez más frecuentemente la

existencia de una relación de pareja estable no implica matrimonio, lo que podría explicar tanto la fragilidad de esta correlación como la existencia de algunos estudios que no han obtenido diferencias significativas. Sugieren, por ello, modificar la variable “estado civil” por la de presencia o ausencia de pareja estable para próximas investigaciones.

Alba, Alexandre, Muñoz, Roldán y Vaquerizo (1992) observaron una correlación positiva entre la edad, los años de finalización de la carrera, los años de ejercicio en la profesión y los años de trabajo en el mismo servicio. No obstante, se ha observado una correlación menor entre los años de ejercicio en la profesión y los años de trabajo en el mismo servicio.

Los datos sociodemográficos y laborales obtenidos en el estudio de Urricelqui y Sanz (2000) reseñan que contrariamente a lo que se podría pensar estaban más satisfechos los profesionales de turno rotatorio que percibían un complemento en concepto de rotación respecto de los de turno fijo, que no lo percibían y, a su vez, tenían la impresión de una mayor carga de trabajo, especialmente los de mañanas fijas, donde se concentra por horario la mayor parte de la actividad hospitalaria. La edad y antigüedad fueron variables significativas con relación a la satisfacción laboral, el hecho de ser más joven y llevar menos tiempo trabajando en el medio hospitalario favoreció una situación laboral más satisfactoria, al igual que el trabajo en contacto con el paciente. Tanto el sexo como el tipo de contrato no se mostraron significativos en este aspecto.

Los datos del estudio de Manzano y Ramos (2001) no permiten afirmar que exista una relación significativa entre la edad de los sujetos y el nivel de estrés ocupacional. Tampoco se apreció una relación significativa entre el número de horas de trabajo y el estrés laboral. Este resultado parece indicar que, en ambas profesiones, la importancia de la variable “horas trabajadas” no radica en la cantidad sino en la calidad e intensidad de las mismas. En el personal administrativo, el mayor número de hijos se asoció con un menor control personal percibido y una mayor despersonalización. Esta afirmación debe, sin embargo, ser matizada. Así, se encontró que los sujetos que tenían un solo hijo eran quienes presentaban mayor control personal percibido y menor despersonalización, por encima de quienes no tenían hijos o el número de éstos era

superior a uno. Para el colectivo de enfermeras no se encontró ninguna relación clara entre el número de hijos y las variables de personalidad, ni tampoco entre el número de hijos y los factores del *MBI*. En relación a esta última variable sociodemográfica cabe añadir que, como parece lógico, el personal de enfermería con más tiempo en la profesión presentó una menor indefensión. Sin embargo, entre el personal administrativo, la mayor indefensión estaba asociada al mayor tiempo dedicado a la profesión. Esta aparente contradicción (la experiencia profesional y el dominio de la técnica deberían ir acompañados de un mayor control) podría estar apoyada en el hecho de que con el paso del tiempo el colectivo de secretarias es más consciente de la falta de consideración de sus superiores, a la vez que percibe, día a día, la falta de promoción y la rutina de las tareas. Todo ello les lleva a experimentar frustración y consecuentemente a sentirse indefensos ante ciertas situaciones estresantes. No se ha encontrado evidencia empírica que confirme el hecho de que ser fijo en el trabajo traiga consigo un mayor grado de satisfacción laboral.

Fernández, Menezes y Ramos (2001) encontraron que “ocupar una plaza fija” se perfilaba como la variable sociodemográfica que más influía en el abrasamiento, y la que provocaba en los cuidadores formales las mayores tasas de cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Otras variables como “ausencia de pareja”, “años de experiencia en la profesión”, “haber cursado estudios universitarios” influían positivamente en la dimensión cansancio emocional, mientras que “no tener pareja” y el “tiempo de ejercicio en la profesión” influía positivamente sobre la dimensión despersonalización. En cambio, variables como “sexo”, “edad” y “especialidad profesional” no se relacionaron con las dimensiones del síndrome de estar quemado. Las variables sociodemográficas “haber cursado estudios universitarios”, “edad” y “convivencia en pareja” se relacionaban con el uso diferencial de estrategias de afrontamiento. Así, el disfrute de una vida conyugal y familiar y el nivel de estudios se relacionó inversamente con el uso del “desahogo emocional”. De igual modo, la experiencia que brinda el paso de los años favoreció significativamente el uso de estrategias cognitivas como el “remodelamiento constructivo”.

El estudio de Bujalance, Villanueva, Guerrero, Conejo, González, Sepúlveda, Viñas, Castro y Martín (2001) revela que los médicos muestran el mayor porcentaje de personal con grados de estar quemado más bajo en las tres dimensiones del

abrasamiento. Las enfermeras tenían unos porcentajes de abrasamiento bastante altos en cansancio emocional y realización personal, los auxiliares datan alto grado de síndrome de estar quemado en cansancio emocional. Por último, destaca el alto porcentaje de personal de celadores con un grado de abrasamiento elevado. Con respecto al grado de estar quemado medio por profesiones, se reveló que el cansancio emocional en el personal de enfermería que atiende a pacientes geriátricos continúa siendo superior al resto de los otros profesionales. La despersonalización o actitud deshumanizada o fría hacia los pacientes fue superior en el grupo de los celadores. Y el personal de enfermería volvió a ser el que se considera menos autorrealizado en el desarrollo de su profesión. En cansancio emocional las diferencias entre grupos eran significativas. Al analizar el grado de estrés por servicios, los autores encontraron que la primera unidad de geriatría manifestó el mayor grado en las tres dimensiones del abrasamiento. Por otra parte, la despersonalización encontrada en el personal de la unidad de cuidados paliativos era inferior al resto de los otros profesionales del hospital. No se encontraron diferencias significativas en ninguna dimensión.

En las dimensiones del grado medio de la satisfacción laboral por profesiones se encontraron los siguientes resultados. El grupo de enfermería presentó mayor insatisfacción con la presión laboral y la relación interprofesional, en relación a sus jefes y otros estamentos. Además, fueron las únicas que presentaban insatisfacción con el desempeño del puesto de trabajo. En cambio, los auxiliares presentaron el índice más alto de insatisfacción en la promoción profesional y establecieron mayores lazos afectivos con sus compañeros. Por otra parte, fue el grupo de celadores el que presentó mayor insatisfacción con la monotonía laboral y con el grado de tensión y fatiga en el desarrollo de su trabajo. En resumen, la competencia profesional fue la dimensión que produjo mayor satisfacción en todo el personal. Y la dimensión que originó una media de insatisfacción mayor de todas las categorías fue la promoción profesional, ocupando el segundo lugar, la tensión relacionada con el trabajo.

También se analizó la insatisfacción laboral en cada dimensión por servicios para conocer la rapidez de las actuaciones profesionales. La insatisfacción de la presión en el trabajo se presentó de manera similar en las tres plantas de hospitalización, aunque fue en la unidad de hospitalización domiciliaria donde se encontró el mayor grado. La insatisfacción en la promoción profesional se presentó en la segunda planta y en la

unidad de hospitalización domiciliaria principalmente. La monotonía laboral se mostró sobre todo en la segunda planta, en el límite de diferencias significativas. La tensión se manifestó de forma similar en todas las unidades, siendo la primera planta la de mayor grado. Los resultados obtenidos no son muy diferentes de los encontrados en otros estudios con los mismos instrumentos de medida, por lo que hay confianza en que reflejan la realidad de los profesionales sanitarios.

En el estudio de Bujalance *et al.* (2001) se observa que el personal de enfermería es el que presenta un mayor desgaste en relación a los pacientes que atiende, y se sienten menos autorrealizados, más descontentos consigo mismo y con su labor. Un análisis interesante es el que surge a partir de los resultados de las dimensiones de satisfacción laboral. Quedó demostrado que enfermería se encontraba bastante insatisfecha en las dimensiones de presión en el trabajo, promoción profesional, satisfacción con el puesto y tensión con el trabajo, debido a que la atención de enfermería a pacientes geriátricos debe ser continua, siendo la mayoría de estos pacientes muy dependientes del cuidador y con multitud de necesidades humanas insatisfechas. Se debe resaltar que los auxiliares de enfermería se sienten menos promocionados, ya que tienen pocas posibilidades de acceder a algún cargo de gestión. Otro dato importante es el hecho de que los médicos sólo presenten insatisfacción en una dimensión (tensión relacionada con el trabajo), siendo que, aunque histórica y socialmente han manifestado signos de insatisfacción, no se refleja en los datos hallados por los autores.

Por su parte, en el estudio de Solano, Hernández, Vizcaya y Reig (2002), la situación laboral de los cuidadores mostraba una diferencia significativa en la dimensión cansancio emocional. El horario de trabajo ha mostrado diferencias significativas en la despersonalización donde los turnos de noche y otro tipo de turnos puntuaron por encima del turno de mañanas y el correturnos/turno rodado. Los cuidadores que pensaron que el número de pacientes que atendían era excesivo mostraron un mayor cansancio emocional con una significación estadística que los que referían que dicho número era el apropiado, siendo estas puntuaciones concordantes con la literatura al respecto.

En relación a la edad, Solano *et al.* (2002) encontraron diferencias significativas en la dimensión cansancio emocional y en la puntuación total del *MBI*, siendo el grupo de mayores de 44 años los que mayores puntuaciones dieron en ambos casos. Para la variable antigüedad en el trabajo actual la dimensión cansancio emocional mostró diferencias significativas, siendo el grupo con una antigüedad mayor a 15 años el que obtuvo las cifras más elevadas. Los resultados obtenidos sobre el total de la muestra indicaron valores de bajo cansancio emocional, baja despersonalización y una adecuada autorrealización para el personal de enfermería de los cuidados críticos.

En contraposición a lo referido por otros autores, las personas que tienen hijos serían más realistas, estables y maduras y con mayores posibilidades de afrontar conflictos emocionales y reconociendo un papel de apoyo en la familia, algo que en el estudio de Solano *et al.* (2002) no se pudo comprobar. Respecto a la situación laboral, fue significativa la dimensión de cansancio emocional, donde los empleados con contratos fijos obtuvieron puntuaciones más elevadas que los que trabajan eventualmente, pudiendo explicarse de esta manera que los cuidadores con trabajo temporal “desconecten” del mismo y ello les permita una disminución de los sentimientos de estar quemado en el trabajo, coincidiendo con los resultados del trabajo de García (1991). En cuanto al horario de trabajo, se encontraron diferencias significativas en la dimensión de despersonalización relacionada con los turnos de noche. Esta diferencia puede ser argumentada, según Solano *et al.* (2002), ya que debido a las condiciones de nocturnidad, los cuidadores tendrán una menor comunicación con los pacientes, disminuyendo la administración de cuidados, ocasionándoles una falta de sentimientos y una disminución de la sensibilidad profesional hacia ellos.

Díaz, Mendo y Vázquez (2003) aprecian que el perfil de las enfermeras que presentaron altos valores en la dimensión cansancio emocional fue de una edad comprendida entre los 36 a 45 años, de estado civil casada y con presencia de hijos. Es posible distinguir que a menos edad el mayor porcentaje presentó una puntuación baja en esta dimensión. Sucedió lo mismo para las variables estado civil soltera y fue más notorio aún en aquellas que no tenían hijos. En relación a la dimensión

despersonalización, las enfermeras de 36 a 45 años, de estado civil soltera y sin hijos fueron quienes registraron los valores más elevados. Referente a la dimensión de realización personal, las enfermeras de 36 a 45 años, de estado civil soltera y sin hijos fueron quienes registraron las puntuaciones más altas.

Sin embargo, no se encontró evidencia suficiente de significación estadística, lo que señala que los factores sociobiográficos del cuidador formal no se pueden considerar como factores condicionantes para el desarrollo del abrumamiento en enfermeras. La variable tiempo de servicio como enfermera tampoco hizo que se registrasen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones.

A modo de síntesis, en relación con las conclusiones de los trabajos sobre variables sociobiográficas son las que siguen a continuación.

Fornés *et al.* (2001) concluyen que:

1. El análisis de las variable sociolaborales pone en evidencia la relevancia de algunas de ellas en la predicción del estrés laboral.

2. Uno de los indicadores importantes en las reacciones de ansiedad de los cuidadores formales es la edad, tanto en los acontecimientos generales como en los específicos laborales. La incidencia de esta variable parece ser menor cuanto más joven es el cuidador o a medida que pasan los años. Se cree que el hecho de ser joven o la experiencia acumulada de los años, podría actuar como un efecto amortiguador de la tensión que ofrecen ciertas situaciones potencialmente estresantes en el ámbito laboral. Este efecto puede ser debido, entre otras cosas, a la motivación por aprender, a las expectativas de logro o a la seguridad en las propias capacidades. No obstante, al no aparecer significaciones estadísticas entre los diferentes grupos, no puede afirmarse que la relación de la edad con el estrés laboral esté clara.

3. Respecto a los años de servicio profesional, se observa que al inicio de la profesión o alrededor de 15 años de servicio, pueden manifestarse más respuestas de estrés. Se ve confirmada la hipótesis (Keane *et al.*, 1985; Seltzer y Numerof, 1988) que a medida que van pasando los años aparecen niveles mayores de ansiedad. Podría

afirmarse que tanto los factores que acompañan al inicio de la profesión (inseguridad, inexperiencia, pocas habilidades, deseo de superación, etc.) como los que son habituales de años posteriores (sensibilización personal, rutina, cansancio, desmotivación, desencanto, frustración, etc.) son, en cada caso, potencialmente estresantes.

4. El tiempo de servicio o los años de antigüedad en el puesto de trabajo son también significativos en la aparición de ansiedad puntual, especialmente cuando el paso del tiempo puede convertir el trabajo en desagradable rutina. El momento crítico para que aparezcan estas manifestaciones podría situarse alrededor de tres años en la misma unidad. Estos datos explicarían el descontento y la disminución de interés por el trabajo que manifiesta el cuidador formal cuando lleva varios años en el mismo servicio.

5. La categoría laboral es quizá la variable que menos valor tenga en la predicción del estrés. La razón puede encontrarse en que dicha categoría no influye en las garantías de trabajo debido a la constante demanda de profesionales de enfermería.

6. Respecto al tipo de asignación al servicio y a su acomodación al él, puede señalarse que estar a gusto con el puesto de trabajo (bien por haberlo elegido voluntariamente o porque cumple las expectativas del cuidador) es uno de los mejores factores amortiguadores del estrés, pudiendo incluso neutralizar los efectos negativos de la edad, los años de ejercicio o el tiempo en el servicio. Parece pues indudable que encontrarse a gusto en un servicio o unidad influye no sólo en la ansiedad ante situaciones concretas sino también en la predisposición general a responder con niveles más bajos de estrés. El grado de satisfacción personal que provocan estas situaciones podría incidir no sólo en la producción laboral sino también en el bienestar físico y mental.

7. Cabe pensar que la edad, los años de ejercicio profesional, el tiempo de permanencia en el mismo servicio y encontrarse o no a gusto en él son variables que pueden predecir la ansiedad y estrés en el personal de enfermería.

Según la revisión de Pamplona *et al.* (1999), el síndrome de desgaste profesional es más frecuente en cuidadores que viven solos, y se discute la influencia de la edad y del sexo, aunque parece más frecuente en los jóvenes profesionales y en las mujeres. La carga laboral parece tener un papel muy relevante, frente a la cual la capacidad de adaptación individual es variable. Según algunos estudios (García *et al.*, 1994), el número de horas de trabajo semanales y anuales se correlacionan directamente con la frecuencia y aparición del síndrome apareciendo con menos frecuencia en las personas con dedicación parcial. Una insuficiente preparación en habilidades de comunicación interpersonal contribuye mucho a la aparición del problema, y parece ser más frecuente entre personas perfeccionistas y competentes.

De la Peña *et al.* (2002), sobre la base del análisis de los resultados, llegaron a las siguientes conclusiones:

1. No se objetivan diferencias estadísticamente significativas entre los 4 hospitales estudiados, grupos profesionales (enfermeras y auxiliares), situación laboral, turno, realización de guardias, antigüedad en la profesión y en el puesto de trabajo, sexo y estado civil. Sólo alcanza significación estadística el nivel de estudios de la muestra, en el sentido de que el grupo de cuidadores que tienen una licenciatura sufren mayor grado de síndrome de estar quemado.

2. Aunque no alcanza significación estadística, se aprecia una tendencia en la variable servicio o departamento, siendo mayor el grado de abrasamiento en la unidad de medicina interna, seguido en orden decreciente, por unidad de cuidados intensivos, psiquiatría y urgencias y, en un grado notablemente más bajo, la unidad de medicina preventiva.

Carmona *et al.* (2001) llegan a la conclusión de que las variables de corte sociodemográfico tienen un efecto modulador muy pequeño sobre el síndrome de estar quemado. Probablemente variables de tipo motivacional o factores como el ambiente laboral inciden de una manera más directa sobre el estrés laboral asistencial.

La relación que pudiera establecerse entre edad y estrés parece ser compleja. En general, se ha observado que en los cuidadores formales con más edad hay una serie de

circunstancias que producen carga, tales como, el trabajo con presión en el tiempo, el uso de nuevas tecnologías, las tareas que exigen un alto nivel de vigilancia, el trabajo por turnos y nocturno, etc. Sin embargo, algunos estudios revisados por Casas *et al.* (2002) muestran que los cuidadores de más edad tienen un mejor conocimiento de sus propios recursos y una mayor experiencia ante una gran variedad de situaciones, lo que puede proporcionar una mayor capacidad de respuesta para afrontar situaciones difíciles y compensar, en muchos casos, la disminución en su capacidad de trabajo.

En relación con la situación familiar, la familia puede ser en muchos casos una fuente de estrés y en otros muchos un importante apoyo. Sin embargo, aunque hasta ahora no se ha podido establecer una relación causal, Buendía y Ramos (2001) mantienen que el apoyo social, o ayuda real o percibida por el cuidador en sus relaciones interpersonales, influye de manera importante en la salud de los cuidadores formales y podría actuar como variable moderadora de los efectos negativos del estrés.

Las conclusiones de Alba *et al.* (1992) fueron las siguientes:

1. Los resultados del estudio reflejan que a la mayoría de los cuidadores les satisface su profesión, aunque muestran una actitud indiferente, y es lo que llama la atención en los distintos estudios.

2. Los cuidadores que valoran más la satisfacción de poder cuidar y atender a otras personas, y opinan que la actuación de enfermería debe ir dirigida hacia los enfermos, son más jóvenes y hace menos tiempo que ejercen la profesión. Se observa un desplazamiento de este interés hacia los tratamientos y desarrollo de las técnicas de enfermería a medida que aumenta la edad y los años de ejercicio en la profesión.

3. El trabajar en más de un sitio influye negativamente en el grado de satisfacción de la profesión.

4. Teniendo en cuenta que las preguntas abiertas han sido contestadas con evidentes muestras de irreflexión (respuestas breves, a veces casi ilegibles y totalmente convencionales o académicas) parecía evidenciarse una dificultad para manifestar opiniones vitales o creativas sobre la propia experiencia profesional. Esto podría ser

entendido como una dificultad en el “pensar” y no en el “hacer”, más característico de la profesión de enfermería.

5. Se deben fomentar los aspectos cualitativos del ámbito de los valores humanos. Este elemento, al parecer de los autores, queda relegado a un segundo plano en los programas de estudio y está amenazado por la creciente exigencia técnica, organizativa y de responsabilidad jurídica.

6. Las respuestas obtenidas para definir la profesión de enfermería desde una experiencia vital han resultado ser académicas. Los autores lo valoran como una dificultad para una autodefinición como profesionales.

Manzano y Ramos (2001) llegan a la conclusión de que se puede afirmar que las variables sociodemográficas marcan diferencias en los niveles de abrumamiento presentados por los diferentes colectivos en estudio.

Como conclusiones del estudio de Bujalance *et al.* (2001), se extrae que la categoría profesional del personal de enfermería presenta un mayor grado de cansancio emocional, soporta mucha más presión, está más insatisfecha con el puesto de trabajo y menos promocionada, además de ser la que está más tiempo en contacto con los pacientes y la que administra los cuidados necesarios para su adecuada recuperación. Con lo cual, estos datos deberían tenerse en cuenta para establecer controles de calidad e incentivar al personal más perjudicado.

Díaz *et al.* (2003) llegaron a la conclusión de que no existe relación estadísticamente significativa entre las dimensiones del síndrome de estar quemado en el personal de enfermería de la muestra de estudio y las variables edad, estado civil, existencia de hijos, años de servicio o áreas de trabajo.

Mientras que algunos estudios (p. e., Buendía, 1999) hacen referencia al apoyo social como variable amortiguadora del efecto del estrés en la salud (matrimonio, sexo y mortalidad), por otro lado, los trabajos realizados por Manzano (1998) no han encontrado evidencia empírica que apoye que sujetos con pareja presenten niveles más bajos de estrés laboral. Este mismo autor tampoco puede confirmar que el número de

horas de trabajo influya en el nivel de estrés laboral, que el número de hijos se relacione con el estrés ocupacional (a mayor número de hijos mayor estrés), y que ser fijo en el trabajo traiga consigo un mayor grado de satisfacción laboral.

En un estudio realizado por Garre, Hernández, Lozano, Vilalta, Turón, Cruz, Camps y López (2000) los resultados de la investigación demostraron que los síntomas no cognitivos, la discapacidad funcional y una baja percepción de la calidad de vida fueron los factores que influían en la percepción de carga. Asimismo, la edad del cuidador, las horas de atención en las actividades básicas de la vida diaria y la carga influyeron en la calidad de vida.

Buendía (2005) afirma que existen varias razones para el aumento progresivo del estrés laboral. En primer lugar los cambios tecnológicos, que han puesto en marcha trabajos que tienden a infrautilizar las capacidades de los trabajadores, quienes han dedicado mucho tiempo a adquirirlas por medio de entrenamiento y educación. Esta situación lleva a muchos empleados a hablar de insatisfacción, malestar y, en general, estrés. Una segunda razón para el estrés laboral está relacionada con el incremento del nivel educacional. Los trabajadores con mejor preparación se encuentran con que sus expectativas de acceso a trabajos de mayor responsabilidad no se cumplen. Surge entonces la frustración porque, después de alcanzar títulos académicos, lo que se encuentra es un trabajo por debajo de su categoría profesional.

Una vez mostrados los resultados del primer grupo de variables desencadenantes, a continuación se presentan los estudios que tratan sobre las variables mediadoras del estrés laboral para los cuidadores formales. Se destacan los aspectos de la personalidad, estrategias de afrontamiento y apoyo social de los profesionales de la salud.

11.4. PERSONALIDAD

El siguiente grupo de resultados de investigaciones y variables revisadas sobre cuidadores formales tiene que ver especialmente con las aportaciones empíricas sobre los estudios de la personalidad de los profesionales de la salud. Por su parte, Buendía (2005) resalta que hay que tener en cuenta que las diferencias individuales juegan un

papel significativo de los procesos de estrés. Diversas variables personales actúan como determinantes mediadores o moduladores sobre las experiencias de estrés y sus efectos, entre otras, la autoeficacia, el *locus* de control, la personalidad tipo A, el neuroticismo, los estilos cognitivos, etc.

En este sentido, el estudio de Hernández y Olmedo (2004) muestra la relación que tiene el abrasamiento con distintas variables de personalidad, destacando la extraversión, el *locus* de control, la rigidez y el patrón de conducta tipo A. Como resultado de los análisis estadísticos realizados, se encontró que las relaciones del síndrome de “estar quemado” con las variables de personalidad fueron características. En contra de la hipótesis inicial de los autores, los resultados indicaron que los cuidadores que puntuaban alto en neuroticismo presentaron menor cansancio emocional y menor despersonalización. Asimismo, no presentaron relaciones con el factor de segundo orden que recoge a los factores de primer orden y al que se denominó *burnout* total. Estos resultados no siguen la línea argumental de algunos autores (Cherniss, 1980; Maslach, 1982). En este caso, las relaciones se modificaron en la línea del estudio de Hernández y Olmedo (2004), cuando la medida de las variables de personalidad se realizó exclusivamente asociadas al puesto de trabajo. Por lo que se refiere a la extraversión, no se encontró ninguna relación entre ella y los factores del “estar quemado”. En relación a la variable *locus* de control, los resultados fueron en la línea de lo hipotetizado, se encontraron relaciones positivas entre el factor de primer orden denominado despersonalización y el factor de *locus* de control externo que hace referencia a la no aceptación de responsabilidad sobre los propios actos como forma de conservar en todo momento un concepto positivo de sí mismo. Este resultado sí va en la línea de lo planteado mayoritariamente en la literatura al respecto. En el plano profesional, los sujetos con *locus* de control externo presentaron mayor insatisfacción laboral, mayor despersonalización, más estrés y se “quemaban” más (Glogow, 1986; Halpin *et al.*, 1985; Keane *et al.*, 1985; Spector, 1982). En cuanto al patrón de conducta tipo A, los resultados fueron en la línea de lo esperado al inicio del trabajo. Se encontraron relaciones positivas entre los factores de segundo orden de ambas escalas, relaciones entre el factor que se denominó *burnout total* y que aglutinó a los tres factores de primer orden que explicaban el constructo (cansancio emocional, despersonalización, clima laboral y realización personal) y el factor de segundo orden denominado patrón A y que recogía, también, a las tres características del patrón A

(competitividad, impaciencia e implicación laboral). Estos mismos resultados aparecen en algunos trabajos donde se sostiene la afirmación de que las personas con patrón A aumentan su probabilidad de exposición a estresores, sobre todo si éstos afectan al plano laboral, presentan más cansancio emocional, más despersonalización. En definitiva, se “quemaban” más que los que presentaban patrones B (Melamed *et al.*, 1993).

Hernández y Olmedo (2004) no hallaron las relaciones esperadas entre los factores de rigidez y los factores de “estar quemado”. Tal y como se planteaban las hipótesis, se esperaba que los cuidadores que presentaran una autoexigencia rígida en el trabajo fueran a su vez los que presentaran mayor cansancio emocional, más despersonalización y una menor realización personal. En definitiva, se “quemarían” más. Pero estos resultados no se confirmaron. En la bibliografía el síndrome de “estar quemado” parece manifestarse casi exclusivamente vinculado al ambiente laboral (Cherniss, 1993; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1993; Gil-Monte y Peiró, 1997; Golembiewski, 1984; Harrison, 1985; Maslach y Jackson, 1981, 1982, 1984; Leiter, 1988, 1991, 1992), pero lo cierto es que las personas no llegan a ese ambiente laboral libres de toda influencia. Muy al contrario, llevan consigo todas sus experiencias, sus vivencias, su aprendizaje. Los cuidadores deben aprender a integrar todo esto en su ambiente laboral, y esto parece que no siempre resulta fácil, especialmente en el caso del personal de enfermería. Por eso, los autores no pueden aceptar el hecho de que “sentirse quemado” pueda deberse única y exclusivamente a las variables de carácter organizacional que están presentes en el ambiente laboral en que desempeñan su trabajo éstos y otros profesionales. En este trabajo los autores han pretendido reflexionar sobre la “renuncia injustificada”, que se plantea en muchas investigaciones, al obviar dentro del estudio del síndrome del “estar quemado” a las variables de personalidad.

Casas *et al.* (2002) mantienen que los factores ambientales son importantes, aunque no son condición suficiente para producir estrés ni permiten tampoco predecir la duración, la intensidad o los efectos sobre la salud de los cuidadores formales. Sin embargo, la experiencia subjetiva de estrés está mediatizada por una serie de variables personales que tienen un papel determinante a la hora de establecer los recursos físicos y psicológicos que el cuidador puede utilizar para responder a las demandas del medio. Haciendo referencia a los factores afectivos y cognitivos, la presencia del patrón de

conducta tipo A puede favorecer, en determinados contextos, un rendimiento laboral más alto con resultados favorables a corto plazo para el cuidador y la organización. Esta circunstancia supone un esfuerzo importante para la consolidación de esta conducta. Sin embargo, algunos autores (p. e., Parkes, 1998) comentan que a largo plazo puede provocar deterioros importantes en la salud de los cuidadores formales y considerables déficit en su rendimiento. Por otro lado, el *locus* de control y las creencias suelen ser relativamente estables y tienen importantes implicaciones en el rendimiento y en el bienestar laboral. Parkes (1998) afirma que los cuidadores con *locus* de control interno, al percibir que tienen control sobre las situaciones, tienen expectativas de afrontamiento más favorables y se enfrentan a los problemas realizando acciones que contrarrestan los efectos de las situaciones adversas. Su experiencia, por tanto, resulta menos amenazante ante los estresores que la de las personas con *locus* de control externo, más propensos al desamparo, la vulnerabilidad y la insatisfacción laboral. Sin embargo, en actividades de carácter repetitivo, o donde es poco probable que se pueda ejercer algún control, los cuidadores con *locus* de control externo mostrarán menos síntomas de malestar.

El estudio de Manzano y Ramos (2000) analiza las variables de personalidad del cuidador, con la *Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control* de Palenzuela (1991), de 20 ítem y compuesto por 5 subescalas (confianza en la suerte, indefensión, contingencia, autoeficacia percibida y expectativas de éxito). En relación con los resultados, las estimaciones de parámetros para las relaciones hipotetizadas mostraron lo siguiente: a) la expectativa de éxito estaba afectada por la indefensión, la contingencia y la autoeficacia, b) la realización personal estaba influida por el éxito, c) la despersonalización estaba influida por el éxito, la realización personal y el cansancio emocional, y d) el cansancio emocional vino determinado por la expectativa de éxito y la indefensión.

Los autores llegaron a la conclusión de que los constructos de personalidad (indefensión, contingencia, autoeficacia y éxito) constituían un aspecto importante en la determinación del grado del grado de estrés crónico laboral asistencial. Los resultados de la investigación realizada confirman que en el colectivo de enfermeras, las variables de personalidad de la *Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control* determinaron todas y cada una de las fases del abrasamiento. Cabe destacar el papel

mediador realizado por las expectativas de éxito, entre las relaciones de los constructos de la *Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control* y del *MBI*. Además, es preciso señalar la importancia de la variable indefensión que influyó de forma indirecta, a través del éxito, en todos los constructos del *MBI*. Y, de forma directa, en el desarrollo de los sentimientos de agotamiento emocional. Por otra parte, estos resultados, en referencia al proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo, apoyan la tesis de que dicho proceso se inicia con la aparición de bajos sentimientos de realización personal. Las actitudes de despersonalización que siguen a esos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los cuidadores formales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Así, respecto a los modelos que destacan la importancia de las variables de personalidad, la indefensión dificulta en el cuidador la obtención de los objetivos que se propone, llevándolo a un mayor cansancio emocional, optando por una estrategia de afrontamiento (despersonalización) perjudicial a corto y medio plazo.

Otras características que desempeñan un papel importante en la aparición del estrés en cuidadores son el neuroticismo, la ansiedad rasgo y la baja tolerancia a la ambigüedad. Peiró y Salvador (1993) observan que los cuidadores con baja tolerancia a la ambigüedad funcionaron bien en ambientes laborales muy estructurados en los que las normas estaban perfectamente claras. Y de forma alternativa a los aspectos que hacían más vulnerables al estrés de los cuidadores, se encontró que la personalidad resistente reducía la probabilidad de sentir estrés, minimizando las posibles consecuencias disfuncionales.

El estrés puede estar relacionado con el valor que tiene el trabajo para el cuidador. En este sentido, Buendía y Ramos (2001) han descrito cuatro orientaciones profesionales: 1) activistas sociales (personas idealistas, dinámicas y socialmente comprometidas), 2) escaladores (individuos muy competitivos que buscan el éxito, el prestigio y la seguridad económica), 3) artesanos (sujetos interesados en el trabajo propiamente dicho, que buscan desarrollar sus habilidades y autorrealizarse personal y profesionalmente), y 4) autoorientados (personas a las que el trabajo les interesa muy poco y están más orientados a su vida personal y familiar). En estudios longitudinales, los artesanos fueron los que presentaban mejores ajustes y satisfacción en su vida

profesional y personal. Los autoorientados presentaron niveles altos de insatisfacción laboral. El grupo de activistas sociales fue el que presentó peores resultados en salud física y psicológica, mientras que el grupo de escaladores presentó baja satisfacción con su pareja e importantes conflictos entre los roles laborales, personales y familiares.

En definitiva, “quemarse” parece ser el principal factor en la “moral baja”, los retrasos, el absentismo y la alta tasa de cambios en los puestos de trabajo. Generalmente afecta a aquellos cuidadores formales con un fuerte deseo de darse a los otros, aquellos profesionales de la ayuda que están altamente motivados y son idealistas, aquellos que tienen las expectativas de que su trabajo dará sentido a su vida (Pines y Aronson, 1988). Una de las consecuencias del enfoque desde la psicología laboral y social que Maslach y Jackson (1981) le dieron al síndrome, es que no se han realizado demasiados estudios de investigación sobre las variables de personalidad y las diferencias individuales que entran en juego en el “estar quemado”. Algunos síntomas asociados al “estar quemado”, como los psicofisiológicos (fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras, trastornos gastrointestinales, pérdida o ganancia de peso, hipertensión, asma, dolores musculares, resfriados frecuentes) (Cherniss, 1980; Maslach, 1982; Maslach y Pines, 1977) parecen contaminados por el neuroticismo (McCrae y Costa, 1986; Costa y McCrae, 1987). Los individuos con puntuaciones altas en neuroticismo experimentan frecuentemente emociones negativas como la irritabilidad y la depresión, y toda una sintomatología que parece también estar asociada al “estar quemado” (fracaso, indefensión, desesperanza, desilusión, celos, etc.) (Cherniss, 1980; Maslach, 1982; Maslach y Pines, 1977). El neuroticismo parece interferir el uso de mecanismos de afrontamiento adaptativos y facilitar el uso de mecanismos menos efectivos (McCrae y Costa, 1986). La extraversión ha estado asociada con pensamiento positivo y disuasión. Así, los individuos con puntuaciones altas en este factor utilizaban con frecuencia determinados estilos de afrontamiento, tales como, reacción hostil, autoculpabilidad, pasividad e indecisión (McCrae y Costa, 1986).

El *locus* de control se presenta como una característica relativamente estable (Rotter, 1966) que actúa como modulador de la respuesta de estrés (Peiró y Salvador, 1993). Las personas con *locus* de control interno asumen que las decisiones y acciones personales influyen en los acontecimientos, aquellos con *locus* de control externo

consideran que dependen del destino y/o de la suerte. Estos últimos, en el plano profesional, presentan mayor insatisfacción laboral (Spector, 1982), más estrés (Halpin, Harris y Halpin, 1985), y se “queman” más (Glogow, 1986; Keane *et al.*, 1985). Frente a esto, los internos tienden a presentar mayores sentimientos de realización personal (Fuqua y Couture, 1986).

Con respecto al patrón de conducta tipo A y desde el aspecto de los cuidadores formales, sería de interés reparar en el modo de actuar de un individuo con tales características y cómo modula sus respuestas de estrés. Algunos autores sugieren que la persona tipo A provoca una “autoselección” en puestos que entrañan mayor exposición a estresores. Un aspecto central es su *deseo de logro social*, similar a la motivación extrínseca para el trabajo o búsqueda de estatus, que parece generar una relación positiva entre el patrón de conducta tipo A y el estatus ocupacional (House, 1972 y Kortnizer, 1985). Parece posible que las personas con patrón de conducta tipo A aumenten su probabilidad de exposición a ciertos estresores (sobrecarga de rol), a la vez que reducen la realización de determinadas conductas (ejercicio físico), que podrían mejorar su resistencia al estrés. Algunas investigaciones sugieren que los estresores de trabajo físico pueden interactuar con el patrón de conducta tipo A para influir las respuestas psicológicas y afectivas (Melamed, Harari y Green, 1993).

Por todo ello, siguiendo con las conclusiones de los trabajos basados en el estudio de las variables de personalidad de los cuidadores formales, las aportaciones fueron las siguientes:

De la Peña *et al.* (2002) llegaron a la conclusión de que, junto a los factores organizativos de la institución y sociolaborales del trabajador en particular, habría que tener en cuenta los factores derivados de la personalidad del cuidador formal en la estimación del grado de vulnerabilidad al estrés. Determinadas actitudes disfuncionales en la personalidad del cuidador se relacionan con la emergencia del estrés profesional. Así pues, una elevada necesidad de ser aprobado y apreciado por los demás (entorno social y laboral) demuestra una correlación significativa con dos factores, tanto con el cansancio emocional como con la despersonalización del síndrome de estar quemado. Esta excesiva necesidad de aprobación en el profesional por parte de su también resulta predictiva para la aparición del abrasamiento.

Mayan, Gandoy, Clemente, Guzmán, García y Mota (2004), por su parte, investigaron los determinantes de estrés laboral asistencial en los trabajadores de centros gerontológicos y su influencia para la selección y formación del personal. El objetivo de los autores fue conocer el grado de estrés laboral del personal de enfermería de centros gerontológicos y evaluar la relación entre estrés y los factores personales y actitudinales de los profesionales. Los autores elaboraron un perfil personal y actitudinal, útil para trabajar en los centros gerontológicos sin sufrir estrés laboral importante, que favorece la selección y la formación de los cuidadores formales que desarrollan su trabajo en los centros.

Manzano y Ramos (2000) observan, según su experiencia con cuidadores formales, que este colectivo de enfermería presenta primero una baja realización personal, después surge el cansancio emocional y finalmente la despersonalización. Estos cuidadores inicialmente no pierden el compromiso con su profesión (su autoeficacia es buena), pero la sobrecarga de trabajo y la ambigüedad de rol les va arrastrando poco a poco hacia los sentimientos de cansancio emocional. Los profesionales sienten que no son autónomos. Esto entraña una disminución de su autoimagen y un aumento de los sentimientos de irritabilidad y fatiga. Como solución a corto plazo deciden distanciarse profesionalmente de la situación laboral estresante. La estrategia de afrontamiento llamada despersonalización se les ofrece para salir del paso con indiferencia emocional, ignorando que se esté trabajando con personas. Como se refleja en el estudio, la respuesta inicial del cuidador formal a los estresores del entorno laboral (bajos sentimientos de realización personal) dependía directamente en grado e intensidad de la expectativa de éxito del sujeto, e indirectamente de la contingencia, la autoeficacia o la indefensión. Cuando los bajos sentimientos de realización personal aumentaban en intensidad y se hacían crónicos, y se mostraban altos sentimientos de agotamiento emocional, las enfermeras desarrollaron actitudes de despersonalización. Los cuidadores con baja autoeficacia, que se sentían indefensos, se implicaban menos en las tareas diarias, tenían la sensación de que el tiempo pasaba lentamente sin ser capaces de resolver las necesidades de sus pacientes. Evidentemente, estos cuidadores formales experimentaron con mayor frecuencia sentimientos de agotamiento emocional y frustración al ver que sus expectativas no se cumplían. El análisis de los datos llevó a los autores a pensar que la aparición del estrés crónico laboral asistencial sería mínimo

en los centros sanitarios que apoyasen al cuidador, evitando situaciones que no puedan ser controladas por el profesional, lo cual reduciría considerablemente la indefensión del cuidador formal, facilitando la no aparición o el retraso del abasamiento.

Hernández y Olmedo (2004) concluyen básicamente lo siguiente: 1) Las relaciones del síndrome de “estar quemado” con las variables de personalidad, son singulares. 2) En algunos casos los resultados apoyan la línea argumental existente en la bibliografía acerca del tema, en otros, los resultados son contradictorios. 3) A veces, las relaciones con respecto a algunas variables son inexistentes.

11.5. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Flórez (2001) mantiene que el estrés que soporta el cuidador va a depender en buena parte de su propia cognición. Ciertamente, las estrategias de afrontamiento son muy relevantes para conocer la presencia y la gravedad de los trastornos emocionales del cuidador.

El estudio de Casas *et al.* (2002) viene a analizar el estrés laboral en el medio sanitario y la presentación de estrategias de afrontamiento para su control. Los autores consideran que el estrés está determinado por factores laborales ambientales junto a las características personales del cuidador que valora la situación y los recursos de que dispone para afrontarla. De los resultados de esta valoración dependerá la experiencia subjetiva de estrés y la consiguiente puesta en marcha de mecanismos de afrontamiento. Cuando las estrategias de afrontamiento utilizadas no son adecuadas, siguiendo a Peiró y Salvador (1993), el cuidador presentará alteraciones fisiológicas y del comportamiento que pueden dar lugar, si la situación persiste, a deterioros más o menos permanentes en la salud del profesional.

El estudio cualitativo de Escribà y Bernabé (2002) trata de identificar las estrategias de afrontamiento ante el estrés que utilizan los médicos. En relación con los resultados sobre el afrontamiento, teniendo en cuenta el modelo de Carver *et al.* (1989), se evidenciaron dos patrones diferenciales de afrontamiento entre los médicos entrevistados. Por una parte, el patrón de afrontamiento centrado en las emociones. Así,

cuando a los facultativos se les preguntó cómo afrontan el estrés experimentado en su trabajo, principalmente refirieron estrategias centradas en las emociones. Dentro de éstas, la estrategia mencionada con más frecuencia fue la desconexión conductual (realizar actividades alejadas del ambiente laboral, como ocio o deporte, etc.). En segundo lugar, utilizaron la búsqueda de apoyo social emocional, sobretodo el pasar más tiempo con la familia o con amigos. En tercer lugar, recurrían a un mayor consumo de fármacos y tabaco. En cuarto lugar, desahogarse en momentos de estrés puntual, expresando cómo se sentían. Y en quinto lugar, la desconexión mental (p. e., relajarse) constituyó otro de los recursos del que hacían uso los médicos para sobrellevar el estrés laboral.

Por otra parte, el patrón de afrontamiento centrado en el problema. La utilización preferente de este tipo de estrategias se daba como respuesta ante cuestiones concretas de su práctica profesional. Las estrategias más utilizadas para afrontar factores estresantes laborales específicos (como la incertidumbre ante un diagnóstico) fueron, en primer lugar, la aceptación (p. e., aceptar la inexactitud de la ciencia médica), seguida de la búsqueda de apoyo instrumental (p. e., consultar a compañeros, consultar la bibliografía). Ante la posibilidad de demanda por mala práctica médica, los médicos especialistas desarrollaron también estrategias centradas en el problema que implicaban un afrontamiento activo (hablar con el enfermo y explicarle la situación en que se encontraba, etc.). Estos resultados coinciden con los obtenidos por otro estudio (Crespo y Cruzado, 1997) en el que generalmente los sujetos ante situaciones estresantes utilizaron preferentemente las estrategias más adaptativas, como la planificación y el afrontamiento activo. Asimismo, utilizaron estrategias centradas en las emociones, como la reinterpretación y el crecimiento (p. e., sentir que se está haciendo un buen trabajo) o la desconexión mental y la negación (no tener presente la posibilidad de demanda).

Las conclusiones de Escribà y Bernabé (2002) son las siguientes:

1. La salud y el bienestar de los médicos depende sustancialmente de un intercambio profesional favorable en términos de recompensas materiales o emocionales y de aprobación cognoscitiva.

2. Además de cambios organizacionales que tengan en cuenta las recompensas más valoradas por los médicos (como la mejora de posibilidades de promoción) y que permitieran un mayor desarrollo profesional, podrían también desarrollarse propuestas formativas en materia de estrategias de afrontamiento del estrés encaminadas a incrementar el bienestar de los médicos.

Buendía y Ramos (2001) proponen distintos tipos de abordaje terapéutico y destacan dos grandes grupos de estrategias. Por un lado, 1) actividades dirigidas a la adquisición de estrategias de carácter paliativo, que tienen por objetivo la adquisición de destrezas para el manejo de las emociones (entrenamiento en relajación, la retroalimentación, la meditación, el entrenamiento físico, etc.). Y, por otro lado, 2) actividades dirigidas a la adquisición de estrategias instrumentales con dos abordajes diferentes. Por una parte, a) modificar los procesos cognitivos mediante técnicas cognitivas y de autocontrol, que eliminen los patrones no adaptativos (técnicas de reestructuración cognitiva basadas en la terapia racional-emotiva de Ellis, entrenamiento en solución de problemas. Y, por otra parte, b) adquisición de patrones de afrontamiento mas afectivos (entrenamiento en habilidades sociales, de comunicación, técnicas de negociación, habilidades para la gestión del tiempo y agenda, etc.).

11.6. APOYO SOCIAL

Buendía y Ramos (2001) mantienen que las investigaciones (Buendía, 1993) sugieren que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social presentaron síntomas psicológicos y físicos menores e índices de mortalidad también menores que las personas con bajos niveles de apoyo social.

Otros autores (Cohen y Ashby, 1985) han señalado que el apoyo social podría actuar como variable moderadora de los efectos negativos del estrés laboral. Los estudios de Flórez *et al.* (1999) señalan que la mayoría de los profesionales (41% de los gerocultores del estudio) tuvieron un grado de apoyo social bastante positivo.

Gil-Monte (2005) afirma que la falta de apoyo social percibido en el trabajo desde el supervisor y los compañeros es una variable que presenta efectos directos e indirectos sobre el síndrome de estar quemado por el trabajo, y efectos moduladores en la relación que se establece entre el estrés y sus consecuencias. Los efectos directos suponen que la falta de apoyo social en el trabajo es una fuente de estrés y aumenta los niveles del abrasamiento. Se habla de efectos indirectos para aludir a aquellos que la falta de apoyo social tiene sobre otros estresores o sobre otros síntomas del estrés que, a su vez, pueden incrementar los niveles del síndrome de estar quemado. Por último, los efectos de modulación se refieren a aquellas situaciones en las que el apoyo social no disminuye directamente los niveles del abrasamiento ni afecta a los estresores, pero puede alterar la influencia que las fuentes de estrés tienen sobre el síndrome de estar quemado por el trabajo.

El estudio de Ferrer (2001) muestra los resultados de un proyecto de gestión para reducir el estrés en los profesionales de enfermería de nueva incorporación. El 96,7% consideró “muy útil” la información recibida sobre la normativa interna del Centro. Esta misma valoración fue efectuada por el 94,5% respecto a la estructura hospitalaria y por el 57,1% relativo a la información sobre el área de salud. El 96,7% valoró “muy favorable” conocer previamente al equipo de gestión de enfermería. El 96,7% respondió que el Programa de Acogida para Profesionales de Enfermería de Nueva Incorporación había disminuido considerablemente la ansiedad de la incorporación al puesto de trabajo. Los datos globales de absentismo laboral (incapacidad laboral leve, comunicadas por llamada telefónica, escasas horas antes del inicio de la jornada) se redujeron un 8%. La autora del estudio considera que el programa de acogida potenció tanto las relaciones laborales entre profesionales, personas asistidas y mandos intermedios, que aceleró el período de adaptación al entorno laboral, favoreciendo así la aceptación e integración en la cultura del centro. Dado que el ambiente laboral de las unidades de hospitalización a menudo es extremadamente estresante para los cuidadores formales, la percepción de una capacitación inadecuada, latente en las enfermeras nóveles, acentúa de forma grave el desencadenamiento de los factores estresantes percibidos en la asistencia.

Ferrer (2001) concluye que previo al inicio de la actividad asistencial, una adecuada relación laboral, con el apoyo del mando intermedio, y una flexibilización y

acercamiento del departamento de enfermería van a funcionar como referencia fundamental para el nuevo profesional en los primeros contratos laborales. Se considera el Programa de Acogida para Profesionales de Enfermería de Nueva Incorporación como una herramienta eficaz en la prevención del estrés, tanto desde el punto de vista laboral y de la gestión de enfermería como de las actitudes de los profesionales de nueva incorporación al centro.

Algunos autores (p. e., Zarit, Todd y Zañt, 1986) han recomendado algunas estrategias de apoyo social que podrían ayudar a reducir el estrés del cuidador, tales como, dar a los cuidadores diferentes herramientas para que puedan elegir la que necesitan en cada momento, la utilización de sistemas de gestión del conocimiento, estructurar espacios en los que puedan hacerse partícipes unos a otros de los resultados exitosos obtenidos tras la aplicación de determinadas actuaciones orientadas a modificar conductas concretas, la accesibilidad al departamento médico y a la dirección del centro para poder comentar las preocupaciones a cerca de las conductas de los pacientes.

Se sugiere que la evaluación conjunta por parte de los cuidadores formales de ancianos dependientes podría llegar a incrementar el apoyo social de los mismos. En esta dirección, Eric *et al.* (2000) concluyen su estudio manifestando que en la atención primaria, la aplicación de sencillos instrumentos de valoración geriátrica centrados en las actividades instrumentales de la vida diaria y la cognición identificaba los ancianos candidatos a valoraciones integrales exhaustivas e intervenciones derivadas de las mismas. Valadez *et al.* (2004) evidencian la necesidad de formación y protocolización del manejo en la alteración de comportamiento de mayor frecuencia y gravedad y, además, procurar un seguimiento interdisciplinar desde el grupo de trabajo establecido.

Según el estudio de Alba *et al.* (1992), los aspectos más valorados del equipo de trabajo por parte de los cuidadores formales fueron el apoyo social, la variedad de opiniones y una mayor atención al paciente (18,1% respectivamente con una tasa de respuesta del 87,1%). Y las dificultades manifestadas del trabajo en equipo fueron la toma de decisiones rápidas (26,7%), las malas relaciones y la no integración de algunos miembros (20,9%) (la tasa de respuesta fue del 94,1%). Las actitudes que debe tener un profesional de enfermería, según la opinión de los cuidadores, fueron vocación

(21,8%), responsable y buen profesional (19,5%) (la tasa de respuesta fue de 87,1%). Los cuidadores propusieron una mejor retribución económica (37,4%), un mayor reconocimiento del trabajo (22,9%) y una mayor formación (22,9%) para mejorar la motivación del personal de enfermería (la tasa de respuesta fue del 88,2%).

Se presentan a continuación los trabajos que resaltan la salud y el abasamiento de los cuidadores formales, es decir, las variables resultado y consecuencias del estrés en el cuidador formal.

11.7. SALUD

Fornés (1994) mantiene que la importancia fundamental del estrés laboral se debe a sus posibles efectos, adversos en la mayoría de ocasiones, relacionados con el propio cuidador profesional y con las personas de su entorno (la empresa y la profesión). Concretamente se sabe que, después del profesional, los más perjudicados como consecuencia del estrés laboral son los familiares, amigos, compañeros y usuarios.

Desde una perspectiva más amplia, se producen los denominados “síntomas organizacionales” del estrés laboral, tales como, absentismo, baja productividad o alta tasa de rotación entre otros, lo que se denomina síndrome del estrés laboral asistencial. El personal de enfermería es un grupo profesional de alto riesgo para desarrollar este síndrome, dado que está en contacto directo con los pacientes (los sufrimientos y las necesidades), soportan duras condiciones de organización del trabajo con turnos, horarios, falta de autonomía, escasa remuneración económica, desempeño de roles conflictivos o ambiguos, y trato con familiares donde suelen producirse situaciones tensas.

Díaz y Rubio (2003) investigan la salud laboral en mujeres. En relación con los horarios y los turnos, a pesar de la evolución producida en los sistemas de trabajo, el turno de noche sigue obligando a los trabajadores a permanecer en estado de activación, cuando la mayoría de sus ritmos biológicos están en fase de desactivación. Este hecho ocasiona un importante número de alteraciones ya que, además de los problemas médicos y biológicos que conlleva la ruptura de los ritmos circadianos, el estado de

alerta y la capacidad de los sujetos se ve afectada, repercutiendo así en el rendimiento y ejecución de los mismos. Asimismo, la ruptura de los ritmos circadianos conlleva también problemas sociales, debido a que el trabajo nocturno implica que los sujetos intenten establecer sus ritmos durmiendo durante el día, hecho que repercute en sus relaciones familiares y en el desarrollo de sus relaciones interpersonales. Estos problemas genéricos ocasionan en las mujeres trabajadoras una serie de alteraciones que consisten fundamentalmente en: a) alteraciones de las condiciones psicofísicas (respiración, digestión, actividades cardiovasculares y renales), b) alteraciones del sueño, c) alteraciones gastrointestinales (ulcera péptica, gastroduodenitis y gastritis crónica) y desórdenes en los hábitos alimenticios (comida rápida y aumento de bebidas, como café, té o vino), d) alteraciones cardiovasculares (angina de pecho e hipertensión y mayor riesgo de infartos de miocardio), y e) alteraciones del aparato reproductor.

En cuanto a la calidad del sueño, se producen interferencias en la distribución de los distintos ciclos. Concretamente, se ha observado que el ciclo de sueño profundo se reduce durante el sueño mantenido por el día. Esta fase es la más importante en lo que a recuperación de fatiga física se refiere. Además, el trabajo nocturno afecta tanto a la actividad hormonal periódica como a la función reproductiva. Distintos estudios han mostrado de forma significativa una mayor frecuencia de alteraciones del ciclo menstrual en trabajadoras nocturnas y de turno rotativo, así como un mayor índice de abortos y ratios más bajas de embarazos en las trabajadoras con turno nocturno. En lo referente al desarrollo fetal, se ha encontrado una relación entre trabajo rotativo y parto prematuro.

Artazcoz *et al.* (1996) analizan la contribución de la tensión laboral en la satisfacción laboral y en los trastornos psicofisiológicos relacionados con el estrés. Para ello, se utiliza como instrumento un cuestionario autocontestado, la parte correspondiente a la presencia de sintomatología relacionada con el estrés y el nivel de satisfacción con diversos aspectos de la vida. La prevalencia de síntomas de tipo ansioso fue mucho más alta que la de los de tipo psicofisiológico. Alrededor de la mitad de las cuidadoras declaró presentar frecuentemente fatiga, nerviosismo o dificultad para relajarse. Se observó una relación lineal entre los desórdenes ansiosos y la tensión laboral. En cuanto a los síntomas psicofisiológicos, el más frecuente fue la sensación de falta de aire, referida por el 6,4%.

En el análisis multivariado, se confirmó la relación entre satisfacción con el trabajo y tensión laboral. La situación de alta tensión se asoció a mayor riesgo de trastornos ansiosos, especialmente de corte psicofisiológico. Mientras los trabajos activos presentaron un riesgo más alto de ambos tipos de síntomas, en comparación con los de baja tensión, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre éstos y la categoría de trabajos pasivos. Además de la tensión laboral, la satisfacción laboral se relacionó positivamente con el apoyo de las compañeras y con la percepción de buenas perspectivas de promoción. La insatisfacción con el tiempo libre se asoció a un mayor riesgo de presentar los dos tipos de trastornos psicológicos estudiados. Los trastornos ansiosos fueron más frecuentes entre las cuidadoras con bajo apoyo de las supervisoras y hubo una mayor presencia de manifestaciones psicofisiológicas entre las auxiliares.

Las aportaciones de Reig *et al.* (1989) también coinciden en que la insatisfacción del trabajo es un buen predictor de problemas de salud, tanto en los aspectos físicos como psíquicos en cuanto a consecuencias del estrés se refiere. Asimismo, encontraron relación entre estrés elevado e insatisfacción laboral, la cual provocaba síntomas psicológicos indeseables.

La mayoría de los estudios (p. e., Gray-Toft y Anderson, 1981) coinciden en señalar la carga de trabajo como uno de los factores más importantes en el estrés de los cuidadores formales. Dichos autores identificaron siete fuentes de estrés, cuatro de las cuales corresponden a aspectos relacionados con la implicación emocional y los otros tres son el apoyo de los compañeros, de los supervisores y la carga de trabajo. En el estudio de McLaney y Hurrell (1988) que analiza específicamente el control, se observó un efecto positivo de tres formas de control sobre la satisfacción laboral y un efecto negativo de las demandas, pero la interacción entre demandas y control no fue significativa.

El apoyo social, observado como un efecto positivo en el estudio, ha sido uno de los aspectos más estudiados en el análisis del estrés entre enfermeras (McLaney y Hurrell, 1988). Asimismo, estaban más satisfechas con su trabajo las cuidadoras con alto apoyo de las compañeras y el riesgo de síntomas ansiosos se asoció al bajo apoyo

de las supervisoras. En relación con el ámbito extralaboral, la insatisfacción con el tiempo libre se asoció a mayor riesgo de trastornos psicológicos. En relación al ámbito laboral, los autores sugieren que constan otros factores no analizados en la investigación que deberían estudiarse, como son la ambigüedad o el conflicto de rol. Y referente a la condición extralaboral, existen también componentes psicológicos y sociales que no están claramente definidos, donde la profundización en el tiempo libre, las características del entorno doméstico y las interferencias entre los diversos ámbitos podría ser central. Además, en el colectivo de los cuidadores formales, la salud laboral debería tener en cuenta aspectos relacionados con el control sobre el propio trabajo, con el clima de relaciones personales y con la gestión por parte de las supervisoras, lo que podría tener efectos positivos sobre la salud tanto de los trabajadores como de las organizaciones.

La exposición a estresores laborales está estrechamente relacionada con el deterioro de la salud. Las consecuencias negativas del estrés laboral sobre los cuidadores formales pueden agruparse en varias categorías (Álvarez y Fernández, 1991; Fornés, 1994; Ramos, De Castro, Galindo y Fernández, 1998) que incluyen síntomas físicos, alteraciones conductuales y alteraciones emocionales. Así, entre ellas y en función de áreas, podrían resaltarse: 1) físicos (algias múltiples, trastornos gastrointestinales, motores y hormonales), 2) psicológicos (déficit de concentración, ansiedad, rigidez, cinismo, suspicacia, rabia, ira, irritabilidad, agresividad, trastorno del sueño, cambio de hábitos y despersonalización), 3) profesionales (falta de interés por el trabajo, calidad deficiente en la ejecución de cuidados, necesidad de períodos más largos para realizar el mismo trabajo, intolerancia con ciertos pacientes, cambios frecuentes de turno, absentismo laboral y abandono de la profesión), 4) sobre familiares y amigos (problemas de relación y comunicación, y proyección de culpa en los demás), y, 5) sobre los usuarios (déficit en la solución de sus demandas, calidad deficiente en los cuidados, incremento de errores, evitación de relaciones personales y violencia física).

Prieto, Cabal, Álvarez y Maújo (1998) evidenciaron sentimientos subjetivos de insatisfacción organizacional, laboral y profesional, con un nivel medio de estrés percibido superior al 68%, aunque el 13,15% no experimentó ningún estrés. El nivel de estrés se relacionó directamente con el estado de salud del cuidador (nerviosismo 90%,

dificultades de atención 85%, depresión 80%, irritabilidad, 75%, fatiga 70%, baja autoestima 70%) y, entre otras, tuvo algunas consecuencias inmediatas, como sintomatología psicofisiológica (manos y pies fríos 80%, palpitaciones 70%, jaquecas 70%), alteraciones del sueño (insomnio 45%, pesadillas 30%), alteraciones de alimentación (sobrealimentación 32% pérdida de apetito 21%) y gastrointestinales.

Prieto *et al.* (1998) llegaron a las siguientes conclusiones:

1. Hay relaciones importantes entre el estrés laboral y el estado de salud, con posibles implicaciones psicológicas y psicofisiológicas.
2. Deben realizarse esfuerzos para la inoculación del estrés de los cuidadores formales. El conocimiento de técnicas y estrategias de control y superación del estrés va a disminuir la tensión laboral, aumentando en último término la calidad asistencial del anciano institucionalizado.
3. Los programas de estimulación psicológica y social refuerzan al cuidador formal y previenen efectos patológicos sobre su estado de salud.
4. Deben introducirse modificaciones ambientales y de organización del trabajo, unido a estilos de dirección más participativos e innovadores, para mejorar a satisfacción laboral y el clima organizacional.

Por su parte, Ashi *et al.* (1995) aplicaron para la valoración de las alteraciones psíquicas el *Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-28)*, que ha sido utilizado con éxito para detectar alteraciones psiquiátricas menores en la población general. Los resultados fueron positivos en 10 casos para la escala B (ansiedad), en 2 para la A (síntomas somáticos de origen psicológico), en 3 para ambas, y en los 5 restantes resultó negativo. Por tanto, el *GHQ-28* fue positivo en el 75% de los casos, destacando la escala B. Sin embargo, la falta de grupo control en dicho estudio impide valorar la importancia de estos hallazgos. El *GHQ-28* ha demostrado generalmente su validez en la práctica. No obstante, existen situaciones que tienden a aumentar los falsos positivos. En este sentido, intervienen el estrés y la adversidad que supone el ingreso hospitalario de un familiar.

Baumgarten, Battista e Infante-Rivard (1992) detectaron, tras un año de seguimiento de pacientes con demencia, un aumento del deterioro físico y un mayor consumo de medicación en los acompañantes, siendo sus estudios concordantes con los de otros autores (Pruchno, 1990; Schulz y Williamson, 1991). Los mismos autores ofrecen tres posibles explicaciones del porqué un gran número de cuidadores no llegan a variar su nivel de salud: 1) se podría tratar de un problema metodológico, 2) la falta de sensibilidad de los cuestionarios de salud aplicados, y 3) a pesar de que el cuidador pueda estar estresado, puede llevar a cabo su tarea correctamente sin consecuencias para su salud.

11.8. ABRASAMIENTO

Frente al estrés general, se considera el abrasamiento o síndrome de estar quemado como una de las posibles respuestas al impacto acumulativo del estrés laboral crónico. El abrasamiento podría ser entendido como un proceso que supone una interacción de variables emocionales (cansancio emocional y despersonalización), cognitivas (falta de realización en el trabajo) y actitudinales (despersonalización). Estas variables se articulan entre sí en un episodio secuencial, con una relación antecedentes-consecuentes, dentro del proceso más amplio de estrés laboral.

Buendía (2005) mantiene que el síndrome de estar quemado es muy frecuente entre los trabajadores de los servicios humanos (enfermeras, trabajadores sociales, médicos, psicólogos) y, en general, aquellas profesiones que implican trato directo con las personas. Cuando se dice que el profesional está quemado, se quiere expresar que la situación le ha desbordado y su capacidad de adaptación ha quedado reducida. Maslach construyó el *MBI* para medir el síndrome de estar quemado en educadores y personal de los servicios humanos. Dado que el *MBI* puede aplicarse sin dificultad, ha sido ampliamente utilizado. Por eso, debido a su reiterada utilización con muestras de todo tipo, la definición de *burnout* de Maslach se ha convertido en la más aceptada. El *MBI* se ha aplicado con frecuencia a profesores, pero ha sido el personal de enfermería el más estudiado, ya que el abrasamiento es el “mal invisible” que afecta a la mayoría del personal sanitario y que repercute directamente en su calidad de vida. Las

circunstancias que motivan el agotamiento emocional, la despersonalización y los bajos sentimientos de realización personal en el trabajo son, entre otros, el trato directo y continuo con personas deprimidas o moribundas, la impotencia ante la enfermedad, los turnos rotativos que perturban el ritmo biológico de los trabajadores, la alta responsabilidad de las tareas, el alto índice de contratación temporal, las cargas de trabajos familiares (más del 80% de los profesionales son mujeres) y el conflicto y ambigüedad de rol. El ejercicio de la profesión sanitaria requiere una especial preparación, pero también es necesaria una especial atención a estos profesionales por quienes tienen algún tipo de responsabilidad en la organización del centro. Es muy importante cuidar a los que cuidan.

Hernández y Olmedo (2004) mantienen que el abrasamiento en cuidadores formales, concretamente en el ámbito sanitario, implica sobrecarga de trabajo, retroalimentación laboral casi inexistente (cuando esta retroalimentación existe, suele ser negativa), bajo estatus laboral, poco control sobre su ambiente laboral y ambigüedad sobre sus roles profesionales. Como resultado de las múltiples investigaciones desencadenadas acerca del síndrome, la atención se centró en el campo de la educación, servicios sociales, sanidad, justicia, salud mental, religión, y en general, todas aquellas ocupaciones orientadas a las personas (Golembiewski, 1984; Harrison, 1985; Maslach y Jackson, 1981, 1982, 1984; Leiter, 1988, 1991, 1992; Schwab, Jackson y Schuler, 1986). En los primeros trabajos, el término “estar quemado” variaba, haciendo referencia a aspectos distintos de un artículo a otro. Pero una revisión general de la primera bibliografía indica tendencias comunes:

1. La mayoría de los trabajos se han orientado a profesionales de los servicios humanos, aunque variando las ocupaciones (sanitarios, profesores, abogados, oficiales de policía, psicoterapeutas, oficiales de correccional, etc.) (Burisch, 1993; Cherniss, 1980; Gil-Monte y Peiró, 1997; Leiter, 1988, 1991, 1992; Pines, 1988).

2. La investigación tiende a centrarse en factores laborales y en variables, tales como, satisfacción laboral, sobrecarga, conflicto de rol, abandono absentismo, antigüedad laboral, etc. Pero también se encuentran relaciones con variables demográficas (sexo, edad, estado civil, número de hijos, etc.) y con variables personales (*locus* de control, neuroticismo, rigidez, patrón de conducta, etc.).

3. La mayoría de los estudios siguen una metodología correlacional con recogida de datos de autoinformes subjetivos en un momento concreto y no siempre utilizando muestras representativas.

Pamplona *et al.* (1999) mantienen que el síndrome de estar quemado aparece como uno de los principales problemas psicológicos que afectan a la salud de los profesionales sanitarios, principalmente al personal de enfermería, y que incide progresivamente en una disminución del interés por las obligaciones laborales. La mayoría de los estudios realizados con personal de enfermería revelan que las unidades que generan mayor estrés son aquellas que reúnen pacientes críticos o terminales, debido a las exigencias que genera su cuidado. Así pues, cabe destacar, una mayor predisposición a padecer abrasamiento en aquellos cuidadores formales que desarrollan su trabajo en unidades de cuidados intensivos, servicios de urgencia, así como en la asistencia a pacientes oncológicos, psiquiátricos o infecciosos.

El personal sanitario (médico, auxiliares de enfermería, celadores) es un grupo profesional de alto riesgo para desarrollar el síndrome de estar quemado porque están en contacto directo con los pacientes. Varios trabajos estudian la relación del abrasamiento y la insatisfacción laboral con el personal médico (p. e., Álvarez y Fernández, 1991) y en auxiliares de enfermería (p. e., Artazcoz *et al.*, 1996).

Seguidamente, se exponen los análisis de la variable síndrome de estar quemado en profesionales de la salud, para la cual, la mayor parte de los estudios han utilizado *MBI* y los autores se han centrado notablemente en el estudio de aspectos principalmente organizacionales de los cuidados formales. En esta línea, el estudio de De la Peña *et al.* (2002), analizando los factores relacionados con el estrés laboral, hallan que una percepción más negativa de la situación laboral actual y una excesiva forma de ser aprobado por los demás por parte del cuidador, fueron los factores que tuvieron mayor poder predictivo en la aparición de valores elevados de cansancio emocional y despersonalización en el cuidador formal.

Estos mismos autores, sobre la base del análisis de los resultados, llegaron a las siguientes conclusiones:

1. El grado de estrés profesional de la muestra total del personal de enfermería es moderadamente superior al término medio.

2. Las causas del elevado nivel del síndrome de estar quemado en el personal de enfermería se ha asociado a un bajo reconocimiento social en relación con otros profesionales (médicos, profesores, etc.) y con las peculiares condiciones del trabajo, como el contacto con el sufrimiento, la muerte de los pacientes, prestar asistencia con elevada presión por la acumulación de tareas y, en ocasiones, la falta de apoyo social.

En el estudio de Carmona *et al.* (2001), la variable dependiente fue la presencia o no de un patrón habitual de reacción ante situaciones estresantes, evaluada mediante el *MBI*, en su adaptación española realizada por Seisdedos, así como las características de esta respuesta de estrés que se midieron con el *Índice de Reactividad al Estrés* y sus cuatro subescalas (emocional, vegetativa, cognitiva y conductual), para determinar los tipos de respuesta de los cuidadores ante las situaciones de estrés. Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones cognitiva y conductual del *Índice de Reactividad al Estrés* con la dimensión de cansancio emocional del *MBI*. La dimensión puntuación total del *Índice de Reactividad al Estrés* también correlacionó de manera significativa con esta dimensión del *MBI*. Respecto a las puntuaciones obtenidas en el *Índice de Reactividad al Estrés*, tal y como hipotetizaron los autores, un mayor nivel de abrasamiento estaba relacionado con un mayor número de respuestas ante situaciones de estrés. En concreto, las respuestas cognitivas y conductuales, así como la puntuación total obtenida en el *Índice de Reactividad al Estrés*, correlacionaron positivamente con la dimensión de cansancio emocional del *MBI*. Los autores del estudio concluyen que probablemente variables de tipo motivacional o factores como el ambiente laboral inciden de una manera más directa sobre el estrés laboral asistencial.

En relación con los resultados del estudio de Manzano y Ramos (2001), tanto en los profesionales de enfermería como en el personal administrativo, se comprobó que a mayores sentimientos de realización personal correspondían menores sentimientos de cansancio emocional y menor despersonalización. Por consiguiente, los datos defienden la tesis de que el síndrome de estrés crónico laboral asistencial es el resultado

acumulativo positivo del cansancio emocional y la despersonalización, y negativo de la realización personal. Los autores llegan a la conclusión de que los resultados del trabajo apuntan a la necesidad de definir diferentes modelos de intervención para la prevención del abrasamiento, en función del colectivo estudiado, contexto y diferencias transculturales.

El estudio de Díaz *et al.* (2003) investigó de forma descriptiva y correlacional el nivel de estar quemado, apreciando que la totalidad de la muestra del estudio presentaba abrasamiento en alguna medida. Las puntuaciones ubicaron a casi el 20% de la muestra en el rango de medio a alto en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, y de medio a bajo en las subescalas de logros personales. Por tanto, estos datos fueron indicativos de la presencia de un grado moderado de desgaste profesional en los cuidadores formales del estudio. Además, hay que recalcar que el rasgo fundamental del síndrome de estar quemado fue el cansancio emocional, es decir, la sensación de no poder dar más de sí mismo. Y, en este sentido, se corroboró al apreciar que un porcentaje significativo (17,8%) presentaban niveles de medio a alto en cansancio emocional y despersonalización (26,7%).

Así pues, las características del abrasamiento, la evolución, la etiología, así como las consecuencias del estrés laboral han sido objeto de numerosos estudios (p. e., Álvarez y Fernández, 1991) que se podrían resumir enumerándolas: los síntomas (psicofisiológicos, conductuales, emocionales y defensivos), las etapas (entusiasmo, desilusión, frustración y apatía), las causas (relativas a la organización, al trabajo y variables de personalidad), y las consecuencias (personales, profesionales y organizativas). En el medio sanitario, el síndrome de estar quemado es un problema grave, ya que afecta a la calidad de vida personal y laboral de los cuidadores formales.

Bujalance *et al.* (2001) entendieron que el hecho de que los celadores no estuviesen adscritos a ninguna unidad y que estableciesen menos grado de relación afectiva con los pacientes, podría ser lo que justificara el alto grado de síndrome de estar quemado en su despersonalización. Los autores sugieren medidas que favorezcan su integración en el equipo multidisciplinar, ubicándolos en las unidades. Asimismo, plantean que al atender diariamente a los mismos pacientes se producirán mayores lazos afectivos y disminuirá la despersonalización. Al diferenciar los resultados por

servicios, es importante destacar que en la primera planta, que está continuamente saturada de trabajo, se atienden a pacientes agudos de geriatría con alto número de ingresos y fallecimientos y mayor número de rotación de camas. Esto implica que sea la planta con mayores niveles de abrasamiento. Los índices de despersonalización tan bajos obtenidos en la unidad de cuidados paliativos se deben probablemente a que se atienden a pacientes terminales oncológicos, donde se establecen lazos afectivos mayores y con una carga emocional muy importante.

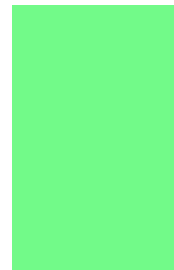
El estudio de Solano *et al.* (2002) concluye que los profesionales de enfermería estudiados presentaron unos niveles razonables de estrés laboral asistencial. Sin embargo, para un grupo de profesionales los niveles elevados de síndrome de estar quemado pueden representar una amenaza seria para su calidad de vida personal y laboral. Así, el 14,5% refirió presentar con frecuencia sentimientos de agotamiento físico y emocional, un 10,8% refirió falta de sentimientos afectivos y comportamiento impersonal hacia los receptores de ayuda, y un 37,3% manifestó con frecuencia sentimientos de insatisfacción con sus logros y consigo mismo en el trabajo de enfermería. Puede afirmarse que sólo el 1,9% ($n = 2$) llegó a presentar el síndrome, cumpliendo con los tres criterios.

Por su parte, Estévez, Fariña, Marrero, Rodríguez, Bartolomé y Hernández (2004) evaluaron el grado de síndrome de estar quemado entre los profesionales que proveen cuidados formales a los ancianos en unidades geriátricas. Como hipótesis de trabajo vienen manejando actualmente las siguientes:

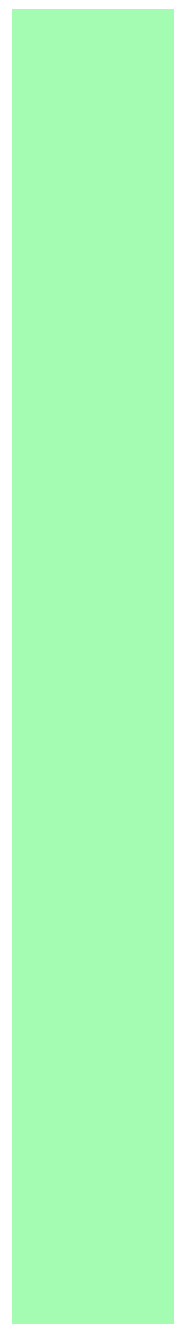
1. Existirá una relación positiva significativa entre años en la organización, conflicto de rol y ambigüedad de rol con el síndrome de estar quemado.

2. Existirá una relación significativa, en sentido negativo, entre edad, clima social laboral, satisfacción laboral, percepciones de calidad, apoyo social y estado de salud percibido con el abrasamiento. El impacto potencial esperado por los autores es el que sigue: a) la identificación de las variables intra y extraorganizacionales, específicas de cada centro, en la precipitación de este síndrome, b) ayudaría en la toma de decisiones en las diferentes organizaciones, puesto que estarían identificados los factores antecedentes, c) la identificación de los factores antecedentes del síndrome permitiría

orientar en la elaboración de políticas concretas de abordaje del problema, y d) el conocimiento y abordaje de la problemática podría mejorar la calidad de la asistencia sociosanitaria que se presta a los mayores.



ESTUDIO EMPÍRICO



ESTUDIO EMPÍRICO

12

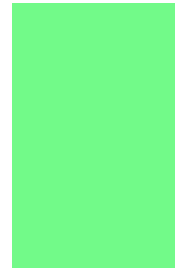
Introducción

12. INTRODUCCIÓN

Tal como puede verse en las páginas anteriores, todo el tema del cuidado, tanto formal como informal, ha ido cobrando un especial interés en los últimos años, fruto, entre otras razones, del aumento del número de personas pertenecientes a los grupos de edad más avanzados y del incremento del individuos afectados por distintas discapacidades como consecuencia de una mayor longevidad.

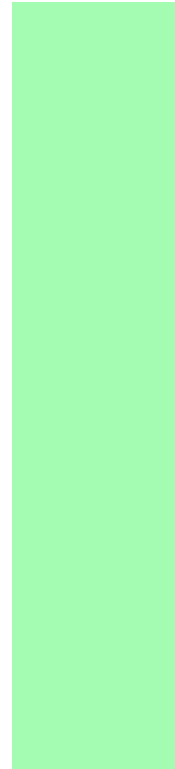
Con el estudio llevado a cabo se pretende contribuir a un mejor conocimiento de esta realidad; en este caso concreto, referido a los cuidadores formales cuya desempeño laboral se desenvuelve dentro de un contexto potencialmente estresante. Para este propósito se ha realizado el esfuerzo de tomar una muestra -con los sesgos propios del tipo de selección pero impuesto por las disponibilidades existentes-, lo cual se tendrá en cuenta a la hora de las interpretaciones de los resultados, que permita la realización de determinados análisis.

ESTUDIO EMPÍRICO



13

Objetivos



13. OBJETIVOS

13.1. OBJETIVOS GENERALES

La presente investigación tiene como marco de referencia los planteamientos propios de la Psicología de la Salud, en el que se concibe al organismo como una unidad en la que confluyen simultánea e interactivamente aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En base a esta posición se han determinado los objetivos que siguen:

1. Estudiar una muestra de cuidadores formales, pertenecientes a distintos lugares de trabajo, y encontrar las posibles diferencias existentes entre diversos subgrupos de ellos.
2. Buscar en dicha muestra, las posibles variables relevantes que puedan ayudar a explicar la pertenencia de los sujetos a un subgrupo concreto y hallar procedimientos que permitan ubicar a otros en los subgrupos formados, con el mínimo de error posible en la clasificación.
3. Encontrar en la muestra las posibles relaciones existentes entre variables sociodemográficas, laborales y aspectos psicológicos evaluados.

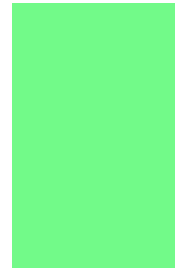
13.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en los distintos instrumentos aplicados (*Entrevista de Carga para Cuidadores Formales*, *Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-28)*, *Evaluación del Apoyo Social*, *Cuestionario COPE*, *Escala de Satisfacción Vital* y *Test de Orientación Vital Revisado*) en función del sexo, la edad y demás variables sociodemográficas y laborales recogidas.

2. Averiguar en la muestra cuáles son las variables que ayudan a explicar la pertenencia de los sujetos al grupo de los que han alcanzado una puntuación alta en la *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales* o al de los que la han obtenido baja.

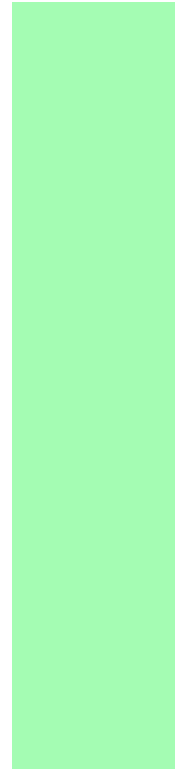
3. Estudiar las relaciones existentes entre las variables sociodemográficas y laborales con los distintos instrumentos utilizados (los citados en el objetivo específico 1) y de éstos entre sí.

ESTUDIO EMPÍRICO



14

Material y Procedimiento



14. MATERIAL Y PROCEDIMIENTO

14.1. MUESTRA

La muestra total de sujetos está compuesta por 302 cuidadores formales, profesionales que trabajan mayoritariamente en centros de ancianos, concretamente 254, frente a 34 que lo hacen en la modalidad de ‘ayuda a domicilio’. El 85,1% son mujeres ($n = 257$) y el 12,9% hombres ($n = 39$). La edad media es de 33,9931 años (d.t. = 9,46317) (35,6410 años, d.t. = 9,06551, los varones y 33,7371 años, d.t. = 9,53407, las mujeres). Se reparten en 28 ciudades, correspondientes a diez provincias españolas, y en 30 centros. De estos últimos, 9 (30%) son de titularidad pública y engloban a 80 sujetos de la muestra (26,5%). En cuanto al estado civil, en general, son solteros ($n = 132$, 43,7%) o casados o viviendo en pareja ($n = 141$, 46,7%). Por lo que respecta a la titulación informada 20 (6,6%) tienen EGB o graduado escolar, 210 (69,5%) Formación Profesional de primer grado (FP I), 18 (6%) Bachillerato o Formación Profesional de segundo grado (FP II), 9 (3%) COU y 25 (8,3%) título universitario. Por último, se indica que 176 (58,3%) estaban siempre a cargo del mismo grupo de ancianos.

Para la consecución de algunos objetivos del presente estudio la muestra total se generaron algunas submuestras que se detallan a continuación.

Con la *edad* se crearon siete grupos, con intervalos de cinco años (véase la Tabla 3). Así, el primero correspondía a los que tenían 25 años o menos; el segundo, a los que se situaban entre los 26 y los 30; el tercero, entre los 31 y 35; el cuarto, entre los 36 y 40; el quinto, entre los 41 y los 45; el sexto, entre los 46 y los 50 y, el séptimo, a los que alcanzaban o superaban los 51 años.

Por lo que respecta al *estado civil*, se crearon tres grupos. El primero engloba a los viudos, separados o divorciados; el segundo, a los solteros y, el tercero, a los casados o que viven en pareja (véase la Tabla 4).

Tabla 3

Frecuencia y porcentaje de sujetos según grupos formados en función de la edad

Submuestras	Frecuencia	Porcentaje
Igual o menos de 25 años	56	19,2%
Entre 26 y 30 años	70	24,1%
Entre 31 y 35 años	46	15,8%
Entre 36 y 40 años	43	14,8%
Entre 41 y 45 años	37	12,7%
Entre 46 y 50 años	24	8,2%
Igual o más de 51 años	15	5,2%
Total	291	100%

Tabla 4

Frecuencia y porcentaje de sujetos según grupos formados en función del estado civil

Submuestras	Frecuencia	Porcentaje
Viudo, separados o divorciados	21	7,1%
Solteros	132	44,9%
Casados o parejas de hecho	141	48%
Total	294	100%

En cuanto a la *titulación*, se generaron cinco grupos. El primero, para aquellos con EGB o graduado escolar; el segundo, para los que tenían Formación Profesional de Primer Grado (FP-I) o era técnico especialista; el tercero, para los que habían realizado el Bachillerato o realizaron la Formación Profesional de Segundo Grado (FP-II); el cuarto, para los que finalizaron el Curso de Orientación Universitaria (COU) y, por último, el quinto se reservó para los que tenían titulación universitaria (véase la Tabla 5).

Tabla 5

Frecuencia y porcentaje de sujetos según grupos formados en función de la titulación

Submuestras	Frecuencia	Porcentaje
E.G.B., graduado escolar	20	7,1%
F.P.-I, técnicos especialistas	210	74,5%
Bachillerato, F.P.-II	18	6,4%
C.O.U.	9	3,2%
Universitarios	25	8,9%
Total	282	100%

Con las variables *tiempo en el centro o lugar de trabajo* y *tiempo en el ejercicio de la profesión* se formaron seis grupos en ambas, con los mismos criterios. El primero, para igual o menos de 12 meses; el segundo, de 13 a 24 meses; el tercero, de 25 a 60; el cuarto, de 61 a 120; el quinto, de 121 a 180 y, el sexto, para los de igual o más de 181 meses (véase las Tablas 6 y 7).

Tabla 6

Frecuencia y porcentaje de sujetos según grupos formados en función del tiempo en el centro o lugar de trabajo

Submuestras	Frecuencia	Porcentaje
Igual o menos de 12 meses	93	35,5%
Entre 13 y 24 meses	48	18,3%
Entre 25 y 60 meses	65	24,8%
Entre 61 y 120 meses	35	13,4%
Entre 121 y 180 meses	15	5,7%
Igual o más de 181	6	2,3%
Total	262	100%

Tabla 7

Frecuencia y porcentaje de sujetos según grupos formados en función del tiempo en el ejercicio de la profesión

Submuestras	Frecuencia	Porcentaje
Igual o menos de 12 meses	38	14,4%
Entre 13 y 24 meses	41	15,5%
Entre 25 y 60 meses	96	36,4%
Entre 61 y 120 meses	50	18,9%
Entre 121 y 180 meses	24	9,1%
Igual o más de 181	15	5,7%
Total	264	100%

Para el *número de trabajadores en el centro o lugar de trabajo* se establecieron cinco grupos. El primero, para los de igual o menos de cinco trabajadores; el segundo, para los que se hallaban entre 6 y 15; el tercero, entre 16 a 50; el cuarto, entre 51 y 100 y, el quinto, para los que llegaban a 101 o más (véase la Tabla 8).

Por último, para la variable *número de ancianos* se hicieron cuatro grupos. El primero, cuando el centro tenía entre 7 y 15 ancianos; el segundo, entre 16 y 50; el

tercero, entre 51 y 100 y, el cuarto, cuando igualaba o sobrepasaba los 101 (véase la Tabla 9).

Tabla 8

Frecuencia y porcentaje de sujetos según grupos formados en función del número de trabajadores en el centro o lugar de trabajo

Submuestras	Frecuencia	Porcentaje
Igual o menos de 5 trabajadores	5	1,7%
Entre 6 y 15 trabajadores	38	12,9%
Entre 16 y 50 trabajadores	112	38,1%
Entre 51 y 100 trabajadores	72	24,5%
Igual o más de 101 trabajadores	67	22,8%
Total	294	100%

Tabla 9

Frecuencia y porcentaje de sujetos según grupos formados en función del número de ancianos

Submuestras	Frecuencia	Porcentaje
Entre 7 y 15 ancianos	10	3,3%
Entre 16 y 50 ancianos	71	23,5%
Entre 51 y 100 ancianos	117	38,7%
Igual o más de 101 ancianos	104	34,4%
Total	302	100%

14.2. INSTRUMENTOS

La selección de los instrumentos de la presente investigación ha venido condicionada, por un lado, por los objetivos propuestos y, por otro, por el procedimiento empleado. Con respecto a esto último, hay que señalar que se intentó que, en conjunto, la cumplimentación de las pruebas no rebasara más de una hora, por lo que se realizaron ensayos previos para comprobar este requisito. Asimismo, se indica que este trabajo ha servido para estudiar las propiedades psicométricas de uno de ellos, concretamente el referido al sentimiento de carga. La batería completa ha estado constituida por un *Cuestionario Sociodemográfico y de Aspectos Laborales*, la *Entrevista de Carga para*

Cuidadores Formales (Revuelta y Andújar, 2005), el *Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-28)* (versión en español de Lobo y Muñoz, 1996), la *Evaluación del Apoyo Social* (Vaux, Philips, Holly, Thompson, Williams y Stewart, 1986; versión de Andújar y Revuelta, 2001), el *Cuestionario COPE* (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; versión de Crespo y Cruzado, 1997), la *Escala de Satisfacción Vital* (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) y el *Test de Orientación Vital Revisado* (Scheier, Carver y Bridges, 1994; versión de Revuelta y Andújar, 2005). Se detallan a continuación.

14.2.1. ENTREVISTA DE CARGA PARA CUIDADORES FORMALES

La *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales* (Revuelta y Andújar, 2005) es una adaptación de la *Entrevista de Carga del Cuidador*, pensada para cuidadores informales, desarrollada por Zarit *et al.* Inicialmente, constaba de 29 ítem (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980) y posteriormente se redujo a 22 elementos (Zarit, Orr y Zarit, 1985). En el original se ha informado de una consistencia interna entre 0,76 y 0,95. Presenta cinco alternativas de respuesta, que van desde *nunca* (0) hasta *casi siempre* (5). Las preguntas fueron seleccionadas basándose en la experiencia clínica y en estudios previos. Cubre áreas frecuentemente mencionadas por los cuidadores como problemáticas. Con esta adaptación para cuidadores formales se ha obtenido un valor de α de Cronbach de 0,853 y aparecen cinco factores que reflejan *agotamiento y desesperanza, consecuencias negativas personales y sociales, preocupación por los receptores del cuidado, responsabilidad y respuesta emocional al cuidado*.

14.2.2. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL GHQ-28

El *Cuestionario de Salud General GHQ-28* es un test de cribaje, elaborado por Goldberg, autoadministrado con el objetivo de detectar trastornos psíquicos no psicóticos en la población general. Tiene diversas formas con distintos números de ítem. La aquí utilizada, es la versión al español de Lobo y Muñoz (1996), y tiene un total de 28. Las dimensiones evaluadas son: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Además hay una puntuación total. A mayor puntuación en las dimensiones y en la total peor estado de salud.

14.2.3. EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL (SSA)

Para medir el apoyo social percibido se ha empleado una versión en español del *Social Support Appraisal (SSA)*, de Vaux, Philips, Holly, Thompson, Williams y Stewart (1986). Este instrumento contiene un total de 23 ítem, que en el original se agrupan en tres subescalas, en función de la procedencia del apoyo: familia, amigos y gente, en general. Tiene cuatro alternativas de respuesta, que van desde *muy de acuerdo* hasta *muy en desacuerdo*. Con la versión aplicada, en estudios previos (Andújar y Revuelta, 2001) se ha obtenido una buena consistencia interna en la escala completa (alfa de Cronbach de 0,83).

14.2.4. CUESTIONARIO COPE

Se trata de un inventario de afrontamiento multidimensional, confeccionado por Carver, Scheier y Weintraub (1989). En esta investigación se ha utilizado la adaptación al español de Crespo y Cruzado (1997). Evalúa un grupo amplio de estrategias de afrontamiento: *búsqueda de apoyo social, religión, humor, consumo de alcohol o drogas, planificación y afrontamiento activo, abandono de los esfuerzos de afrontamiento, centrarse en las emociones y desahogarse, aceptación, negación, refrenar el afrontamiento, concentrar esfuerzos para solucionar la situación, crecimiento personal, reinterpretación positiva, actividades distractoras de la situación y evasión*. Esta estructura factorial es similar a la del instrumento original. En esta adaptación española se ha obtenido una consistencia interna entre 0,60 y 0,93, en 13 de las 15 subescalas (*actividades distractoras* tuvo un valor de 0,32 y *evasión* de 0,37), una fiabilidad test-retest con un valor de r superior a 0,5, a excepción del hallado con la subescala *Negación* ($r = 0,34$), siendo todas significativas ($p < 0,001$) (ver también Fernández y Blasco, 2001). Un análisis de la versión disposicional arrojó seis modos básicos: *afrontamiento conductual del problema, afrontamiento cognitivo del problema, escape cognitivo, afrontamiento de las emociones, escape conductual y consumo de alcohol o drogas* (Crespo y Cruzado, 1997).

14.2.5. ESCALA DE SATISFACCIÓN VITAL (ESV)

Esta escala, de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), es una medida de la satisfacción vital global, uno de los componentes del bienestar subjetivo. Ha mostrado unas aceptables propiedades psicométricas, incluyendo una alta consistencia interna así como una buena estabilidad en la fiabilidad test-retest. Tiene sólo cinco ítem, que han de puntuarse de 1 (*muy en desacuerdo*) a 7 (*muy de acuerdo*). El trabajo original, compuesto de tres estudios, informa de una fiabilidad test-retest de 0,82 y de un coeficiente alfa de 0,87 y de unas correlaciones de cada ítem con el total de 0,81, 0,63, 0,61, 0,75 y 0,66 para cada uno de los ítem, desde el primero de los ítem hasta el último. La versión que se aplica es de Revuelta y Andújar (2005).

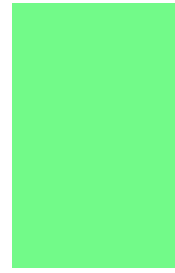
14.2.6. TEST DE ORIENTACIÓN VITAL REVISADO

Esta prueba evalúa la predisposición optimista en relación con las expectativas de resultado y ha sido elaborada por Scheier, Carver y Bridges (1994), a partir de otra desarrollada por Scheier y Carver (1985). La versión que en este estudio se ha utilizado es de Revuelta y Andújar (2005). Consta de un total de diez ítem. Sin embargo, sólo se tienen en cuenta seis de ellos, de los cuales tres están en una dirección positiva y tres en negativa, por lo que hay que invertir las puntuaciones. La correlación de cada ítem con el total ha oscilado, en el trabajo de Scheier *et al.* (1994), desde 0,43 a 0,63 y el alfa de Cronbach fue de 0,78. La fiabilidad test-retest fue de 0,68 a los cuatro meses, de 0,60 a los 12 meses, de 0,56 a los 24 meses y de 0,79 a los 28 meses. Presenta un formato de cinco alternativas de respuesta, desde *totalmente en desacuerdo* (0) a *totalmente de acuerdo* (4).

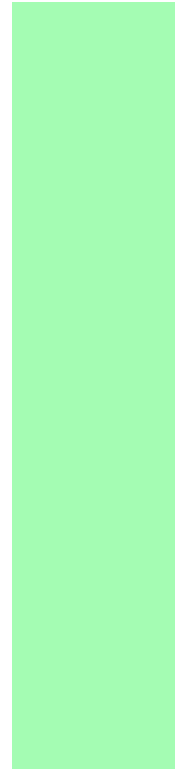
14.3. MATERIAL INFORMÁTICO

Para los cálculos estadísticos se ha utilizado el programa estadístico SPSS, en su versión 13, que permite, además de operaciones básicas, acceder a análisis multivariante y se han consultado manuales específicos sobre el mismo (entre otros, Pardo y Ruiz, 2002, 2005; Pérez, 2001, 2005).

ESTUDIO EMPÍRICO



Metodología



15. METODOLOGÍA

15.1. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El período de selección de la muestra ha abarcado aproximadamente un año. Es fácilmente deducible que no se ha tenido acceso a todas las residencias o centros de trabajo donde se cuidan a ancianos y que ha habido que limitarse a aquellos con los que se ha podido contactar y a los que han estado dispuestos a colaborar. No obstante, el número de los mismos ha sido amplio, treinta en total, y los sujetos se reparten entre veintiocho ciudades, correspondientes a diez provincias españolas.

15.2. PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN

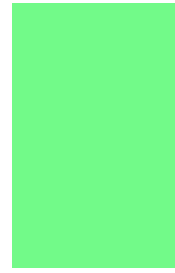
Para la aplicación de las pruebas se contactó telefónicamente con una persona de cada centro u organización, para que actuara de enlace con el resto de los trabajadores en la petición de colaboración. Una vez localizada la misma, se le enviaba el conjunto de los instrumentos en un cuadernillo por persona, según el número de trabajadores existentes que aceptaban participar. En algunos casos sucedió que se produjo, al final, un aumento de aquellos que se sumaban a este estudio, por lo que hacían fotocopia de los protocolos.

Es obvio que, de esta forma, es difícil o no es posible establecer algún tipo de filtrado. Por ejemplo, para personas con determinadas psicopatologías, por lo que es algo que hay que tener en cuenta en la interpretación de los resultados, fenómeno común a esta clase de investigaciones.

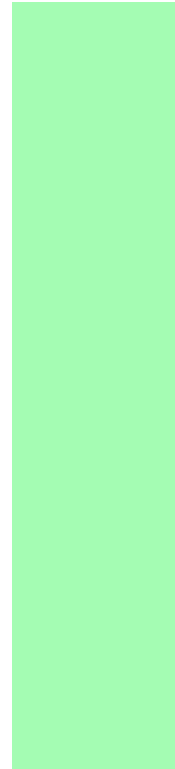
15.3. MÉTODO ESTADÍSTICO

Los análisis de los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos utilizadas y de las variables sociodemográficas y laborales se han efectuado con una variedad de técnicas estadísticas: *a)* para la diferenciación grupal: análisis de varianza (ANOVA), *b)* para la clasificación de variables mediante otras relevantes: análisis discriminante múltiple, y *c)* para las relaciones entre variables: correlación de Pearson.

ESTUDIO EMPÍRICO



Resultados



16. RESULTADOS

16.1. DIFERENCIACIÓN GRUPAL

Se ha analizado la muestra de cuidadores formales en función de diversas variables sociodemográficas y laborales, utilizando para ello el análisis de varianza de un factor (ANOVA), con contrastes *post hoc* cuando han sido pertinentes. Para algunos objetivos concretos se ha empleado la prueba *t* de Student. Las variables que se han tomado como dependientes han sido: salud autopercebida, *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales*, subescalas A (*síntomas somáticos*), B (*ansiedad e insomnio*), C (*disfunción social*) y D (*depresión grave*), del GHQ-28, la puntuación total de este último cuestionario, las distintas subescalas del *Cuestionario COPE* (*búsqueda de apoyo social, religión, humor, consumo de alcohol o drogas, planificación y afrontamiento activo, abandono de los esfuerzos de afrontamiento, centrarse en las emociones y desahogarse, aceptación, negación, refrenar el afrontamiento, concentrar esfuerzos para solucionar la situación, crecimiento personal, reinterpretación positiva, actividades distractoras de la situación y evadirse*), la *Escala de Satisfacción Vital* y el *Test de Orientación Vital*. No obstante, hay que advertir que *salud autopercebida* también ha sido tomada como variable independiente en sus cinco niveles (véanse las Tablas 24 y 25).

16.1.1 DIFERENCIAS SEGÚN SEXO

Según el sexo, han aparecido diferencias estadísticamente significativas en tres modos de afrontamiento y en la puntuación total de la *Escala de Satisfacción Vital*. Con respecto a los primeros, los datos han sido los que siguen: *centrarse en las emociones y desahogarse* ($F = 6,699$, $p = 0,010$), *negación* ($F = 4,406$, $p = 0,037$) y *refrenar el afrontamiento* ($F = 4,361$, $p = 0,038$). En cuanto a la *ESV* se obtuvo un valor de $F = 5,031$ ($p = 0,026$). En todos los casos, la media fue superior para las mujeres (véase la Tabla 10).

Tabla 10: Diferencias de medias según Sexo

Categorías del Factor (V.I.)	V.D.→	Afrontamiento			ESV
		CEN	NEG	REF	
Varones	Media	7,31	6,03	8,21	6,26
	D.T.	2,04	1,72	2,13	1,00
Mujeres	Media	8,41	6,71	9,02	6,39
	D.T.	2,48	1,87	2,21	,40
Estadístico		F (1) = 6,70	F (1) = 4,41	F (1) = 4,36	F (1) = 5,03
P		0,01 *	0,037 *	0,038 *	0,03 *
* Significativo con el nivel de confianza del 0,05 CEN = Afrontamiento: centrarse en las emociones y desahogarse NEG = Afrontamiento: negación REF = Afrontamiento: refrenar el afrontamiento ESV = Satisfacción Vital					

16.1.2. DIFERENCIAS SEGÚN CENTRO PÚBLICO

En cuanto a si el centro pertenecía a la *administración pública* o no, surgieron diferencias estadísticamente significativas en algunas dimensiones del *Cuestionario COPE: Religión* ($F = 5,883$, $p = 0,016$), *humor* ($F = 7,568$, $p = 0,006$), *aceptación* ($F = 5,868$, $p = 0,016$) y *reinterpretación positiva* ($F = 5,672$, $p = 0,018$). Puntuaron más alto en *religión* aquellos sujetos que no estaban en centros públicos, mientras en el resto fue al contrario (véase la Tabla 11).

16.1.3. DIFERENCIAS SEGÚN EDAD

Con respecto a la *edad* se formaron siete grupos, distribuidos en intervalos de cinco años, como se informa en otro lugar. Este agrupamiento era el que permitía una mayor semejanza entre ellos en cuanto al número de sujetos. Similarmente a cuando se han tomado otras variables, sólo se alcanzaron diferencias estadísticamente

Tabla 11: Diferencias de medias según Centro Público

Categorías del Factor (V.I.)	V.D.→	Afrontamiento			
		REL	HUM	ACE	REI
Pertenece a la Administración Pública	Media	7,61	7,61	10,75	8,59
	D.T.	3,34	3,15	3,19	2,14
No pertenece a la Administración Pública	Media	8,79	6,91	9,76	7,86
	D.T.	3,46	2,66	2,77	2,19
Estadístico		F(1)= 5,88	F(1)= 7,57	F(1) = 5,87	F(1) = 5,67
P		0.02 *	0.01 *	0,02 *	0.02 *
* Significativo con el nivel de confianza del 0,05 REL = Afrontamiento: religión HUM = Afrontamiento: humor ACE = Afrontamiento: aceptación REI = Afrontamiento: reinterpretación positiva					

significativas para la dimensión *crecimiento personal* ($F = 2,557$, $p = 0,020$) y *Evadirse* ($F = 2,229$, $p = 0,041$), del *Cuestionario COPE*.

No obstante, al efectuar contrastes *post hoc*, asumiendo varianzas iguales para la primera de ellas (estadístico de Levene = 1,162, $p = 0,327$), con el método de Scheffé, no surgió ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los distintos subgrupos. Para la segunda, *evadirse*, dado que el estadístico de Levene tenía un valor de 2,420, con un nivel de significación igual a 0,027, se emplearon las técnicas *post hoc* para cuando no se asume igualdad de varianza. Con cualquiera de los métodos del SPSS (T2 de Tamhane, T3 de Dunnett, Games-Howell y C de Dunnett), la diferencia aparecía entre el primer subgrupo (sujetos menores de 25 años) –que puntuaron más alto- y el quinto (sujetos entre 41 y 45 años) (véase la Tabla 12).

Tabla 12: Diferencias de medias según Edad		
Categorías del Factor (V.I.)	V.D.→	Afrontamiento
		EVA
Igual o menos de 25 años	Media	5,44
	D.T.	1,51
Entre 26 y 30 años	Media	4,80
	D.T.	1,30
Entre 31 y 35 años	Media	4,70
	D.T.	1,21
Entre 36 y 40 años	Media	5,16
	D.T.	2,03
Entre 41 y 45 años	Media	4,41
	D.T.	1,23
Entre 46 y 50 años	Media	4,78
	D.T.	1,98
Igual o más de 51 años	Media	5,53
	D.T.	2,07
Estadístico		F (6) = 2,23
P		0,04 *
* Significativo con el nivel de confianza del 0,05 EVA = Afrontamiento: evadirse		

16.1.4. DIFERENCIAS SEGÚN ESTADO CIVIL

A la vista de que el número de personas viudas era pequeño ($n = 4$) se decidió hacer una división en la variable *estado civil* en tres grupos: a) viudos, separados o divorciados, b) solteros, y c) casados o viviendo en pareja. A partir de aquí, con el ANOVA se detectaron cinco diferencias estadísticamente significativas: *salud autopercebida* ($F = 3,093$, $p = 0,047$), *ansiedad e insomnio* (GHQ-B) ($F = 4,229$, $p = 0,015$), *negación* (del *Cuestionario COPE*) ($F = 3,298$, $p = 0,039$), *actividades distractoras de la situación* (igualmente del *COPE*) ($F = 5,076$, $p = 0,007$) y puntuación total en la *Escala de Satisfacción Vital* ($F = 4,876$, $p = 0,008$).

De acuerdo con los estadísticos de Levene, en todos los casos se podía asumir la homogeneidad de las varianzas, por lo que se utilizó como contraste *a posteriori* el

método de Scheffé y los resultados fueron como siguen: para la *salud autopercebida* no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos, para *ansiedad e insomnio* se encontraron entre el grupo 1 (viudos separados o divorciados) frente a los otros dos -solteros, por un lado, y casados o viviendo en pareja, por otro-, para *negación* entre el primero (viudos,...) y el tercero (casados...), para *actividades distractoras de la situación* entre el primero (viudos,...) con respecto a los otros dos (solteros, por una parte, y casados o viviendo en pareja, por otra). En todos, las medias más elevadas las presentó el primer grupo. Por último, en la *ESV* las diferencias fueron entre el primer grupo y el segundo, así como entre el primero y el tercero. La mayor puntuación media fue la del grupo de casados o viviendo en pareja y la menor la de los viudos, separados y divorciados (véase la Tabla 13).

Tabla 13: Diferencias de medias según Estado Civil

Categorías del Factor (V.I.)	V.D.→	GHQ-28-B	Afrontamiento		ESV
			NEG	ACT	
Viudos, separados o divorciados	Media	2,07	2,07	7,90	19,49
	D.T.	5,31	2,09	1,33	7,04
Solteros	Media	4,60	6,57	7,43	23,49
	D.T.	3,89	1,66	1,63	6,32
Casados o parejas de hecho	Media	4,70	6,48	6,95	24,14
	D.T.	4,25	1,95	1,43	6,26
Estadístico		F(2)= 4,23	F(2)= 3,30	F (2) = 5,08	F (2) = 4,88
P		0,02 *	0,039 *	0,01 *	0,01 *
* Significativo con el nivel de confianza del 0,05 GHQ-28-B = Salud General: ansiedad e insomnio NEG = Afrontamiento: negación ACT = Afrontamiento: actividades distractoras de la situación ESV = Satisfacción Vital					

16.1.5. DIFERENCIAS SEGÚN TITULACIÓN

El ANOVA realizado tomando como factor la *titulación* informada por los sujetos de la muestra ha generado tan solo tres diferencias estadísticamente significativas, concretamente en la puntuación total del *GHQ-28* ($F = 3,344$, $p = 0,011$), en la del *SSA* ($F = 2,757$, $p = 0,028$) y en la subescala *centrarse en las emociones y desahogarse* del *Cuestionario COPE* ($F = 3,248$, $p = 0,013$).

Llevados a cabo contraste *a posteriori*, con el método Scheffé, para la primera y la tercera de las variables, sólo se detectó una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo cuarto (COU) y quinto (Universidad), con la puntuación media más elevada este último en la subescala del *COPE* y ninguna en el *GHQ-28*. No obstante, hay que tener en cuenta que el número de sujetos en cada uno de ellos es de nueve y de veinticinco, respectivamente, por lo que hay que tomar estos resultados con precaución.

Con respecto a la puntuación en el *SSA*, se utilizaron T2 de Tamhane, T3 de Dunnett, Games-Howell y C de Dunnett, dado que no podía asumirse igualdad de varianzas (estadístico de Levene = 2,592, $p = 0,037$). Las diferencias estadísticamente significativas surgieron entre el grupo cuarto (COU) en relación con el primero (EGB, graduado escolar), el segundo (FP I, técnico especialista) y el quinto (Universidad). En todas ellas, la puntuación media menor era del primer grupo. Igualmente, hay tener presente para la interpretación de estos resultados el número de sujetos que corresponden a cada uno de estos grupos (véase la Tabla 14).

16.1.6. DIFERENCIAS SEGÚN CUIDAR A OTROS

Tomando como variable independiente el hecho de si el trabajador *cuidaba* o no a otras personas, la única diferencia estadísticamente significativa ha sido en la puntuación total de la *Entrevista de Carga* ($F = 4,481$, $p = 0,035$). Sin embargo, el estadístico de Levene alcanzó un valor igual 7,446, con una $p = 0,007$, lo cual indica

que no es posible asumir la igualdad de varianzas. Por ello, para confirmar esta diferencia estadísticamente significativa se aplicó la prueba *t* de Student para muestras

Tabla 14: Diferencias de medias según Titulación			
Categorías del Factor (V.I.)	V.D.→	Afrontamiento	SSA
		CEN	
E.G.B., graduado escolar	Media	7,74	70,90
	D.T.	2,21	6,25
F.P.-I, técnicos especialista	Media	8,28	74,00
	D.T.	2,39	8,56
Bachillerato, F.P.-II	Media	8,67	76,57
	D.T.	2,29	8,79
C.O.U.	Media	6,11	80,89
	D.T.	1,76	2,67
Universitarios	Media	9,30	73,36
	D.T.	2,74	7,33
Estadístico		F (4) = 3,25	F (4) = 2,76
P		0,01 *	0,03 *
* Significativo con el nivel de confianza del 0,05 CEN = Afrontamiento: centrarse en las emociones y desahogarse SSA = Apoyo Social			

independientes, que obtuvo un valor de $-1,888$ ($p = 0,062$) para la opción de no asunción de la citada igualdad, lo que no apoya lo anterior.

16.1.7. DIFERENCIAS SEGÚN TIEMPO EN EL CENTRO O LUGAR DE TRABAJO

Por lo que respecta al *tiempo en el Centro o lugar de trabajo*, tomado como variable independiente, se dieron algunas diferencias estadísticamente significativas, de acuerdo con los seis grupos formados de intervalos temporales. Específicamente en la

Entrevista de Carga ($F = 3,035$, $p = 0,011$), en las subescalas A (*síntomas somáticos*) ($F = 2,967$, $p = 0,013$), B (*ansiedad e insomnio*) ($F = 2,659$, $p = 0,023$) y C (*disfunción social*) ($F = 2,581$, $p = 0,027$) del GHQ-28, así como en su puntuación total ($F = 2,867$, $p = 0,015$), en el SSA ($F = 2,354$, $p = 0,041$) y en la subescala *aceptación* del Cuestionario COPE ($F = 2,979$, $p = 0,013$). Efectuados contrastes *post hoc*, con el método Scheffé, únicamente se dio diferencia entre el primer grupo (menos de doce meses) y el cuarto (entre los sesenta y los ciento veinte meses) en *síntomas somáticos* del GHQ-28, con mayor puntuación para estos últimos (véase la Tabla 15).

Tabla 15: Diferencias de medias según Tiempo en el Centro		
Categorías del Factor (V.I.)	V.D.→	GHQ-28-A
Igual o menos de 12 meses	Media	3,72
	D.T.	3,73
Entre 13 y 24 meses	Media	5,87
	D.T.	4,48
Entre 25 y 60 meses	Media	5,12
	D.T.	4,40
Entre 61 y 120 meses	Media	4,85
	D.T.	3,28
Entre 121 y 180 meses	Media	6,33
	D.T.	4,35
Igual o más de 181 meses	Media	6,17
	D.T.	2,71
Estadístico		F (5) = 2,97
P		0,01 *
* Significativo con el nivel de confianza del 0,05 GHQ-28-A = Salud General: síntomas somáticos		

16.1.8. DIFERENCIAS SEGÚN EL TIEMPO DE EJERCICIO DE LA PROFESIÓN

Asimismo, se consideró el *tiempo de ejercicio en la profesión*, con el que igualmente se agruparon los datos en seis intervalos, y se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas en las mismas variables, con excepción de las obtenidas en la subescala B del GHQ-28 (*ansiedad e insomnio*) y puntuación total del SSA, donde no se dieron. En la *Entrevista de Carga* el valor de F ha sido 3,382 ($p = 0,006$), en la subescala A del GHQ-28 (*síntomas somáticos*) de 2,266 ($p = 0,048$), en la subescala C del GHQ-28 (*disfunción social*) de 2,653 ($p = 0,023$), en la puntuación total del GHQ-28 de 2,357 ($p = 0,041$) y en el modo de afrontamiento *aceptación* del Cuestionario COPE de 3,907 ($p = 0,002$).

Para las cuatro primeras se utilizó el método de Scheffé, al poder asumir varianzas iguales, y solamente surgió una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo primero (menos de doce meses) y el quinto (entre ciento veintiuno y ciento ochenta meses) –con una puntuación media más elevada– en la *Entrevista de Carga*. Con las subescalas del GHQ-28 y con su puntuación total no hubo ninguna. En cuanto al modo de afrontamiento *aceptación*, del Cuestionario COPE, tal diferencia se produjo entre el grupo tercero (entre veinticinco y sesenta meses) y el cuarto (entre sesenta y uno y ciento veinte meses), que presentó una media mayor, utilizando como contraste *post hoc* T2 de Tamhane, T3 de Dunnett, Games-Howell y C de Dunnett, dado que no podía asumirse igualdad de varianzas (estadístico de Levene = 2,297, $p = 0,046$) (véase la Tabla 16).

16.1.9. DIFERENCIAS SEGÚN PERCEPCIÓN DE OTROS INGRESOS

Cuando se tomó como variable independiente *percibir otros ingresos*, sólo se detectó una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación total de la *Escala de Satisfacción Vital* ($F = 4,154$, $p = 0,042$), con una más alta puntuación media en aquellos que no cobraban por otro lado (véase la Tabla 17).

Tabla 16: Diferencias de medias según Tiempo de Ejercicio de la Profesión			
Categorías del Factor (V.I.)	V.D.→	Afrontamiento	EC
		ACE	
Igual o menos de 12 meses	Media	9,95	19,42
	D.T.	3,40	8,65
Entre 13 y 24 meses	Media	9,25	26,77
	D.T.	2,94	11,50
Entre 25 y 60 meses	Media	9,25	26,08
	D.T.	2,32	10,84
Entre 61 y 120 meses	Media	11,06	25,06
	D.T.	3,14	11,42
Entre 121 y 180 meses	Media	10,90	29,91
	D.T.	3,01	12,97
Igual o más de 181 meses	Media	11,41	24,67
	D.T.	2,52	6,69
Estadístico		F (5) = 3,91	F (5) = 3,38
P		0,002 *	0,006 *
* Significativo con el nivel de confianza del 0,05 ACE = Afrontamiento: aceptación EC = Entrevista de Carga para Cuidadores Formales			

Tabla 17: Diferencias de medias según Percepción de Otros Ingresos		
Categorías del Factor (V.I.)	V.D.→	ESV
Cobrar	Media	21,45
	D.T.	6,18
No cobrar	Media	23,86
	D.T.	6,40
Estadístico		F (1) = 4,15
P		0,04 *
* Significativo con el nivel de confianza del 0,05 ESV = Satisfacción Vital		

16.1.10. DIFERENCIAS SEGÚN CAPITAL DE PROVINCIA

Otra de las variables independientes consideradas fue si el lugar de trabajo estaba en una *capital* de provincia, por cuanto pueda suponer algunos estilos de vida diferentes, si bien cada vez esta cuestión está más difuminada. Aquí emergieron siete diferencias estadísticamente significativas: puntuación total del *GHQ-28* ($F = 4,059$, $p = 0,045$), puntuación total del *SSA* ($F = 4,339$, $p = 0,038$), modos de afrontamiento *búsqueda de apoyo social* ($F = 6,075$, $p = 0,014$), *consumo de alcohol o drogas* ($F = 4,836$, $p = 0,029$), *abandono de los esfuerzos de afrontamiento* ($F = 3,926$, $p = 0,049$) y *centrarse en las emociones y desahogarse* ($F = 5,985$, $p = 0,015$) del *Cuestionario COPE* y la puntuación total de la *Escala de Satisfacción Vital* ($F = 6,707$, $p = 0,010$). Los que trabajaban en una capital de provincia tuvieron puntuaciones medias superiores en el *GHQ-28*, *búsqueda de apoyo social* y *centrarse en las emociones y desahogarse*. Este aspecto sobre las otras tres diferencias se explicitan un poco más abajo.

Teniendo en cuenta que los estadísticos de Levene de *consumo de alcohol o drogas* y *abandono de los esfuerzos de afrontamiento* eran 17,119 ($p < 0,001$) y 8,866 ($p = 0,029$), respectivamente, del *Cuestionario COPE*, y de la puntuación total en la *Escala de Satisfacción Vital*, 3,968 ($p = 0,047$), se efectuaron pruebas *t* de Student, tomando como valor el dado cuando no se asume igualdad de varianzas. Los valores alcanzados, respectivamente, fueron de $-2,118$ ($p = 0,036$), $-1,955$ ($p = 0,052$) y $2,572$ ($p = 0,011$).

El segundo, pues, es casi significativo para una $p = 0,05$). Los que trabajaban en una capital de provincia puntuaron más alto en la subescala del *COPE* y a la inversa en la *ESV* (véase la Tabla 18).

Tabla 18: Diferencias de medias según Capital de Provincia								
Categorías del Factor (V.I.)	V.D. →	GHQ-28	Afrontamiento				SSA	ESV
			BUS	CON	ABA	CEN		
Capital de provincia	Medi a	19,12	21,88	4,56	4,34	8,65	72,93	22,44
	D.T.	9,86	5,014	1,80	1,62	2,61	8,33	6,82
No capital de provincia	Medi a	16,95	20,38	4,18	3,98	7,92	74,95	24,36
	D.T.	8,61	4,89	,92	1,31	2,26	8,37	5,90
Estadístico		F(1)= 4,06	F(1)= 6,08	t (177,55) = -2,12	t (237,11) = -1,96	F(1) = 5,99	F(1)= 4,34	t (278,16) = 2,57
P		0,05	0,01 *	0,04 *	0,05	0,02 *	0,04 *	0,01 *
* Significativo con el nivel de confianza del 0,05 GHQ-28 = Salud General BUS = Afrontamiento: búsqueda de apoyo social CON = Afrontamiento: consumo de alcohol y drogas ABA = Afrontamiento: abandono de los esfuerzos de afrontamiento CEN = Afrontamiento: centrarse en las emociones y desahogarse SSA = Apoyo Social ESV = Satisfacción Vital								

16.1.11. DIFERENCIAS SEGÚN NÚMERO DE TRABAJADORES

En cuanto al *número de trabajadores* o compañeros se detectaron diferencias estadísticamente significativas en *salud autopercebida* ($F = 2,862$, $p = 0,024$), la puntuación total de la *Entrevista de Carga* ($F = 2,875$, $p = 0,023$), subescala C (*disfunción social*) del GHQ-28 ($F = 3,406$, $p = 0,010$) y el modo de afrontamiento *centrarse en las emociones y desahogarse* ($F = 5,450$, $p < 0,001$), del *Cuestionario COPE*. El método Scheffé arrojó diferencias entre el grupo cuarto (entre cincuenta y uno y cien trabajadores) y el quinto (más de cien trabajadores) en la subescala C del GHQ-28 y en el modo de afrontamiento citado del *Cuestionario COPE*, pero ninguna

en *salud autopercebida* y en la *Entrevista de Carga*. En ambos casos, las puntuaciones medias fueron más elevadas en el grupo quinto (véase la Tabla 19).

Tabla 19: Diferencias de medias según Número de Trabajadores			
Categorías del Factor (V.I.)	V.D.→	Afrontamiento	<i>GHQ-28-C</i>
		CEN	
Igual o menos de 5	Media	7,00	5,80
	D.T.	3,00	1,30
Entre 6 y 15	Media	8,30	6,00
	D.T.	2,44	1,39
Entre 16 y 50	Media	8,30	6,43
	D.T.	2,08	2,01
Entre 51 y 100	Media	7,46	5,97
	D.T.	2,36	2,06
Igual o más de 101	Media	9,41	7,07
	D.T.	2,80	1,94
Estadístico		F (4) = 5,45	F (4) = 3,41
P		< 0.001 *	0,01 *
* Significativo con el nivel de confianza del 0,05 CEN = Afrontamiento: centrarse en las emociones y desahogarse GHQ-28-C = Salud General: disfunción social			

16.1.12. DIFERENCIAS SEGÚN NÚMERO DE ANCIANOS

Según el *número de ancianos* del lugar donde se trabaja produjo varias diferencias estadísticamente significativas en *salud autopercebida* ($F = 3,184$, $p < 0,001$), las subescalas *religión* ($F = 6,075$, $p = 0,002$) y *consumo de alcohol o drogas* ($F = 2,687$, $p = 0,047$) del *Cuestionario COPE* y la puntuación total de la *Escala de Satisfacción Vital* ($F = 4,339$, $p = 0,001$). Con el método Scheffé afloraron diferencias entre el tercer (entre cincuenta y uno y cien ancianos) y cuarto grupo (por encima de cien ancianos) tanto en la subescala *religión* como en la *ESV*. En *salud autopercebida* y en *consumo de alcohol o drogas* los estadísticos de Levene no permitían asumir la igualdad de varianzas ($9,237$, $p < 0,001$; $9,002$, $p < 0,001$; respectivamente) por lo que se utilizaron los métodos *post hoc*: T2 de Tamhane, T3 de Dunnett, Games-Howell y C de Dunnett. Surgieron diferencias entre los grupos tercero y cuarto en *salud autopercebida* y ninguna en *consumo de alcohol o drogas*. El tercer grupo alcanzó mayores puntuaciones medias en *religión* y *ESV* y el cuarto en *salud autopercebida* (véase la Tabla 20).

16.1.13. DIFERENCIAS SEGÚN TENER SIEMPRE A CARGO EL MISMO GRUPO

Se llevaron a cabo, también, análisis de varianza de un factor, tomando como variable independiente el hecho de *tener siempre a su cargo el mismo grupo de ancianos*. Todas las diferencias estadísticamente significativas se dieron en las subescalas del *Cuestionario COPE*: *búsqueda de apoyo social* ($F = 4,498$, $p = 0,035$), *planificación y afrontamiento activo* ($F = 4,221$, $p = 0,041$), *centrarse en las emociones y desahogarse* ($F = 5,529$, $p = 0,020$), *aceptación* ($F = 11,081$, $p = 0,001$), *crecimiento personal* ($F = 8,689$, $p = 0,004$) y *reinterpretación positiva* ($F = 15,966$, $p < 0,001$). En la subescala *aceptación* no se podía asumir la igualdad de varianzas (estadístico de Levene = $9,503$, $p = 0,002$). Aplicada la prueba *t* de Student para estos casos, se obtuvo un valor de $-3,551$ ($p < 0,001$). Todas las puntuaciones medias fueron más elevadas en el grupo de los trabajadores que siempre tenían a su cargo el mismo grupo de ancianos con respecto a los que no (véase la Tabla 21).

Tabla 20: Diferencias de medias según Número de Ancianos

Categorías del Factor (V.I.)	V.D.→	SA	Afrontamiento	ESV
			REL	
Entre 7 y 15	Media	3,80	6,60	25,90
	D.T.	,79	1,90	6,49
Entre 16 y 50	Media	3,78	8,66	23,59
	D.T.	,79	3,20	5,73
Entre 51 y 100	Media	4,01	9,31	24,80
	D.T.	,61	3,39	5,92
Igual o más de 101	Media	3,59	7,63	21,53
	D.T.	,74	3,61	6,98
Estadístico		F(3)= 3,18	F(3)= 6,08	F(3)= 4,34
P		< 0,001 *	0,002 *	0,001 *
* Significativo con el nivel de confianza del 0,05 SA = Salud Autopercebida REL = Afrontamiento: religión ESV = Satisfacción Vital				

16.1.14. DIFERENCIAS SEGÚN SALUD AUTOPECIBIDA

Aunque se ha utilizado anteriormente la *salud autopercebida* como variable dependiente, parece interesante comprobar qué diferencias estadísticamente significativas, podrían aparecer considerándola como independiente, como apreciación personal de la salud. Tomada así se ha presentado en un número superior a las anteriores variables. Así, se han dado en la *Entrevista de Carga* ($F = 4,938$, $p = 0,002$), subescalas

A (*síntomas somáticos*) ($F = 4,542, p = 0,004$), B (*ansiedad e insomnio*) ($F = 4,517, p = 0,004$), C (*disfunción social*) ($F = 2,974, p = 0,032$), D (*depresión grave*) ($F = 3,507, p = 0,016$) y puntuación total ($F = 6,103, p < 0,001$) del GHQ, puntuación total del SSA

Tabla 21: Diferencias de medias según Tener Siempre a Cargo el Mismo Grupo

Categorías del Factor (V.I.)	V.D.→	Afrontamiento					
		BUS	PLA	CEN	ACE	CRE	REI
Si	Media	21,77	15,38	8,57	10,47	6,58	8,51
	D.T.	5,03	3,87	2,62	3,11	1,18	2,25
No	Media	20,39	14,33	7,78	9,18	6,08	7,36
	D.T.	4,55	3,65	2,27	2,41	1,40	2,00
Estadístico		F(1)= 4,50	F(1)= 4,22	F(1) = 5,53	t (218,24) = -3,55	F(1) = 8,69	F(1)= 15,97
P		0,04	0,04	0,02	< 0,001	0,004	< 0,001
* Significativo con el nivel de confianza del 0,05 BUS = Afrontamiento: búsqueda de apoyo social CON = Afrontamiento: planificación y afrontamiento activo CEN = Afrontamiento: centrarse en las emociones y desahogarse ACE = Afrontamiento: aceptación CRE = Afrontamiento: crecimiento personal REI = Afrontamiento: reinterpretación positiva							

($F = 8,946, p < 0,001$), subescalas *búsqueda de apoyo social* ($F = 4,522, p = 0,004$), *religión* ($F = 5,977, p = 0,001$), *humor* ($F = 3,408, p = 0,018$), *planificación y afrontamiento activo* ($F = 4,987, p = 0,002$), *crecimiento personal* ($F = 3,018, p = 0,031$) y *reinterpretación positiva* ($F = 2,927, p = 0,034$) del Cuestionario COPE, así como la puntuación total de la *Escala de Satisfacción Vital* ($F = 6,900, p < 0,001$).

Se dieron diferencias entre grupo quinto (salud autopercebida como muy buena) y el tercero (salud autopercebida como ni buena ni mala) en *Entrevista de Carga*, subescala B del GHQ-28, SSA, subescalas *búsqueda de apoyo social*, *religión*, *planificación y afrontamiento activo* y *reinterpretación positiva* del Cuestionario

COPE. Además, igualmente entre el quinto y el cuarto (salud autopercebida como buena) en *Entrevista de Carga*, subescala C del GHQ-28, SSA y subescalas *religión*, *planificación* y *afrontamiento activo* del COPE. Ninguna en *crecimiento personal* del COPE. Todo esto con el método Scheffé.

Por último, los estadísticos de Levene para la subescalas A y D del GHQ-28, así como su puntuación total, la subescala *humor* del Cuestionario COPE y la ESV fueron, respectivamente: 2,637 ($p = 0,50$), 5,517 ($p = 0,001$), 3,297 ($p = 0,021$), 4,368 ($p = 0,005$) y 2,779 ($p = 0,042$). Se aplicaron entonces las pruebas *post hoc* correspondientes y se encontraron diferencias entre el grupo quinto (salud autopercebida como muy buena) y el tercero (salud autopercebida como ni buena ni mala) en las subescalas A y D del GHQ-28, en su puntuación total y en la ESV. Por otro lado, también entre el quinto y el cuarto (salud percibida como buena) en la subescala A del GHQ-28 y en su puntuación total. Por último, entre el tercero y el cuarto en la ESV. Ninguna en *humor* del COPE.

En cuanto a las puntuaciones medias más elevadas según los grupos con diferencias estadísticamente significativas, los resultados son así: a) en la comparación entre el grupo tercero y el cuarto: puntuó más alto el cuarto en la ESV, b) en la comparación entre el tercero y el quinto: obtuvo puntuaciones más altas el tercer en la *Entrevista de Carga*, en las subescalas A, B y D del GHQ-28 y en la puntuación total del GHQ-28, y más alto el quinto en la SSA, *búsqueda de apoyo social*, *religión*, *planificación* y *afrontamiento activo* y *reinterpretación positiva* del Cuestionario COPE y en la ESV, y c) en la comparación entre el grupo cuarto y el quinto: alcanzó medias superiores el cuarto en la *Entrevista de Carga*, subescalas A, C y puntuación total del GHQ-28 y el quinto en *religión* y *planificación* y *afrontamiento activo* del COPE (véanse las Tablas 22 y 23).

16.1.15. DIFERENCIAS SEGÚN AYUDA A DOMICILIO

Por último, no apareció ninguna diferencia estadísticamente significativa con la condición de si el trabajo era de *ayuda a domicilio* o no.

Tabla 22: Diferencias de medias según Salud Autopercibida (I)

Categorías del Factor (V.I.)	V.D. →	EC	Afrontamiento				SSA	ESV
			BUS	REL	PLA	REI		
Muy mala	Media	.	.	.	.	.	.	.
	D.T.	.	.	.	.	.	.	.
Mala	Media	20,95	22,70	7,70	15,50	8,35	76,92	19,99
	D.T.	7,92	4,83	2,58	3,34	2,05	10,13	10,20
Ni buena ni mala	Media	26,79	19,89	7,49	14,00	7,94	72,00	21,35
	D.T.	11,39	5,13	3,40	3,85	2,35	9,09	6,66
Buena	Media	26,11	21,32	8,46	14,79	7,86	73,92	24,07
	D.T.	11,79	4,34	3,30	3,56	2,02	7,23	5,82
Muy buena	Media	19,46	23,31	10,35	16,89	9,03	78,85	26,15
	D.T.	8,08	5,29	3,71	3,94	2,34	8,01	6,11
Estadístico		F(3)= 4,94	F(3)= 4,52	F (3) = 5,98	F (3) = 4,99	F(3) = 2,93	F(3)= 8,95	F (3) = 6,90
P		0,002 *	0,004 *	0,001 *	0,002 *	0,03 *	< 0,001 *	< 0,001 *

* Significativo con el nivel de confianza del 0,05

EC = Entrevista de Carga para Cuidadores Formales

BUS = Afrontamiento: búsqueda de apoyo social

CON = Afrontamiento: consumo de alcohol y drogas

ABA = Afrontamiento: abandono de los esfuerzos de afrontamiento

CEN = Afrontamiento: centrarse en las emociones y desahogarse

SSA = Apoyo Social

ESV = Satisfacción Vital

Tabla 23: Diferencias de medias según Salud Autopercebida (II)

Categorías del Factor (V.I.)	V.D.→	GHQ-28				
		A	B	C	D	Total
Muy mala	Media	.	.	.	.	.
	D.T.	.	.	.	.	.
Mala	Media	6,90	5,60	5,90	2,40	20,80
	D.T.	4,15	3,37	2,33	2,84	10,08
Ni buena ni mala	Media	6,06	5,81	6,49	1,78	20,15
	D.T.	3,57	4,28	1,88	3,02	9,74
Buena	Media	5,75	4,62	6,58	1,15	17,89
	D.T.	3,97	4,22	1,91	2,02	9,39
Muy buena	Media	3,71	3,00	5,59	,57	12,88
	D.T.	2,55	3,16	2,43	1,35	6,38
Estadístico		F(3)= 4,54	F(3)= 4,52	F(3) = 2,97	F(3) = 3,51	F(3) = 6,10
P		0,004 *	0,004 *	0,03 *	0,02 *	< 0,001 *
* Significativo con el nivel de confianza del 0,05 GHQ-28-Total = Salud General: puntuación total GHQ-28-A = Salud General: síntoma somáticos GHQ-28-B = Salud General: ansiedad e insomnio GHQ-28-C = Salud General: disfunción social GHQ-28-D = Salud General: depresión grave						

Tabla 24
Diferencias estadísticamente significativas encontradas según diversas variables tomadas como independientes (indicadas en negrilla y cursiva) (I)

	F	P
Sexo		
• <i>COPE</i> (centrarse en las emociones)	6,699	0,010
• <i>COPE</i> (negación)	4,406	0,037
• <i>COPE</i> (refrenar el afrontamiento)	4,361	0,038
• <i>Escala de Satisfacción Vital</i>	5,031	0,026
Centro Público		
• <i>COPE</i> (religión)	5,883	0,016
• <i>COPE</i> (humor)	7,568	0,006
• <i>COPE</i> (aceptación)	5,868	0,016
• <i>COPE</i> (reinterpretación positiva)	5,672	0,018
Edad		
• <i>COPE</i> (evadirse)	2,229	0,041
Estado civil		
• <i>GHQ-28-B</i> (ansiedad e insomnio)	4,229	0,015
• <i>COPE</i> (negación)	3,298	0,039
• <i>COPE</i> (actividades distractoras de la situación)	5,076	0,007
• <i>Escala de Satisfacción Vital</i>	4,876	0,008
Titulación		
• <i>SSA</i>	2,757	0,028
• <i>COPE</i> (centrarse en las emociones y desahogarse)	3,248	0,013
Tiempo en el Centro o Lugar de Trabajo		
• <i>GHQ-28-A</i> (síntomas somáticos)	2,967	0,013
Tiempo de Ejercicio de la Profesión		
• <i>Entrevista de Carga para Cuidadores Informales</i>	3,382	0,006
• <i>COPE</i> (aceptación)	3,907	0,002
Percepción de Otros Ingresos		
• <i>Escala de Satisfacción Vital</i>	4,154	0,042
Capital de Provincia		
• <i>GHQ-28</i> (Puntuación total)	4,059	0,045
• <i>SSA</i>	4,339	0,038
• <i>COPE</i> (búsqueda de apoyo social)	6,075	0,014
• <i>COPE</i> (consumo de alcohol o drogas)	4,836	0,029
• <i>COPE</i> (centrarse en las emociones y desahogarse)	5,985	0,015
• <i>Escala de Satisfacción Vital</i>	6,707	0,010

Tabla 25

Diferencias estadísticamente significativas encontradas según diversas variables tomadas como independientes (indicadas en negrilla y cursiva) (II)

Número de Trabajadores		
• GHQ-28-C (disfunción social)	3,406	0,010
• COPE (centrarse en las emociones y desahogarse)	5,450	< 0,001
Número de Ancianos		
• Salud autopercebida	3,184	< 0,001
• COPE (religión)	6,075	0,002
• Escala de Satisfacción Vital	4,339	0,001
Siempre a Cargo el Mismo Grupo de Ancianos		
• COPE (búsqueda de apoyo social)	4,798	0,035
• COPE (planificación y afrontamiento activo)	4,221	0,041
• COPE (centrarse en las emociones y desahogarse)	5,529	0,020
• COPE (aceptación)	11,081	0,001
• COPE (crecimiento personal)	8,689	0,004
• COPE (reinterpretación positiva)	15,966	< 0,001
Salud Autopercebida		
• Entrevista de Carga para Cuidadores Formales	4,938	0,002
• GHQ-28-A (síntomas somáticos)	4,542	0,004
• GHQ-28-B (ansiedad e insomnio)	4,517	0,004
• GHQ-28-C (disfunción social)	2,974	0,032
• GHQ-28-D (depresión grave)	3,507	0,016
• GHQ-28 (Puntuación total)	6,103	< 0,001
• SSA	8,496	< 0,001
• COPE (búsqueda de apoyo social)	4,522	0,004
• COPE (religión)	5,977	0,001
• COPE (planificación y afrontamiento activo)	4,987	0,002
• COPE (reinterpretación positiva)	2,927	0,034
• Escala de Satisfacción Vital	6,900	< 0,001

16.2. RELACIONES ENTRE VARIABLES

También se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson para comprobar si existían relaciones entre las distintas variables cuantitativas. A este respecto se han tenido en cuenta tanto las de carácter sociodemográficas y laborales como las psicológicas. Para una mejor comprensión se presentarán los resultados agrupados de la siguiente manera: *a)* correlaciones entre las variables sociodemográficas y laborales, *b)* correlaciones entre las variables psicológicas evaluadas (a excepción de las contenidas en el *Cuestionario COPE*) y las sociodemográficas y laborales, *c)* correlaciones entre las subescalas del *Cuestionario COPE* y las variables sociodemográficas y laborales, *d)* correlaciones entre las variables psicológicas evaluadas (a excepción de las contenidas en el *Cuestionario COPE*), *e)* correlaciones entre las subescalas del *Cuestionario COPE* y el resto de las variables psicológicas evaluadas, y *f)* correlaciones entre las distintas subescalas del *Cuestionario COPE*.

En todos los casos se prescinde de volver a nombrar una correlación entre dos variables si ha sido mencionada en cualquiera de los grupos anteriores, con el fin de evitar repeticiones innecesarias.

16.2.1. CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

Los datos obtenidos arrojan los siguientes resultados de asociaciones estadísticamente significativas: *edad* con *tiempo en el lugar de trabajo* ($r = 0,503$; $p < 0,001$), con *tiempo en la profesión* ($r = 0,501$; $p < 0,001$), con el *número de trabajadores en el lugar de trabajo* ($r = 0,230$; $p < 0,001$), con el *número de ancianos en el lugar de trabajo* ($r = 0,228$; $p < 0,001$) y con el *número de ancianos válidos* ($r = 0,280$; $p < 0,001$).

Por otro lado, la *titulación* se correlaciona de forma estadísticamente significativa con el *número de trabajadores en el lugar de trabajo* ($r = 0,190$; $p = 0,002$), con el *número de ancianos en el lugar de trabajo* ($r = 0,190$; $p = 0,002$), con el

número de ancianos válidos ($r = 0,190$; $p = 0,003$) y con el número de ancianos asistidos ($r = 0,166$; $p = 0,010$).

El tiempo en el lugar de trabajo se ha asociado, significativamente, con el tiempo en la profesión ($r = 0,834$; $p < 0,001$), el número de habitantes del lugar de trabajo ($r = 0,247$; $p < 0,001$), el número de trabajadores en el lugar de trabajo ($r = 0,406$; $p < 0,001$), con el número de ancianos en el lugar de trabajo ($r = 0,398$; $p < 0,001$) y con el número de ancianos válidos ($r = 0,425$; $p < 0,001$).

El tiempo en la profesión, por su parte, ha presentado correlaciones estadísticamente significativas con el número de habitantes del lugar de trabajo ($r = 0,301$; $p < 0,001$), el número de trabajadores en el lugar de trabajo ($r = 0,455$; $p < 0,001$), el número de ancianos en el lugar de trabajo ($r = 0,454$; $p < 0,001$), el número de ancianos válidos ($r = 0,466$; $p < 0,001$) y el número de ancianos asistidos ($r = 0,166$; $p = 0,014$).

Asimismo, el número de habitantes del lugar de trabajo se asociado con puntuación estadísticamente significativa con el número de trabajadores en el lugar de trabajo ($r = 0,752$; $p < 0,001$), el número de ancianos en el lugar de trabajo ($r = 0,772$; $p < 0,001$), el número de ancianos válidos ($r = 0,714$; $p < 0,001$) y el número de ancianos asistidos ($r = 0,528$; $p < 0,001$).

Por lo que respecta al número de trabajadores en el lugar de trabajo, ha correlacionado con el número de ancianos en el lugar de trabajo ($r = 0,994$; $p < 0,001$), el número de ancianos válidos ($r = 0,900$; $p < 0,001$) y el número de ancianos asistidos ($r = 0,717$; $p < 0,001$).

El número de ancianos en el lugar de trabajo ha obtenido, también, asociaciones estadísticamente significativas con el número de ancianos válidos ($r = 0,919$; $p < 0,001$) y el número de ancianos asistidos ($r = 0,693$; $p < 0,001$).

Por último, el número de ancianos válidos ha correlacionado de forma estadísticamente significativa con el número de ancianos asistidos ($r = 0,354$; $p < 0,001$) (véase la Tabla 26).

Tabla 26
Correlaciones entre las Variables Sociodemográficas y Laborales

		Edad	TIT	TLT	TP	HAB	TRAB	ANC	ANCV	ANCA
TLT	R p-sig N	,50 <,001 258	•	-						
TP	R p-sig N	,50 <,001 260	•	,83 <,001 251	-					
HAB	R p-sig N	•	•	,25 <,001 262	,30 ,001 264	-				
TRAB	R p-sig N	,23 <,001 283	,19 ,002 275	,41 <,001 262	,46 <,001 259	,75 <,001 294	-			
ANC	R p-sig N	,23 <,001 282	,19 ,002 274	,40 <,001 261	,45 <,001 258	,77 <,001 293	,99 <,001 293	-		
ANCV	R p-sig N	,28 <,001 243	,19 ,003 236	,43 <,001 224	,47 <,001 221	,71 <,001 254	,90 <,001 254	,92 <,001 254	-	
ANCA	R p-sig N	•	,17 ,010 236	•	,17 ,014 221	,53 <,001 254	,72 <,001 254	,69 <,001 254	,35 <,001 254	-

TIT = Titulación académica

TLT = Tiempo de ejercicio en el lugar de trabajo

TP = Tiempo de ejercicio en la profesión

HAB = Número de habitantes del lugar de trabajo

TRAB = Número de trabajadores en el lugar de trabajo

ANC = Número de ancianos en el lugar de trabajo

ANC-V = Número de ancianos válidos

ANC-A = Número de ancianos asistidos

16.2.2. CORRELACIONES ENTRE VARIABLES PSICOLÓGICAS EVALUADAS (A EXCEPCIÓN DE LAS CONTENIDAS EN EL CUESTIONARIO COPE) Y LAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

En este grupo de variables se han hallado correlaciones estadísticamente significativas de *salud autopercebida* con el *número de habitantes del lugar de trabajo* ($r = -0,135$; $p = 0,022$), *número de personas que trabajan en el lugar de trabajo* ($r = -0,184$; $p = 0,002$), *número de ancianos* ($r = -0,185$; $p = 0,002$), *número de ancianos válidos* ($r = -0,182$; $p = 0,005$) y *número de ancianos asistidos* ($r = -0,210$; $p = 0,001$).

La *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales* con *tiempo en el lugar de trabajo* ($r = 0,170$; $p = 0,006$), *número de personas que trabajan en el lugar de trabajo* ($r = 0,117$; $p = 0,048$), *número de ancianos* ($r = 0,118$; $p = 0,045$) y *número de ancianos asistidos* ($r = 0,130$; $p = 0,040$).

La subescala A (*ansiedad e insomnio*) del GHQ-28 con *tiempo en el lugar de trabajo* ($r = 0,123$; $p = 0,048$), *número de ancianos* ($r = 0,119$; $p = 0,043$) y *número de ancianos válidos* ($r = 0,128$; $p = 0,042$).

Por su parte, la subescala C (*disfunción social*) del GHQ-28 con el *tiempo en el lugar de trabajo* ($r = 0,206$; $p = 0,001$), *tiempo de ejercicio en la profesión* ($r = 0,197$; $p = 0,001$), *número de habitantes del lugar de trabajo* ($r = 0,171$; $p = 0,003$), *número de personas que trabajan en el lugar de trabajo* ($r = 0,204$; $p < 0,001$), *número de ancianos* ($r = 0,208$; $p < 0,001$), *número de ancianos válidos* ($r = 0,177$; $p = 0,005$) y *número de ancianos asistidos* ($r = 0,148$; $p = 0,019$).

La subescala D del GHQ-28 con *número de habitantes del lugar de trabajo* ($r = 0,134$; $p = 0,020$), *número de personas que trabajan en el lugar de trabajo* ($r = 0,145$; $p = 0,014$), *número de ancianos* ($r = 0,155$; $p = 0,008$) y *número de ancianos válidos* ($r = 0,190$; $p = 0,002$).

La puntuación total del GHQ-28 con el *tiempo en el lugar de trabajo* ($r = 0,167$; $p = 0,007$), *número de habitantes del lugar de trabajo* ($r = 0,138$; $p = 0,017$), *número de*

personas que trabajan en el lugar de trabajo ($r = 0,178$; $p = 0,002$), número de ancianos ($r = 0,188$; $p = 0,001$) y número de ancianos válidos ($r = 0,188$; $p = 0,003$).

Por otro lado, el SSA con la *edad* ($r = - 0,125$; $p = 0,035$), el *tiempo en el lugar de trabajo* ($r = - 0,191$; $p = 0,002$), *número de personas que trabajan en el lugar de trabajo* ($r = - 0,138$; $p = 0,019$), *número de ancianos* ($r = - 0,141$; $p = 0,017$) y *número de ancianos válidos* ($r = - 0,144$; $p = 0,023$).

Por último, la *Escala de Satisfacción Vital* con la *edad* ($r = - 0,179$; $p = 0,002$), *número de habitantes del lugar de trabajo* ($r = - 0,129$; $p = 0,027$), *número de personas que trabajan en el lugar de trabajo* ($r = - 0,154$; $p = 0,009$), *número de ancianos* ($r = - 0,156$; $p = 0,008$) y *número de ancianos asistidos* ($r = 0,147$; $p = 0,021$) (véase la Tabla 27).

16.2.3. CORRELACIONES ENTRE LAS SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO COPE Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

En este conjunto de variables se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre las siguientes variables: subescala la *búsqueda de apoyo social* con *edad* ($r = - 0,151$; $p = 0,016$).

Asimismo, *religión* con *número de ancianos asistidos* ($r = - 0,224$; $p = 0,001$).

Humor con *número de habitantes del lugar de trabajo* ($r = 0,180$; $p = 0,003$), *número de trabajadores en el lugar de trabajo* ($r = 0,181$; $p = 0,004$), *número de ancianos en el lugar de trabajo* ($r = 0,181$; $p = 0,004$), *número de ancianos válidos* ($r = 0,218$; $p = 0,001$) y *número de ancianos asistidos* ($r = 0,138$; $p = 0,040$).

La subescala *consumo de alcohol o drogas* con *número de habitantes del lugar de trabajo* ($r = 0,207$; $p = 0,001$) y *número de ancianos asistidos* ($r = 0,170$; $p = 0,011$).

Tabla 27
Correlaciones entre Variables Psicológicas Evaluadas (a Excepción de las Contenidas en el Cuestionario COPE) y las Sociodemográficas y Laborales

		Edad	TLT	TP	HAB	TRAB	ANC	ANC-V	ANC-A
SA	r p-sig N	•	•	•	-,14 ,02 286	-,18 ,002 278	-,19 ,002 277	-,18 ,01 238	-,21 ,001 238
EC	r p-sig N	•	,17 ,01 258	•	•	,12 ,05 289	,12 ,05 288	•	,13 ,04 251
GHQ-28 C	r p-sig N	•	,21 ,001 259	,20 ,001 261	,17 ,003 298	,20 <,001 290	,21 <,001 289	,18 ,01 250	,15 ,02 250
GHQ-28 D	r p-sig N	•	•	•	,13 ,02 299	,15 ,01 291	,16 ,01 290	,19 ,002 251	•
GHQ-28 Total	r p-sig N	•	,17 ,007 258	•	,14 ,02 297	,18 ,002 289	,19 ,001 288	,19 ,003 249	•
GHQ-28 A	r p-sig N	•	,12 ,05 259	•	•	•	,12 ,04 290	,13 ,04 251	•
SSA	r p-sig N	-,13 ,04 285	-,19 ,002 259	•	•	-,14 ,02 289	-,14 ,02 288	-,14 ,02 249	•
ESV	r p-sig N	-,18 ,01 285	•	•	-,13 ,03 296	-,15 ,01 288	-,16 ,01 287	•	,15 ,02 249

SA = Salud Autopercibida

EC = Entrevista de Carga para Cuidadores Formales

GHQ-28-B = Salud General: ansiedad e insomnio

GHQ-28-C = Salud General: disfunción social

GHQ-28-D = Salud General: depresión grave

GHQ-28-Total = Salud General: puntuación total

SSA = Apoyo Social

ESV = Satisfacción Vital

TLT = Tiempo de ejercicio en el lugar de trabajo

TP = Tiempo de ejercicio en la profesión

HAB = Número de habitantes del lugar de trabajo

TRAB = Número de trabajadores en el lugar de trabajo

ANC = Número de ancianos en el lugar de trabajo

ANC-V = Número de ancianos válidos

ANC-A = Número de ancianos asistidos

Por su parte *abandono de los esfuerzos de afrontamiento* con *tiempo de ejercicio en el lugar de trabajo* ($r = 0,178$; $p = 0,007$), *tiempo de ejercicio en la profesión* ($r = 0,130$; $p = 0,048$), *número de habitantes del lugar de trabajo* ($r = 0,140$; $p = 0,023$), *número de trabajadores en el lugar de trabajo* ($r = 0,171$; $p = 0,006$), *número de ancianos en el lugar de trabajo* ($r = 0,168$; $p = 0,007$) y *número de ancianos válidos* ($r = 0,181$; $p = 0,007$).

Centrarse en las emociones y desahogarse con *tiempo de ejercicio en el lugar de trabajo* ($r = 0,181$; $p = 0,006$), *tiempo de ejercicio en la profesión* ($r = 0,135$; $p = 0,040$), *número de habitantes del lugar de trabajo* ($r = 0,146$; $p = 0,017$), *número de trabajadores en el lugar de trabajo* ($r = 0,158$; $p = 0,011$), *número de ancianos en el lugar de trabajo* ($r = 0,166$; $p = 0,008$) y *número de ancianos válidos* ($r = 0,192$; $p = 0,004$).

El modo de afrontamiento *aceptación* con *tiempo de ejercicio en el lugar de trabajo* ($r = 0,155$; $p = 0,019$), *tiempo de ejercicio en la profesión* ($r = 0,210$; $p = 0,001$), *número de trabajadores en el lugar de trabajo* ($r = 0,132$; $p = 0,035$), *número de ancianos en el lugar de trabajo* ($r = 0,126$; $p = 0,044$) y *número de ancianos asistidos* ($r = 0,133$; $p = 0,049$).

La subescala *negación* con *tiempo de ejercicio en el lugar de trabajo* ($r = 0,167$; $p = 0,011$), *número de habitantes del lugar de trabajo* ($r = 0,123$; $p = 0,045$) y *número de ancianos válidos* ($r = 0,144$; $p = 0,033$).

Por otro lado, *refrenar el afrontamiento* la tuvo con *tiempo de ejercicio en el lugar de trabajo* ($r = 0,169$; $p = 0,010$) y *tiempo de ejercicio en la profesión* ($r = 0,174$; $p = 0,008$).

Crecimiento personal con *Titulación* ($r = 0,135$; $p = 0,034$).

Por último, *Evadirse* con *número de habitantes del lugar de trabajo* ($r = 0,140$; $p = 0,022$) (véase la Tabla 28).

Tabla 28
Correlaciones entre las Subescalas del Cuestionario COPE y las Variables Sociodemográficas y Laborales

		Edad	TLT	TP	HAB	TRAB	ANC	ANCV	ANCA	TIT
BUS	r p-sig N	-,15 ,02 253	•	•	•	•	•	•	•	•
REL	r p-sig N	•	•	•	•	•	•	•	-,22 ,001 222	•
HUM	r p-sig N	•	•	•	,18 ,003 264	,18 ,004 257	,18 ,004 256	,22 ,001 221	,14 ,04 221	•
CON	r p-sig N	•	•	•	,21 ,001 265	•	•	•	,17 ,01 221	•
ABA	r p-sig N	•	,18 ,01 229	,13 ,05 231	,14 ,02 265	,17 ,006 257	,17 ,01 256	,18 ,01 221	•	•
CEN	r p-sig N	•	,18 ,01 229	,14 ,04 231	,15 ,02 265	,16 ,01 257	,17 ,01 256	,19 ,01 221	•	•
ACE	r p-sig N	•	,16 ,02 228	,21 ,001 229	•	,13 ,04 256	,13 ,04 255	•	,13 ,05 220	•
NEG	r p-sig N	•	,17 ,01 228	•	,12 ,05 264	•	•	,14 ,03 220	•	•
REF	r p-sig N	•	,17 ,01 228	,17 ,01 230	•	•	•	•	•	•
CRE	r p-sig N	•	•	•	•	•	•	•	•	,14 ,03 247
EVA	r p-sig N	•	•	•	,14 ,02 265	•	•	•	•	•

BUS = Afrontamiento: búsqueda de apoyo social

REL = Afrontamiento: religión

HUM = Afrontamiento: humor

CON = Afrontamiento: consumo de alcohol y drogas

ABA = Afrontamiento: abandono de los esfuerzos de afrontamiento

CEN = Afrontamiento: centrarse en las emociones y desahogarse

ACE = Afrontamiento: aceptación

NEG = Afrontamiento: negación

REF = Afrontamiento: refrenar el Afrontamiento

TLT = Tiempo de ejercicio en el lugar de trabajo

TP = Tiempo de ejercicio en la profesión

HAB = Número de habitantes del lugar de trabajo

EVA = Afrontamiento: evadirse

CRE = Crecimiento personal

TIT = Titulación académica

TRAB = Núm. trabajadores en el lugar de trabajo

ANC = Número de ancianos en el lugar de trabajo

ANC-V/A = Número de ancianos válidos/asistidos

16.2.4. CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS EVALUADAS (A EXCEPCIÓN DE LAS CONTENIDAS EN EL CUESTIONARIO COPE)

En este apartado se dieron correlaciones de Pearson estadísticamente significativas, prácticamente, entre todas ellas (*salud autopercebida*, *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales*, subescalas A, B, C, D y puntuación total del GHQ-28, SSA, ESV y TOV).

La *salud autopercebida* lo hizo negativamente con la *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales* ($r = -0,124$; $p = 0,038$), la subescala A (*síntomas somáticos*) ($r = -0,185$; $p = 0,002$), B (*ansiedad e insomnio*) ($r = -0,204$; $p = 0,001$), D (*depresión grave*) ($r = -0,191$; $p = 0,001$) y puntuación total del GHQ-28 ($r = -0,232$; $p < 0,001$) y, positivamente, con la SSA ($r = 0,217$; $p < 0,001$), la ESV ($r = 0,262$; $p < 0,001$) y el TOV ($r = 0,136$; $p = 0,023$).

La *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales* con la subescala A (*síntomas somáticos*) ($r = 0,465$; $p < 0,001$), B (*ansiedad e insomnio*) ($r = 0,511$; $p < 0,001$), C (*disfunción social*) ($r = 0,234$; $p < 0,001$), D (*depresión grave*) ($r = 0,395$; $p < 0,001$) y puntuación total del GHQ-28 ($r = 0,576$; $p < 0,001$), con la SSA ($r = -0,256$; $p < 0,001$), la ESV ($r = -0,328$; $p < 0,001$) y el TOV ($r = -0,261$; $p < 0,001$).

La subescala A (*síntomas somáticos*) del GHQ-28, además de las correlaciones estadísticamente significativas antes señaladas, lo ha hecho con las subescalas B ($r = 0,671$; $p < 0,001$), C (*disfunción social*) ($r = 0,211$; $p < 0,001$), D (*depresión grave*) ($r = 0,405$; $p < 0,001$) y puntuación total ($r = 0,832$; $p < 0,001$) del GHQ-28. Asimismo, negativamente, con la SSA ($r = -0,253$; $p < 0,001$), la ESV ($r = -0,317$; $p < 0,001$) y el TOV ($r = -0,212$; $p < 0,001$).

La subescala B (*ansiedad e insomnio*) con la C (*disfunción social*) ($r = 0,273$; $p < 0,001$), D (*depresión grave*) ($r = 0,481$; $p < 0,001$) y puntuación total ($r = 0,883$; $p < 0,001$) del GHQ-28. Negativamente, lo hizo con la SSA ($r = -0,237$; $p < 0,001$), la ESV ($r = -0,296$; $p < 0,001$) y el TOV ($r = -0,232$; $p < 0,001$).

La subescala C (*disfunción social*) se asoció de forma estadísticamente significativa con la D (*depresión grave*) ($r = 0,321$; $p < 0,001$) y la puntuación total ($r = 0,499$; $p < 0,001$) del GHQ-28. En la misma línea de las anteriores, negativamente, con la SSA ($r = - 0,251$; $p < 0,001$), la ESV ($r = - 0,230$; $p < 0,001$) y el TOV ($r = - 0,133$; $p = 0,022$).

Por lo que respecta a la subescala D (*depresión grave*) aparecieron con la puntuación total ($r = 0,693$; $p < 0,001$) del GHQ-28 y, negativamente, con la SSA ($r = - 0,323$; $p < 0,001$), la ESV ($r = - 0,349$; $p < 0,001$) y el TOV ($r = - 0,301$; $p < 0,001$).

La puntuación total del GHQ-28 lo hizo, negativamente, con la SSA ($r = - 0,343$; $p < 0,001$), la ESV ($r = - 0,393$; $p < 0,001$) y el TOV ($r = - 0,288$; $p < 0,001$).

La SSA con la ESV ($r = 0,436$; $p < 0,001$) y el TOV ($r = 0,439$; $p < 0,001$).

Por último, el TOV con la ESV ($r = 0,402$; $p < 0,001$) (véase la Tabla 29).

16.2.5. CORRELACIONES ENTRE LAS SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO COPE Y EL RESTO DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS EVALUADAS

Por último, se presentan las correlaciones estadísticamente significativas surgidas entre las diferentes subescalas del *Cuestionario COPE* y otras variables psicológicas.

La *búsqueda de apoyo social* lo hizo con *salud autopercebida* ($r = 0,160$ $p = 0,012$), subescala C (*disfunción social*) ($r = - 0,154$; $p = 0,013$), la SSA ($r = 0,332$; $p < 0,001$), la ESV ($r = 0,245$; $p < 0,001$) y el TOV ($r = 0,175$; $p = 0,004$).

Humor únicamente con la SSA ($r = 0,195$; $p = 0,002$).

Tabla 29
Correlaciones entre Variables Psicológicas Evaluadas (a Excepción de las contenidas en el Cuestionario COPE)

		SA	EC	GHQ-28 B	GHQ-28 C	GHQ-28 D	GHQ-28 Total	GHQ-28 A	SSA	ESV	TOV
EC	R p-sig N	-,12 ,04 281	-								
GHQ-28 B	r p-sig N	-,20 ,001 283	,51 <,001 295	-							
GHQ-28 C	r p-sig N	•	,23 <,001 294	,27 <,001 298	-						
GHQ-28 D	r p-sig N	-,19 ,001 283	,40 <,001 295	,48 <,001 298	,32 <,001 298	-					
GHQ-28 Total	r p-sig N	-,23 <,001 281	,58 <,001 293	,88 <,001 297	,50 <,001 297	,69 <,001 297	-				
GHQ-28 A	r p-sig N	-,19 ,002 283	,47 <,001 295	,67 <,001 298	,21 <,001 297	,41 <,001 298	,83 <,001 297	-			
SSA	r p-sig N	,22 <,001 280	-,26 <,001 292	-,24 <,001 295	-,25 <,001 294	-,32 <,001 295	-,34 <,001 293	-,25 <,001 295	-		
ESV	r p-sig N	,26 <,001 280	-,33 <,001 292	-,30 <,001 295	-,23 <,001 294	-,35 <,001 295	-,39 <,001 293	-,32 <,001 295	,44 <,001 292	-	
TOV	r p-sig N	,14 ,023 280	-,26 <,001 292	-,23 <,001 295	-,13 ,02 294	-,30 ,02 295	-,29 <,001 293	-,21 <,001 295	,44 <,001 292	,40 <,001 294	-

SA = Salud Autopercibida

EC = Entrevista de Carga para Cuidadores Formales

GHQ-28-A = Salud General: síntoma somáticos

GHQ-28-C = Salud General: disfunción social

GHQ-28-D = Salud General: depresión grave

GHQ-28-Total = Salud General: puntuación total

SSA = Apoyo Social

ESV = Satisfacción Vital

TOV = Test de Orientación Vital

El modo de afrontamiento *consumo de alcohol o drogas* lo fue con la *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales* ($r = 0,216$; $p < 0,001$), las subescalas A (*síntomas somáticos*) ($r = 0,156$; $p = 0,11$), C (*disfunción social*) ($r = 0,147$; $p = 0,17$), D (*depresión grave*) ($r = 0,126$; $p = 0,041$) y puntuación total ($r = 0,166$; $p = 0,007$) del GHQ-28, la *ESV* ($r = -0,134$; $p = 0,029$) y el *TOV* ($r = -0,170$; $p = 0,006$).

Por su parte, la *planificación y afrontamiento activo con salud autopercebida* ($r = 0,178$; $p = 0,005$), la subescala C (*disfunción social*) ($r = -0,158$; $p = 0,011$), la *SSA* ($r = 0,238$; $p < 0,001$), la *ESV* ($r = 0,189$; $p = 0,002$) y el *TOV* ($r = 0,284$; $p < 0,001$).

Abandono de los esfuerzos de afrontamiento lo hizo con, prácticamente, todas las variables ahora contempladas, concretamente, con la *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales* ($r = 0,304$; $p < 0,001$), las subescalas A (*síntomas somáticos*) ($r = 0,190$; $p = 0,002$), B (*ansiedad e insomnio*) ($r = 0,167$; $p = 0,006$), C (*disfunción social*) ($r = 0,169$; $p = 0,006$), D (*depresión grave*) ($r = 0,279$; $p < 0,001$) y puntuación total ($r = 0,268$; $p < 0,001$) del GHQ-28, la *SSA* ($r = -0,267$; $p < 0,001$), la *ESV* ($r = -0,289$; $p < 0,001$) y el *TOV* ($r = -0,336$; $p < 0,001$).

La subescala *centrarse en las emociones y desahogarse* se asoció de manera estadísticamente significativa con la *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales* ($r = 0,393$; $p < 0,001$), las subescalas A (*síntomas somáticos*) ($r = 0,287$; $p < 0,001$), B (*ansiedad e insomnio*) ($r = 0,349$; $p < 0,001$), D (*depresión grave*) ($r = 0,301$; $p < 0,001$) y puntuación total ($r = 0,377$; $p < 0,001$) del GHQ-28, la *ESV* ($r = -0,188$; $p = 0,002$) y el *TOV* ($r = -0,126$; $p = 0,042$).

Aceptación lo hizo con la *SSA* ($r = 0,225$; $p < 0,001$) y la *ESV* ($r = 0,176$; $p = 0,004$).

Por otro lado, *negación* con la *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales* ($r = 0,271$; $p < 0,001$), las subescalas A (*síntomas somáticos*) ($r = 0,175$; $p = 0,004$), B (*ansiedad e insomnio*) ($r = 0,250$; $p < 0,001$), D (*depresión grave*) ($r = 0,248$; $p < 0,001$) y puntuación total ($r = 0,250$; $p < 0,001$) del GHQ-28 y el *TOV* ($r = -0,136$; $p = 0,027$).

Refrenar el afrontamiento con salud autopercebida ($r = 0,133$; $p = 0,036$), la *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales* ($r = 0,132$; $p = 0,034$) y la *ESV* ($r = 0,143$; $p = 0,020$).

Concentrar esfuerzos para solucionar la situación lo hizo con la *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales* ($r = 0,170$; $p = 0,006$), las subescalas A (síntomas somáticos) ($r = 0,165$; $p = 0,008$), B (ansiedad e insomnio) ($r = 0,216$; $p < 0,001$) y puntuación total ($r = 0,157$; $p = 0,011$) del GHQ-28.

A su vez, *crecimiento personal* con las subescalas A (síntomas somáticos) ($r = -0,151$; $p = 0,014$), C (disfunción social) ($r = -0,211$; $p = 0,001$), D (depresión grave) ($r = -0,219$; $p < 0,001$) y puntuación total ($r = -0,193$; $p = 0,002$) del GHQ-28, la SSA ($r = 0,238$; $p < 0,001$), la *ESV* ($r = 0,247$; $p < 0,001$) y el *TOV* ($r = 0,227$; $p < 0,001$).

Reinterpretación positiva lo fue con la subescala C (disfunción social) ($r = -0,122$; $p = 0,048$) del GHQ-28, la SSA ($r = 0,232$; $p < 0,001$), la *ESV* ($r = 0,226$; $p < 0,001$) y el *TOV* ($r = 0,279$; $p < 0,001$).

Actividades distractoras de la situación con salud autopercebida ($r = 0,140$; $p = 0,027$), la *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales* ($r = 0,324$; $p < 0,001$), las subescalas A (síntomas somáticos) ($r = 0,207$; $p = 0,001$), B (ansiedad e insomnio) ($r = 0,322$; $p < 0,001$), C (disfunción social) ($r = -0,146$; $p = 0,018$) y puntuación total ($r = 0,185$; $p = 0,003$) del GHQ-28.

Y, por último, *evadirse* con la *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales* ($r = 0,317$; $p < 0,001$), las subescalas A (síntomas somáticos) ($r = 0,344$; $p < 0,001$), B (ansiedad e insomnio) ($r = 0,385$; $p < 0,001$), D (depresión grave) ($r = 0,313$; $p < 0,001$) y puntuación total ($r = 0,369$; $p < 0,001$) del GHQ-28, la *ESV* ($r = -0,217$; $p < 0,001$) y el *TOV* ($r = -0,206$; $p = 0,001$) (véase la Tabla 30).

Tabla 30
Correlaciones entre las Subescalas del Cuestionario COPE y el resto de las Variables Psicológicas Evaluadas

		SA	EC	GHQ-28 B	GHQ-28 C	GHQ-28 D	GHQ-28 Total	GHQ-28 A	SSA	ESV	TOV
BUS	R p-sig N	,16 ,01 247	•	•	-,15 ,01 261		•	•	,33 <,001 245	,25 <,001 262	,18 ,004 261
HUM	R p-sig N	•	•	•	•	•	•	•	,20 ,002 260	•	•
CON	R p-sig N	•	,22 <,001 261	•	,15 ,02 263	,13 ,04 264	,15 ,01 262	,16 ,01 264	•	-,13 ,03 264	-,17 ,01 263
PLA	R p-sig N	,18 ,005 247	•	•	-,16 ,011 261	•	•	•	,24 <,001 259	,19 ,002 262	,28 <,001 261
ABA	R p-sig N	•	,30 <,001 261	,17 ,01 264	,17 ,01 263	,28 <,001 264	,27 <,001 262	,19 ,002 264	-,27 <,001 261	-,29 <,001 264	-,34 <,001 263
CEN	R p-sig N	•	,39 <,001 261	,35 <,001 264	•	,30 <,001 264	,38 <,001 262	,29 <,001 264	•	-,19 ,002 264	-,13 ,04 263
ACE	R p-sig N	•	•	•	•	•	•	•	,23 <,001 259	,18 ,004 262	•
NEG	R p-sig N	•	,27 <,001 260	,25 <,001 263	•	,25 <,001 261	,25 <,001 263	,18 ,004 263	•	•	-,14 ,03 262
REF	R p-sig N	,13 ,04 248	,13 ,034 260	•	•	•	•	•	•	,14 ,02 263	•
CONC	R p-sig N	•	,17 ,01 259	,22 <,001 261	•	•	,16 ,01 260	,17 ,01 262	•	•	•
CRE	R p-sig N	•	•	•	-,21 ,001 264	-,22 <,001 265	-,19 ,002 265	-,15 ,01 265	,24 <,001 262	,25 <,001 265	,23 <,001 264
REI	R p-sig N	•	•	•	-,12 ,048 263	•	•	•	,23 <,001 261	,23 <,001 264	,28 <,001 263
ACT	R p-sig N	,14 ,03 249	,32 <,001 261	,32 <,001 264	-,15 ,02 263	•	,19 ,003 262	,21 ,001 264	•	•	•
EVA	R p-sig N	•	,32 <,001 261	,39 <,001 264	•	,31 <,001 264	,37 <,001 262	,34 <,001 264	•	-,22 <,001 264	-,21 ,001 263

16.2.6. CORRELACIONES ENTRE LAS DISTINTAS SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO COPE

Con el fin de conocer qué tipo de asociaciones se dan entre las distintas subescalas del *Cuestionario COPE* con esta muestra específica, se presentan las distintas correlaciones de Pearson estadísticamente significativas entre ellas.

La *búsqueda de apoyo social* lo hizo con *religión* ($r = 0,179$; $p = 0,004$), *humor* ($r = 0,232$; $p < 0,001$), *planificación y afrontamiento activo* ($r = 0,546$; $p < 0,001$), *abandono de los esfuerzos de afrontamiento* ($r = -0,151$; $p = 0,014$), *centrarse en las emociones y desahogarse* ($r = 0,304$; $p < 0,001$), *aceptación* ($r = 0,347$; $p < 0,001$), *negación* ($r = 0,193$; $p = 0,002$), *refrenar el afrontamiento* ($r = 0,351$; $p < 0,001$), *concentrar esfuerzos para solucionar la situación* ($r = 0,402$; $p < 0,001$), *crecimiento personal* ($r = 0,390$; $p < 0,001$), *reinterpretación positiva* ($r = 0,514$; $p < 0,001$) y *actividades distractoras de la situación* ($r = 0,289$; $p < 0,001$).

Por su parte, *religión* fue con *planificación y afrontamiento activo* ($r = 0,226$; $p < 0,001$), *aceptación* ($r = 0,144$; $p = 0,019$), *negación* ($r = 0,171$; $p = 0,006$), *refrenar el afrontamiento* ($r = 0,195$; $p = 0,001$), *crecimiento personal* ($r = 0,188$; $p = 0,002$), *reinterpretación positiva* ($r = 0,203$; $p = 0,001$) y *actividades distractoras de la situación* ($r = 0,177$; $p = 0,004$).

El *humor* con *planificación y afrontamiento activo* ($r = 0,181$; $p = 0,003$), *centrarse en las emociones y desahogarse* ($r = 0,214$; $p < 0,001$), *aceptación* ($r = 0,251$; $p < 0,001$), *negación* ($r = 0,209$; $p = 0,001$), *refrenar el afrontamiento* ($r = 0,139$; $p = 0,024$), *concentrar esfuerzos para solucionar la situación* ($r = 0,123$; $p = 0,046$), *crecimiento personal* ($r = 0,179$; $p = 0,004$) y *reinterpretación positiva* ($r = 0,205$; $p = 0,001$).

El *consumo de alcohol o drogas* con *abandono de los esfuerzos de afrontamiento* ($r = 0,302$; $p < 0,001$), *negación* ($r = 0,233$; $p < 0,001$), *crecimiento personal* ($r = -0,138$; $p = 0,025$) y *evadirse* ($r = 0,225$; $p < 0,001$).

La *planificación y el afrontamiento activo con abandono de los esfuerzos de afrontamiento* ($r = -0,157$; $p = 0,011$), *centrarse en las emociones y desahogarse* ($r = 0,281$; $p < 0,001$), *aceptación* ($r = 0,373$; $p < 0,001$), *negación* ($r = 0,275$; $p < 0,001$), *refrenar el afrontamiento* ($r = 0,551$; $p < 0,001$), *concentrar esfuerzos para solucionar la situación* ($r = 0,533$; $p < 0,001$), *crecimiento personal* ($r = 0,468$; $p < 0,001$), *reinterpretación positiva* ($r = 0,625$; $p < 0,001$), *actividades distractoras de la situación* ($r = 0,236$; $p < 0,001$) y *evadirse* ($r = 0,152$; $p = 0,013$).

Por otro lado, el *abandono de los esfuerzos de afrontamiento* lo hizo con *centrarse en las emociones y desahogarse* ($r = 0,262$; $p < 0,001$), *negación* ($r = 0,300$; $p < 0,001$), *crecimiento personal* ($r = -0,185$; $p = 0,003$), *actividades distractoras de la situación* ($r = 0,145$; $p = 0,018$) y *evadirse* ($r = 0,282$; $p < 0,001$).

Centrarse en las emociones y desahogarse con *aceptación* ($r = 0,243$; $p < 0,001$), *negación* ($r = 0,319$; $p < 0,001$), *refrenar el afrontamiento* ($r = 0,344$; $p < 0,001$), *concentrar esfuerzos para solucionar la situación* ($r = 0,283$; $p < 0,001$), *crecimiento personal* ($r = 0,150$; $p < 0,014$), *reinterpretación positiva* ($r = 0,284$; $p < 0,001$), *actividades distractoras de la situación* ($r = 0,305$; $p = 0,001$) y *evadirse* ($r = 0,272$; $p < 0,001$).

La *Aceptación* con *refrenar el afrontamiento* ($r = 0,407$; $p < 0,001$), *concentrar esfuerzos para solucionar la situación* ($r = 0,200$; $p = 0,001$), *crecimiento personal* ($r = 0,387$; $p < 0,001$), *reinterpretación positiva* ($r = 0,516$; $p < 0,001$) y *actividades distractoras de la situación* ($r = 0,259$; $p < 0,001$).

La subescala *negación* lo fue con *refrenar el afrontamiento* ($r = 0,442$; $p < 0,001$), *concentrar esfuerzos para solucionar la situación* ($r = 0,321$; $p < 0,001$), *reinterpretación positiva* ($r = 0,262$; $p < 0,001$), *actividades distractoras de la situación* ($r = 0,351$; $p < 0,001$) y *evadirse* ($r = 0,436$; $p < 0,001$).

Refrenar el afrontamiento ha sido con *concentrar esfuerzos para solucionar la situación* ($r = 0,414$; $p < 0,001$), *crecimiento personal* ($r = 0,356$; $p < 0,001$), *reinterpretación positiva* ($r = 0,442$; $p < 0,001$), *actividades distractoras de la situación* ($r = 0,291$; $p < 0,001$) y *evadirse* ($r = 0,160$; $p = 0,009$).

Concentrar esfuerzos para solucionar la situación lo hizo con *crecimiento personal* ($r = 0,249$; $p < 0,001$), *reinterpretación positiva* ($r = 0,412$; $p < 0,001$), *actividades distractoras de la situación* ($r = 0,288$; $p < 0,001$) y *evadirse* ($r = 0,343$; $p < 0,001$).

El *crecimiento personal* con *reinterpretación positiva* ($r = 0,521$; $p < 0,001$) y *actividades distractoras de la situación* ($r = 0,419$; $p < 0,001$).

La *reinterpretación positiva* con *actividades distractoras de la situación* ($r = 0,276$; $p < 0,001$) y *evadirse* ($r = 0,156$; $p = 0,011$).

Para finalizar, *evadirse* con *actividades distractoras de la situación* ($r = 0,414$; $p < 0,001$) (véase la Tabla 31).

Tabla 31. Correlaciones entre las distintas Subescalas del Cuestionario COPE

		B U S	R E L	H U M	C O N	P L A	A B A	C E N	A C E	N E G	R E F	C O N	C R E	R E I	A C T	E V A
B U S	r p-sig N	-														
R E L	r p-sig N	,18 ,004 263	-													
H U M	r p-sig N	,23 <,001 263	•	-												
C O N	r p-sig N	•	•	•	-											
P L A	r p-sig N	,55 <,001 263	,23 <,001 263	,18 ,003 263	•	-										
A B A	r p-sig N	-,15 ,01 263	•	•	,30 <,001 265	-,16 ,01 263	-									
C E N	r p-sig N	,30 <,001 263	•	,21 <,001 264	•	,28 <,001 263	,26 <,001 265	-								
A C E	r p-sig N	,35 <,001 263	,14 ,019 263	,25 <,001 263	•	,37 <,001 263	•	,24 <,001 263	-							
N E G	r p-sig N	,19 ,002 263	,17 ,01 263	,21 ,001 263	,23 <,001 264	,28 <,001 263	,30 <,001 264	,32 <,001 264	•	-						
R E F	r p-sig N	,35 <,001 263	,20 ,001 263	,14 ,02 263	•	,55 <,001 263	•	,34 <,001 264	,41 <,001 263	,44 <,001 264	-					
C O N	r p-sig N	,40 <,001 263	•	,12 ,05 263	•	,53 <,001 263	•	,28 <,001 263	,20 ,001 263	,32 <,001 263	,41 <,001 263	-				
C R E	r p-sig N	,39 <,001 263	,19 ,002 264	,18 ,004 264	-,14 ,03 265	,47 <,001 263	-,19 ,003 265	,15 ,014 265	,39 <,001 263	•	,36 <,001 264	,25 <,001 263	-			
R E I	r p-sig N	,51 <,001 263	,20 ,001 264	,21 ,001 264	•	,63 <,001 263	•	,28 <,001 265	,52 <,001 263	,26 <,001 264	,44 <,001 264	,41 <,001 263	,52 <,001 265	-		
A C T	r p-sig N	,29 <,001 263	,18 ,004 264	•	•	,24 <,001 263	,15 ,02 265	,31 ,001 265	,26 <,001 263	,35 <,001 264	,29 <,001 264	,29 <,001 263	,42 <,001 265	,28 <,001 265	-	
E V A	r p-sig N	•	•	•	,23 <,001 265	,15 ,013 263	,28 <,001 265	,27 <,001 265	•	,44 <,001 264	,16 ,01 264	,34 <,001 263	•	,16 ,011 265	,41 <,001 265	-

16.3. CLASIFICACIÓN DE VARIABLES MEDIANTE OTRAS RELEVANTES

Para la consecución de este objetivo se ha recurrido a la técnica de análisis discriminante (AD), centrándose el presente trabajo en los resultados de la *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales*. Con dichas puntuaciones se han formado dos grupos a partir de la media, que se denominarán a partir de aquí como *bajos en carga* y *altos en carga*, refiriéndose la primera calificación al de los sujetos que han obtenido puntuaciones por debajo de la media y, la segunda, a los que se han situado por encima de ella.

En principio, se recomienda que se utilice el análisis discriminante sólo cuando las variables de clasificación o discriminantes sean cuantitativas y que se aplique el análisis de regresión logística, conceptualmente muy similar, cuando se tengan cualitativas o una mezcla de ambas. Sin embargo, como sugieren algunos autores (Ferrán, 2001), pueden también emplearse en el AD las cualitativas si se transforman en variables ficticias, tal como se opera en la última de las técnicas explicitadas, a partir de valores de ceros y unos. En el caso de aquella variable que tenga dos categorías se recodifican en 0 y 1, si es que no está codificada así. Cuando haya más de dos categorías se generarán tantas variables como categorías menos una. Cada nueva variable tomará el valor 1 para una determinada cualidad y 0 para el resto. La no considerada o categoría referencia tendrá un 0 en todas las variables.

Siguiendo el criterio anterior, se han tenido en cuenta como variables de clasificación tanto las cuantitativas como las cualitativas. Estas últimas han permanecido tal cual, dado que se codificaron inicialmente como 0 y 1, a excepción del estado civil que ha dado lugar a dos variables ficticias. La titulación se ha considerado como cuantitativa al suponerse una mayor formación académica y, por tanto, de conocimiento, desde lo más básico a los estudios más superiores. De todas formas, las diferencias entre tomar sólo las variables cuantitativas como discriminantes y tomarlas conjuntamente con las cualitativas son mínimas, en la selección de las variables de clasificación, siguiendo el procedimiento que más abajo se indica. Las que había que tomar eran las mismas (*GHQ-28*, *SSA*, subescalas Abandono de los esfuerzos de afrontamiento, Actividades distractoras de la situación y Evadirse del *Cuestionario*

COPE y la ESV), con excepción, cuando se consideraban tanto las cuantitativas como las cualitativas, de que también se había que tener en cuenta la subescala Humor del *Cuestionario COPE*. Se decidió por esta última opción.

Los análisis han sido llevados a cabo con un propósito básicamente orientado a la consecución de la mayor capacidad predictiva de la función discriminante y a la identificación adecuada de los miembros de los dos grupos formados, más que de ver cuáles eran las variables con mayor peso en dicha predicción eliminando la influencia de otras. Por ello, no se atendió previamente a elegir las variables que menos correlacionasen entre sí. De todas formas, la propia técnica estadística informa sobre la multicolinealidad -es decir, el grado en el que las variables de clasificación están relacionadas a través de una función lineal- mediante el nivel de tolerancia.

Se presenta a continuación los pasos y resultados encontrados con el análisis discriminante tomando en cuenta tanto variables cuantitativas como cualitativas (transformadas en ficticias).

En primer lugar, se eliminaron todos los casos atípicos -dada la sensibilidad de la técnica a este particular-, tomados éstos como aquellos valores, para cada variable, que superan una puntuación z en ± 3 . A partir de aquí se hicieron pruebas de igualdad de las medias de los grupos, con el modelo lineal general multivariante. Se introdujeron las siguientes: *empresa pública o privada, atención a domicilio, sexo, edad, titulación, cuidar a otros, tiempo en el lugar de trabajo, tiempo en la profesión, otra remuneración, lugar de trabajo en una capital, número de habitantes del lugar de trabajo, número de trabajadores, número de ancianos, número de ancianos válidos, número de ancianos asistidos, siempre los mismos ancianos a cargo del trabajador, salud autopercebida, puntuaciones totales del GHQ-28, del SSA, de la subescalas búsqueda de apoyo social, religión, humor, consumo de alcohol o drogas, planificación y afrontamiento activo, abandono de los esfuerzos de afrontamiento, centrarse en las emociones y desahogarse, aceptación, negación, refrenar el afrontamiento, concentrar esfuerzos para solucionar la situación, crecimiento personal, reinterpretación positiva, actividades distractoras de la situación y evadirse del Cuestionario COPE, de la Escala de Satisfacción Vital y del Test de Orientación Vital.*

En segundo lugar se seleccionaron para el análisis discriminantes aquellas variables que maximizaban las diferencias entre los grupos. Concretamente, fueron *GHQ-28*, *SSA*, subescalas Humor, Abandono de los esfuerzos de afrontamiento, Actividades distractoras de la situación y Evadirse, del *Cuestionario COPE*, y la *ESV*. Los valores de *lambda* de Wilks no fueron cercanos a cero, pero el valor transformado de *F* alcanzaron los niveles exigidos de significación (véase la Tabla 32).

Tabla 32
Pruebas de igualdad de las medias de los grupos (sólo las estadísticamente significativas)

	<i>Lambda de Wilks</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
<i>GHQ-28</i>	0,801	25,557	< 0,001
<i>SSA</i>	0,930	7,787	0,006
<i>COPE Humor</i>	0,956	4,741	0,032
<i>COPE Abandonar</i>	0,955	4,802	0,031
<i>COPE Actividades</i>	0,938	6,824	0,010
<i>COPE Evadirse</i>	0,954	4,986	0,002
<i>ESV</i>	0,913	9,838	0,002

Nuevamente, se eliminaron los valores atípicos, pero esta vez sólo de las variables implicadas, esto es, de aquellas que iban a ser tomadas como discriminantes y del *Cuestionario de Carga para Cuidadores Formales*. Con el resto de los casos se efectuaron análisis discriminantes, introduciendo todas las variables de clasificación juntas, por un lado, y con el método de inclusión por pasos, por otro.

El número de casos válidos para los análisis fue de 230 y se excluyeron 49 por distintos motivos, estando 129 sujetos en el grupo de *bajos en carga* y 101 en el de *altos en carga*. No es una diferencia excesiva entre éstos, lo que favorece la validez de los resultados, no obstante, para las posibilidades previas se indicó al programa la instrucción de calcular según tamaño de grupos.

16.3.1. INTRODUCCIÓN CONJUNTA DE LAS VARIABLES

Se comienza con el procedimiento de introducción conjunta de las variables. En la prueba M de Box se obtuvo un valor de 59,403, lo que supone una F aproximada de 2,051, con un nivel de significación de 0,001. Esto viene a decir que los grupos 1 (*bajos en carga*) y 2 (*altos en carga*) no poseen la misma variabilidad y viola uno de los criterios para el análisis discriminante, el de la igualdad de las matrices de varianzas-covarianzas poblacionales. No obstante, hay que tener en cuenta que se trata de un supuesto muy severo y que raramente se cumple (Gil, García y Rodríguez, 2001).

El autovalor fue 0,286, no muy alejado de cero, pero dado que no es fácilmente interpretable se recurre al valor de λ de Wilks, con el que se encuentra estrechamente relacionado. Este ha sido de 0,778, lo que advierte que hay bastante solapamiento entre los grupos. Ahora bien, el valor transformado de λ (χ^2) es de 56,478, con un nivel de significación $< 0,001$, por lo que puede rechazarse la hipótesis nula de que los grupos comparados tienen promedios iguales en las variables discriminantes.

Por otro lado, los resultados también reflejan la correlación canónica entre la combinación lineal de las variables independientes (la función discriminante) y una combinación lineal de variables *indicador* (unos y ceros), relativas a la pertenencia a los grupos. Pues bien, el valor obtenido es de 0,472, que es moderado en el sentido de que las variables discriminantes permiten diferenciar entre los grupos a ese nivel.

A partir del valor de los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas puede deducirse que la importancia de las variables a la hora de predecir el grupo de pertenencia siguen esta secuencia: *GHQ-28*, Actividades distractoras de la situación, Evadirse, *ESV*, Humor, Abandono de los esfuerzos de afrontamiento y *SSA* (véase Tabla 33).

Tabla 33

Coefficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas utilizando el método de introducir todas las variables de clasificación juntas

	Función
<i>GHQ-28</i>	0,517
<i>COPE</i> Actividades distractoras de la situación	0,347
<i>COPE</i> Evadirse	0,257
<i>ESV</i>	- 0,237
<i>COPE</i> Humor	0,183
<i>COPE</i> Abandono de los esfuerzos de afrontamiento	0,172
<i>SSA</i>	- 0,070

Los datos relativos a los centroides han sido de $-0,471$ para el grupo 1 (*bajos en carga*) y de $0,602$ para el grupo 2 (*altos en carga*). Teniendo en cuenta esto y los coeficientes estandarizados, puede comprobarse que los valores por encima de la media de las variables discriminantes con signo positivo hacen más probable que el sujeto obtenga una puntuación positiva y pertenezca al grupo 2 y al contrario por debajo de la media. Para las de signo negativo la conclusión sería al contrario. El conocimiento de la ubicación de los centroides proporciona la posibilidad de afirmar que, en promedio, los sujetos del grupo 1 (*bajos en carga*) se hallan en las puntuaciones negativas de la función y los del 2 (*altos en carga*) en las positivas.

La matriz estructura, que contiene las correlaciones entre las variables discriminantes y la función estandarizada, arroja el resultado de que el valor más alto es el del *GHQ-28* ($0,761$). Para Evadirse es de $0,603$, para *ESV* de $-0,539$, para Actividades Distractoras de la Situación de $0,519$, para Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento de $0,448$, para la *SSA* de $-0,312$ y para Humor de $0,244$ (véase la Tabla 34).

Tabla 34
Matriz estructura, utilizando el método de introducir todas las variables de clasificación juntas

	Función
<i>GHQ-28</i>	0,761
<i>COPE Evadirse</i>	0,603
<i>ESV</i>	- 0,539
<i>COPE Actividades distractoras de la situación</i>	0,519
<i>COPE Abandono de los esfuerzos de afrontamiento</i>	0,448
<i>SSA</i>	- 0,312
<i>COPE Humor</i>	0,244

Como puede advertirse el orden no es igual que el de los coeficientes estandarizados de la función discriminante. Puede ser debido a la relación de la una con la otra, capitalizando una de ellas la información que comporten.

Para finalizar, el porcentaje total correctamente clasificado ha sido, prácticamente, de un setenta por ciento, exactamente un 69,6%, siendo más precisa la función discriminante para clasificar a los sujetos del grupo 1 (*bajos en carga*) (78,3%) frente a los del 2 (*altos en carga*) (58,4%). En la tabla 35 se encuentran el número de casos y los porcentajes correspondientes.

Tabla 35
Resultados de la clasificación utilizando el método de introducir todas las variables de clasificación juntas

		Grupo de pertenencia pronosticado		
		1	2	Total
Recuento	Grupos por Carga			
	1	101	28	129
	2	42	59	101
%	Casos desagrupados	3	1	4
	1	78,3	21,7	100,0
	2	41,6	58,4	100,0
	Casos desagrupados	75,0	25,0	100,0

Clasificados correctamente el 69,6% de los casos agrupados originales.

En relación a cuánto es de aceptable la capacidad predictiva de la función discriminante³ se ha tenido en cuenta lo que se conoce como *criterio de máxima aleatoriedad*, el cual se determina calculando el porcentaje de la muestra completa representado por el más grande de los dos. En este caso, el primero es el mayor lo que daría un criterio de máxima aleatoriedad de un 56,09 por ciento de clasificaciones correctas. Por tanto, como la ratio de aciertos para la función discriminante excedió de esta cifra, significa que esta última ayuda a predecir, si se considera como único objetivo del análisis discriminante la maximización del porcentaje clasificado correctamente.

No obstante, al tener la pretensión, además, de identificar adecuadamente a los miembros de los dos grupos, se ha empleado del *criterio de aleatoriedad proporcional*⁴, con el que se ha obtenido el valor de 0,5072, que indicaría que una capacidad predictiva por encima del 50,72% sería aceptable. Como la resultante ha sido del 69,9% puede considerarse como tal. Sin embargo, Hair *et al.* (1998) señalan que estos criterios son útiles sólo cuando se calculan con ampliación de la muestra (énfoque de división de la muestra) y si los individuos utilizados para calcular la función discriminante son los que están siendo clasificados, entonces el resultado estará sesgado al alza en su capacidad predictiva, por lo que esos dos criterios tendrían, a su vez, que ser ajustados al alza para tener en cuenta este sesgo.

Las probabilidades previas para el grupo 1 (*bajos en carga*) son 0,5609 –criterio de máxima aleatoriedad- y para el grupo 2 (*altos en carga*) 0,4391. Por tanto, puede afirmarse que las clasificaciones para cada grupo superan lo esperado (un 81,2% frente a un 56,09% y un 53,4% frente al 43,91%, para el grupo 1 y el 2, respectivamente)

³ En relación con esta cuestión se siguen las directrices y argumentos de Hair *et al.* (1998).

⁴ Este criterio es el que se debe emplear cuando el tamaño de los grupos son diferentes y existe adicionalmente el objetivo mencionado. Su fórmula es: $C_{\text{PRO}} = p^2 + (1 - p)^2$, siendo p la proporción de individuos del grupo 1 y $1 - p$ del grupo 2.

16.3.2. MÉTODO POR PASOS

Con este método se procede de igual forma que con el anterior en cuanto a la consideración tanto de las variables cuantitativas como de las cualitativas, así como a la eliminación de los análisis de los casos atípicos con puntuación $z \pm 3$ y se seleccionaron para esta técnica aquellas variables que maximizaban las diferencias entre los grupos, concretamente, *GHQ-28*, *SSA*, subescalas Humor, Abandono de los esfuerzos de afrontamiento, Actividades distractoras de la situación y Evadirse, del *Cuestionario COPE*, y la *ESV*. Los valores de *lambda* de Wilks no fueron cercanos a cero, pero los transformados en *F* alcanzaron los niveles requeridos de significación, tal como se vio anterior.

Dado que los resultados son muy similares y van en el mismo sentido que con el procedimiento de introducción de todas las variables juntas, se reducirán en este apartado las explicaciones sobre los mismos.

Con la prueba *M* de Box se obtuvo un valor de 15,733, lo que equivale a una *F* aproximada de 2.584, con un nivel de significación de 0,017. Por tanto, los grupos no poseen la misma variabilidad.

Las variables que, finalmente, quedaron incluidas en las funciones discriminantes, aceptando los criterios por defecto del programa (método de selección de variables – *lambda* de Wilks-, usar valor de entrada de *F* igual a 3,84 y valor de *F* de salida igual a 2,71) fueron: *GHQ-28*, Actividades distractoras de la situación y Evadirse, ambas del *Cuestionario COPE*. Estas tres variables poseen correlacionan entre sí de manera estadísticamente significativas, desde un coeficiente $r = 0,205$ ($p = 0,001$), entre el *GHQ-28* y Actividades distractoras de la situación del *Cuestionario COPE* hasta uno igual a 0,339 ($p < 0,001$), entre el *GHQ-28* y Evadirse. Son valores bajos lo que ayuda a explicar el que los referidos a la tolerancia –esto es, la proporción de varianza de una variable independiente que no está explicada por el resto de las independientes- no desciendan sensiblemente a partir de 1. Concretamente, son 0,929 para el *GHQ-28*, 0,911 para Actividades distractoras de la situación y 0,859 para Evadirse. Esto podría apuntar a una aproximación al peso real de cada una de estas variables en la función discriminante. Sin embargo, hay que tener presente que la *Entrevista de Carga para*

Cuidadores formales presenta una correlaciones estadísticamente significativas con las variables independientes, preferentemente con el *GHQ-28* ($r = 0,474$, $p < 0,001$), la cual es moderada. Con Actividades distractoras de la situación es igual a 0,376 ($p < 0,001$) y con Evadirse a 0,318 ($p < 0,001$), las cuales son más bien bajas.

El autovalor fue 0,247 y el valor de *lambda* de Wilks 0,802,. El transformado de *lambda* (*chi cuadrado*) es de 50,060, con un nivel de significación $< 0,001$, por lo que puede rechazarse la hipótesis nula de que los grupos comparados tienen promedios iguales en las variables discriminantes.

La correlación canónica ha sido de 0,445, moderado en el sentido de que las variables discriminantes permiten diferenciar entre los grupos.

A partir del valor de los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas puede deducirse que la importancia de las variables a la hora de predecir el grupo de pertenencia siguen esta secuencia: *GHQ-28*, Actividades distractoras de la situación y Evadirse, con valores de 0,682, 0,376 y 0,358, respectivamente.

Tabla 36
Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas utilizando el método por pasos

	Función
<i>GHQ-28</i>	0,682
<i>COPE</i> Actividades distractoras de la situación	0,376
<i>COPE</i> Evadirse	0,358

Las funciones en los centroides han sido de $- 0,438$ para el grupo 1 (*bajos en carga*) y de 0,560 para el 2 (*altos en carga*). Datos muy parecidos a los previos.

La matriz estructura arroja el resultado de que el valor más alto es el del *GHQ-28* (0,816). Para Evadirse es de 0,649 y para Actividades distractoras de la situación de 0,558 (véase la Tabla 37).

Tabla 37

Matriz estructura del análisis discriminante para los grupos bajos en carga y altos en carga, utilizando el método por pasos

	Función
<i>GHQ-28</i>	0,818
<i>COPE Evadirse</i>	0,649
<i>COPE Actividades distractoras de la situación</i>	0,558
<i>ESV</i>	-0,318
<i>COPE Abandonar los esfuerzos de afrontamiento</i>	0,258
<i>SSA</i>	-0,171
<i>COPE Humor</i>	0,041

Por último, el porcentaje global correctamente clasificados ha sido, prácticamente, de un setenta por ciento –como antes-, exactamente un 69,1%, siendo más precisa la función discriminante para clasificar a los sujetos del grupo 1 (*bajos en carga*) (81,2%) frente a los del 2 (*altos en carga*) (53,4%). En la tabla 38 se encuentran el número de casos y los porcentajes correspondientes.

Tabla 38

Resultados de la clasificación utilizando el método por pasos

		Grupo de pertenencia pronosticado		
		1	2	Total
Recuento	Grupos por Carga			
	1	108	25	133
	2	48	55	103
%	Casos desagrupados	3	1	4
	1	81,2	18,8	100,0
	2	46,6	53,4	100,0
	Casos desagrupados	75,0	25,0	100,0

Clasificados correctamente el 69,1% de los casos agrupados originales.

Igualmente, aquí puede citarse lo dicho sobre el criterio de máxima aleatoriedad, el de aleatoriedad proporcional y las probabilidades previas.

Si se comparan los resultados de clasificaciones correctas (véase la Tabla 39) puede observarse que, globalmente, sólo hay una diferencia entre un método y otro de 0,5 puntos, por lo que con tres variables en la función discriminante –el de por pasos- se obtiene un porcentaje muy similar a la derivada de la introducción de todas las variables discriminantes juntas. Por otro lado, con el de por pasos se produce una mejor clasificación con el grupo 1 (*bajos en carga*) pero peor en el 2 (*altos en carga*). En realidad, dependiendo de los objetivos puede ser más interesante un método u otro.

Tabla 39

Comparación de los porcentajes clasificados correctamente, por las funciones discriminantes, en el grupo 1 (bajos en carga) y 2 (altos en carga), globalmente y por grupos, según el método de introducción de variables utilizado

	<i>Método</i>		<i>Diferencia (valores absolutos)</i>
	<i>Juntas</i>	<i>Por pasos</i>	
% grupo de pertenencia 1 pronosticado	78,3	81,2	2,9
% grupo de pertenencia 2 pronosticado	58,4	53,4	5,0
Clasificados correctamente	69,6	69,1	0,5

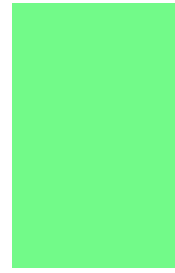
Por último, los sujetos del grupo 1 (*bajos en carga*), con respecto a los del 2 (*altos en carga*), tuvieron puntuaciones medias más altas en la SSA y la ESV. En el resto fue el segundo (véase la Tabla 40).

Tabla 40

Medias y desviaciones típicas en los grupos 1 (bajos en carga) y 2 (altos en carga) en las variables discriminantes utilizadas

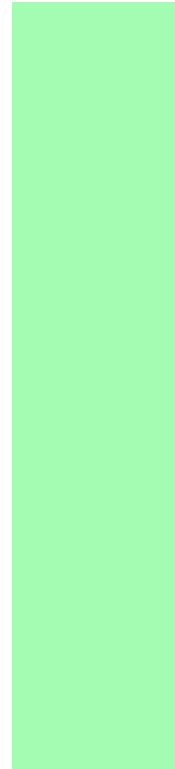
	<i>Grupo 1</i>		<i>Grupo 2</i>	
	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>
GHQ-28	14,8756	6,70726	20,7890	7,87579
SSA	75,2227	8,67566	72,5536	7,00038
COPE Humor	6,7145	2,44715	7,3649	2,52501
COPE Abandono	3,7442	1,07732	4,3505	1,46138
COPE Actividades	6,7817	1,21347	7,5438	1,54470
COPE Evadirse	4,4259	1,19114	5,2795	1,46630
ESV	24,8075	6,17129	21,2478	6,12480

ESTUDIO EMPÍRICO



17

Discusión



17. DISCUSIÓN

Con el fin de contrastar los aspectos psicológicos considerados en cuidadores formales de ancianos, el investigador revisó más de 26 trabajos empíricos. La suma íntegra de las muestras cotejadas abarca aproximadamente un total de 5.363 cuidadores formales españoles, los cuales pertenecen a profesiones sociosanitarias diferentes en las que se practican distintas modalidades del cuidado, en diversos dispositivos (*unidades hospitalarias, centros de salud, residencias geriátricas, servicios de ayuda a domicilio y de los servicios privados, públicos y sociales comunitarios*). Por esta razón, que alude a la diversidad profesional de los cuidadores formales, hay que aclarar que los datos de cada investigación se deben tomar con cautela, ya que no es equivalente el estrés laboral que supone el trabajo (p. e., del *auxiliar geriátrico*) de cuidar ancianos con demencia residentes en una unidad de Alzheimer de veinte plazas, si se pretende contrastar con la carga que se alcanza al desempeñar otra responsabilidad sanitaria (p. e., la *enfermera hospitalaria*), tomando la tensión arterial y haciendo curas (de enfermería) en un hospital de seiscientas camas.

Si bien todos los cuidados formales comparten el marco de la salud, el cuidado formal que se investiga en el estudio presente, con una población mayoritaria de auxiliares geriátricos, tiene más que ver con la atención directa de las necesidades básicas e instrumentales que las personas mayores han dejado de realizar por falta de autonomía y capacidad funcional para desempeñarla, debido principalmente a la edad avanzada, el deterioro cognitivo, los trastornos de conducta, etc. Este concepto de cuidados tiene el apellido de *crónicos*, es decir, prolongados en el tiempo, los cuales difieren gradualmente de otro tipo de cuidados formales que están destinados principalmente a cubrir las necesidades sanitarias que requiere cualquier persona que desafortunadamente sufre una hospitalización (p. e., un accidente de coche) o bien sigue un tratamiento médico por un proceso agudo de la enfermedad (p. e., quimioterapia), el cual después de los cuidados especializados, y la rehabilitación si corresponde, va a posibilitar que dicha persona vuelva a realizar sus actividades diarias con cierta normalidad. Por todo ello, el tipo de estrés laboral cambia de un profesional a otro, por el tipo de cuidado formal que desempeña, sin poder confrontarse (p. e., la carga de la enfermera que coge una vía venosa puntualmente a un paciente, cada día diferente, con

la situación de estrés laboral que experimenta el auxiliar que da de comer diariamente al mismo grupo de ancianos con demencia).

Partiendo básicamente de las discrepancias evidentes en cada categoría profesional, en función de las competencias concretas para con los ancianos, conviene tener presente la procedencia laboral de los cuidadores contemplados en los diferentes estudios revisados (ver *ANEXO*), al considerar que la carga de los mismos no se puede equiparar globalmente a todos por igual. La insuficiencia de estudios existentes sobre el grupo específico de auxiliares geriátricos ha sido la razón por la cual se recogen también datos indagados en otros colectivos geriátricos, tales como médicos y personal de enfermería. A pesar de ello, se reitera la prudencia con la que hay que tomar los resultados de estos colectivos no auxiliares, a la hora de señalar algunas conexiones en las diferentes investigaciones consultadas, dada la escasez bibliográfica al respecto.

Repasando la literatura relativa a las investigaciones sobre los cuidadores formales, se advierte una importante diversidad de aspectos que ocupan el centro de estudio. La mayoría de los autores muestran una gran preocupación por estudiar la influencia de las *variables sociodemográficas* (edad, estado civil, sexo, titulación, etc.), el síndrome de estar quemado en el trabajo, la satisfacción laboral, la salud, las expectativas de control y el apoyo social. Siguiendo el orden de aparición de las temáticas más sobresalientes, el interés científico continúa por el análisis de *variables organizacionales* (clima laboral, carga laboral, conflicto y ambigüedad de rol); algunas *variables individuales* (valores humanos y motivación, satisfacción vital, calidad de vida y estereotipos de la vejez), *variables de personalidad* (extraversión, neuroticismo, locus de control y rigidez) y las *estrategias de afrontamiento*, así como otras *variables sociales* (percepciones de calidad total, actitudes acerca de roles y sexo). En último lugar, y cerrando la clasificación de los trabajos empíricos planteados, los autores también se han dedicado a estudiar las *variables más relevantes del usuario*, que es el objetivo principal de los cuidados formales, es decir, los ancianos. Para lo cual, se valoran principalmente, el deterioro cognitivo, las capacidades funcionales de la vida diaria, la fase de la enfermedad y los trastornos de conducta.

Las variables de esta investigación están dispuestas siguiendo el modelo transaccional o mediacional del estrés, tal y como se explica en el marco teórico en

relación con las teorías de Lazarus y Folkman. Es decir, partiendo de las fuentes desencadenantes del hecho de cuidar ancianos dependientes, como condiciones estresantes y circunstancias del trabajo que son las causas y los *factores antecedentes* (estresores vitales cotidianos), se llega a unos *resultados del estrés* (carga, satisfacción vital y salud general) como las consecuencias del trabajo de auxiliar de geriatría, a través de una serie de *variables mediadoras* (apoyo social percibido, estrategias de afrontamiento y optimismo disposicional) que modulan este impacto de estrés en el cuidador formal.

Flórez *et al.* (1999) advierten que la mayor intensidad del estrés se detecta en el ámbito laboral. Y Ribera *et al.* (1987) reseñan que los cuidadores (68,42%), en términos generales, están sometidos a un grado importante de estrés. Tan solo el 13,15% de los gerocultores manifestó no experimentar ningún estrés, lo cual coincide bastante en otros estudios realizados en profesionales sanitarios. Con respecto a la relación entre las variables sociolaborales y el estrés laboral se han abierto perspectivas controvertidas, según los estudios consultados (p. e., De la Peña *et al.*, 2002; Díaz *et al.*, 2003; Evans y Fischer, 1993; Fernández *et al.*, 2001; Fornés *et al.*, 2001; Manzano, 1998; Manzano y Ramos, 2001), en cuanto a la existencia o no de asociación estadísticamente significativa. A pesar de ello, parece advertirse una notoria relevancia de la influencia de la edad, el estado civil y el tiempo de ejercicio en la profesión, así como el sexo y el número de hijos en la familia, entre otras variables sociodemográficas y laborales a relucir en relación con el estrés laboral de los cuidadores formales; aunque estos resultados no sean compartidos igualmente por todos los autores.

Realmente, en la experiencia profesional de la *atención directa al anciano* se pueden evidenciar muchas escenas cotidianas que están íntimamente ligadas al estrés laboral. Ciertamente, es necesaria la prevención de la carga y el favorecimiento de unas medidas antiestrés para el beneficio psicológico del cuidador formal y la mejora del ejercicio profesional de los cuidados. Por ello, la sociedad no está aún preparada para afrontar este desgaste y se percibe imprescindible la conveniencia de sensibilizar a las empresas geriátricas de la importancia y las consecuencias del estrés laboral.

A medio camino, entre los estresores y las consecuencias del estrés, cobran un especial abordaje el estudio de los factores mediadores del estrés en el cuidador. Desde

esta perspectiva, Ramos (1999) destaca cuatro factores moduladores (demográficos, personalidad, estrategias de afrontamiento y apoyo social). Pérez, Iruarrizaga y Camuñas (2000) consideran que las habilidades psicológicas y sociales del cuidador van a modular el estrés laboral, jugando un papel mediador para con la salud y la satisfacción vital del trabajador. Mientras que las variables sociales han estado muy asociadas al estrés laboral y han sido bastante citadas en la investigación, las variables individuales del cuidador han quedado menos indagadas en los estudios revisados.

Finalmente, se han estudiado los efectos del estrés laboral en los aspectos psicológicos y psicofisiológicos de la salud de los cuidadores formales, advirtiéndose la importancia que alcanzan las manifestaciones de ansiedad (p. e., Artazcoz *et al.*, 1996 y Ashi *et al.*, 1995). En este sentido, Flórez *et al.* (1999) evidencian el alto nivel de absentismo laboral de los auxiliares de geriatría, explicado por los sentimientos de impotencia, ansiedad y depresión, que estaban asociados a una peor atención y una mala realización del trabajo profesional para con el grupo de personas asistidas en los diversos dispositivos de salud. Rodríguez (2005) insiste en que tanto la prevención como el tratamiento hay que enfocarlos desde tres ámbitos, teniendo en cuenta que las consecuencias se producen en diferentes direcciones: 1) intervención a nivel individual, mediante estrategias de autocontrol, técnicas de solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y comunicación, entrenamiento en relajación, etc.; 2) intervención social, donde los grupos son fuente de algunas de las recompensas más significativas del personal, siendo una de ellas el propio apoyo social, cuyo aprovechamiento creativo sirve de neutralizador del estrés; 3) intervención a nivel organizacional, con modificaciones en las condiciones de trabajo y en la organización institucional.

Se advierte la importancia del desarrollo de estudios al respecto que puedan servir de apoyo al diseño de estrategias dirigidas a la prevención del estrés laboral en su relación con los dilemas bioéticos, así como las intervenciones necesarias en las áreas afectadas del cuidador. Por todo ello, retomando el estudio de Pérez *et al.* (2000), entre otros autores (p. e., Haley, Roth, Coleton, Ford, West, Collins e Isobe, 1996; Ferrer, 2001; Flórez, 2001 y Prieto *et al.*, 1998), se le pueden enseñar a los auxiliares geriátricos técnicas de afrontamiento adecuadas a las situaciones estresantes a través de un programa de estimulación psicosocial, para la prevención de la carga y la salud

general. Es decir, sería muy beneficioso para los cuidadores formales, el aprendizaje de estrategias cognitivas de control emocional para con los ancianos dependientes.

En este trabajo empírico han participado un total de 302 cuidadores formales de residencias geriátricas de diversas zonas españolas⁵, principalmente Andalucía y Huelva. Por tanto, la muestra de la presente tesis parece relevante con respecto a otros trabajos anteriormente referidos⁶. Inicialmente, el *Cuestionario* se puso a prueba en varios estudios piloto con diversas categorías laborales de atención geriátrica. En la *Carta a los Centros Geriátricos* se motiva a la Dirección de las residencias sobre lo que puede significar la aplicación de la *Encuesta* al personal trabajador: una pequeña herramienta de análisis de la realidad que el día a día no permite realizar ni revisar explícitamente.

Terminado el plazo de aproximadamente un mes para la recogida de los cuestionarios, se volvió a telefonar en dos ocasiones más, expresamente a cada uno de los responsables de los centros que participaron de forma activa en el estudio que se presenta, agradeciendo su colaboración y solicitando dos últimas encuesta telefónicas finales sobre algunos datos cuantitativos (referidos al número de trabajadores, número de ancianos, válidos, asistidos, con demencias y con trastornos de conducta), con el objeto de confirmar los datos agenciados por los cuidadores, que en la mayoría de los casos originaban dudas con respecto a la media de las preguntas indagadas (p. e., número de ancianos válidos y asistidos). Se observa, sobre todo por parte de los directores, la falta de consenso y unanimidad a la hora de clasificar a los ancianos con respecto a la valoración geriátrica funcional (actividades de la vida diaria) y sus capacidades comportamentales y cognitivas superiores (presencia o ausencia de demencias y trastornos de conducta). Estas discrepancias han supuesto una gran dificultad a la hora de registrar algunos datos organizacionales sobre los ancianos y los cuidadores de los centros estudiados. Aunque, también, por parte de los cuidadores

⁵ Huelva (Almonte, Ayamonte, Clarines, Nerva, Palos de la Frontera, Punta Umbría, Riotinto, San Juan del Puerto, Tharsis, Villalba del Alcor y Zalamea la Real), Ávila, Córdoba, Madrid, Palma del Río (Córdoba), Riveira (Coruña), San Sebastián, Segovia, Sevilla (Aznalcollar, Bormujos y Dos Hermanas), Toledo y Vizcaya.

⁶ En el trabajo de Fernández *et al.* (2001) fueron 411 cuidadores de 40 residencias geriátricas, en el estudio de Estévez *et al.* (2004) llegaron a ser 490 cuidadores de unidades geriátricas de Canarias, mientras que en la investigación de Prieto *et al.* (1998) se trató de 128 cuidadores de residencias geriátricas de Asturias.

formales, se advierte una diversidad característica constante a la hora de referir estos datos funcionales del conjunto de ancianos que cuidan en el centro donde ellos mismos trabajan. Por todo ello, se evidencian los constantes cambios de la población anciana, en cuanto a irrevocables fallecimientos, nuevos ingresos y la aparición de nuevas patologías (fractura de cadera y accidente cerebro vascular) se refiere.

En la investigación actual se han aplicado seis instrumentos de medida, los cuales se exponen brevemente a continuación. En primer lugar, para la variable carga, se ha utilizado el *Cuestionario de Carga Emocional para Cuidadores Formales*. No se encuentran estudios en los que se haya utilizado el instrumento de la carga para el contexto profesional de los cuidadores formales. Los autores han aplicado la *Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Scale)* de Zarit y Zarit (1982) sólo a los cuidadores informales. Por ello, el *Cuestionario de Carga Emocional del Cuidador Formal* está elaborado a conciencia y se ha adaptado para el estudio del auxiliar. Es decir, es un cuestionario elaborado *ex profeso*, partiendo de la *Entrevista de Carga* de Zarit y Zarit (1982) que consta de 22 ítem referidos a determinadas situaciones laborales en el cuidado de personas, y se le pregunta al sujeto cómo se siente y piensa en relación con las mismas.

La *Entrevista sobre la Carga del Cuidador* es, probablemente, el instrumento más utilizado para la evaluación de la carga. La *Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)*, adaptada por Izal y Montorio (1994), evalúa el grado de carga que experimentan los cuidadores. En el trabajo de Montorio *et al.* (1998) sobre la utilidad y validez del concepto de carga se analizó la pertinencia del constructo en referencia a los modelos de estrés, concluyéndose que este concepto debe superar importantes deficiencias teóricas y metodológicas.

Entre los instrumentos dirigidos a medir los resultados en salud general, se optó finalmente por la *Escala de Salud General* diseñada por Goldberg (1978) que ha tenido varias revisiones (Goldberg y Williams, 1988). Se ha desarrollado en un contexto de psicopatología para detectar indicios de salud y de psicopatología, y es uno de los instrumentos de medición rápida de la salud general más utilizados en ámbitos clínicos. Sus coeficientes de fiabilidad y de validez son bastante elevados, mejorando a medida que aumenta el número de preguntas de la escala (Bowling, 1991). Su capacidad como

útiles de detección se considera buena, dado que hay numerosos estudios que certifican su sensibilidad y especificidad mediante entrevistas estructuradas. Por lo tanto, se trata de un instrumento de cribaje bastante utilizado a nivel general. Equivaldría a una probabilidad de trastorno psicopatológico o bien nos alertaría de la posibilidad de disfunción psicopatológica suficiente para establecer un diagnóstico formal. En este sentido, cuando la puntuación en el *GHQ-28* es alta significa que existe peor salud, es decir, se identifica que los cuidadores presentan enfermedad o trastorno en alguna o en todas las dimensiones. Sin embargo, cuando las puntuaciones del *GHQ-28* son bajas se interpreta que la salud general del cuidador tiende a ser buena.

La variable apoyo social se evaluó con la *Escala de Apoyo Social Percibido (SSA)* de Andújar y Revuelta (2001). Se consideró esta opción principalmente por las tres subescalas del SSA (familia, amigos y gente en general). Por otro lado, para la variable modos de afrontamiento, se empleó el *Cuestionario COPE* de Carver *et al.* (1989) ya que esta prueba de afrontamiento multidimensional (*COPE*), que consiste en 15 escalas conceptualmente diferentes, surge del planteamiento teórico que considera que el afrontamiento individual es una preferencia estable, más que una adaptación específica. De manera que, tanto los ítem como las escalas, están basados teóricamente en el modelo de estrés de Lazarus y en el modelo de autorregulación conductual de Carver y Scheier. Por tanto, es una escala que mide la forma en que los individuos responden cuando se enfrentan a acontecimientos difíciles o estresantes en sus vidas. Por otra parte, la variable satisfacción vital, componente del bienestar psicológico, fue medida a través de la *Escala de Satisfacción Vital* de Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985). Y, para concluir, se utilizó el *Test de Orientación Vital (TOV)* de Scheier, Carver y Bridges (1994), para la medida del optimismo disposicional. Ambos instrumentos han sido adaptados por Revuelta y Andújar.

17.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE CUIDADORES FORMALES

La muestra de este trabajo, constituida por un total de 302 cuidadores formales, se caracteriza por una gran cantidad de contrastes y peculiaridades que se refieren a continuación.

17.1.1. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO

Según el sexo, han aparecido diferencias estadísticamente significativas en tres modos de afrontamiento (centrarse en las emociones y desahogarse, negación y refrenar el afrontamiento) y en la puntuación total de la *Escala de Satisfacción Vital*. En todos los casos, la media fue superior para las mujeres. Haciendo un recuento aproximado del total de hombres y mujeres de las muestras utilizadas al respecto en los estudios revisados⁷, es mayor la participación de las mujeres que la de los hombres. Por consiguiente, los diferentes estudios han tratado muestras principalmente femeninas y con una minoría significativa en cuanto a cuidadores formales hombres se refiere.

Entre los diferentes temas de investigación, con respecto al sexo de los cuidadores formales, se han estudiado diversos aspectos particulares relacionados directamente con la carga familiar y laboral (la doble carga), el conflicto de roles sexuales, la satisfacción y el bienestar psicológico, el desgaste profesional, las estrategias del afrontamiento activo (p. e., la despersonalización en los hombres) y pasivo (p. e., el desahogo emocional en las mujeres), y sus respectivas consecuencias en la salud y el estrés del cuidador profesional. Tal y como aclaran algunos autores (Greenglass y Burke, 1988; Gil-Monte, 1994; Maslach y Jackson, 1985), los varones muestran actitudes más negativas hacia las personas objeto de su trabajo que las mujeres.

A la vista de los estudios, se ha desarrollado una cierta polémica en relación a los

⁷ Concretamente el 62,5% de la muestra fueron mujeres en el estudio de Bujalance *et al.* (2001), asimismo el 94,20% en el trabajo de Urricelqui y Sanz (2000); y de nuevo el 74,1% de mujeres según los datos de Alba *et al.* (1992), entre otros muchos autores. Por todo ello, los datos de la tesis se corresponden adecuadamente con el porcentaje calculado en la mayoría de los estudios consultados (entre un 62,5% y un 94% aproximadamente son mujeres), ya que de los 302 cuidadores formales participantes de la muestra, 257 (86,8%) son mujeres y 39 (13,2%) son hombres.

efectos del trabajo en la mujer. Pamplona *et al.* (1999) discuten la influencia significativa del sexo y destacan que el desgaste profesional es más frecuente en cuidadoras mujeres. También Maslach (2001) corrobora que para la dimensión cansancio emocional (*Maslach Burnout Inventory*) las mujeres obtuvieron puntuaciones mayores, asociadas a la socialización de roles.

Aunque no hay unanimidad referente a la variable sexo, Parkes (1998) resalta que la experiencia de estrés de los cuidadores formales parece estar más ligada a los roles sexuales que a diferencias puramente biológicas. En este sentido, Rout (2001) destaca como ejemplo el creciente estrés de las mujeres que se han incorporado al mundo laboral, manteniendo toda la responsabilidad respecto a sus familias y tareas domésticas. Jick y Mitz (1985) constatan que una fuente relevante de estrés para las mujeres trabajadoras es la carga producida por la acumulación de obligaciones familiares a las obligaciones laborales y por conflicto entre ambos roles. Es decir, las mujeres llevan una doble carga por la condición de ser mujeres trabajadoras.

Aunque sobre esta cuestión debatida en el estudio actual no se obtienen resultados significativos que aportar con respecto a la variable carga, sí que han aparecido diferencias estadísticamente significativas en sexo para la variable satisfacción vital, las cuales evidencian que las cuidadoras formales de sexo femenino presentan niveles más altos de satisfacción vital que los cuidadores formales hombres, resultados que en el estudio de Urricelqui y Sanz (2000) no encontraron significación estadística. Mientras algunos autores, desde el supuesto de los resultados estresantes del conflicto de roles, defienden que el trabajo incrementa el estrés, otros (Crosby, 1982) señalan que la acumulación de roles produce más satisfacción y bienestar psicológico que estrés. Este segundo planteamiento defendido por los autores sobre los roles sexuales del cuidador puede ser una posible explicación que se atiene a la misma dirección de los resultados referidos anteriormente a la experiencia de satisfacción vital de las mujeres cuidadoras formales. Además, como sugiere Fornés (1994) en relación con la respuesta emocional del cuidador, las causas de estrés están asociadas para un grupo minoritario a sentimientos agradables y positivos. En relación con el sexo y la satisfacción vital, a las cuidadoras mujeres se les ha educado desde la infancia para tener que cuidar a alguien, y el hecho de ser mujer trabajadora debe incidir en su satisfacción vital. Mientras que el cuidador hombre precisa el trabajo para conseguir los medios económicos, no tanto por

la satisfacción de trabajar, más bien por el deber que tiene establecido a su rol social masculino.

Por otra parte, en la presente investigación se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable sexo para tres modos de afrontamiento de estilo, principalmente, pasivo y centrados en la emoción. Los resultados indican que las mujeres cuidadoras formales, a diferencia de los hombres: a) están centradas en las emociones del propio malestar, expresan y desahogan sus sentimientos (centrarse en las emociones y desahogarse), b) intentan rechazar la realidad del problema (negación), y c) aplazan el afrontamiento hasta que no se produzca una mayor y mejor información sobre el problema, es decir, esperan hasta que aparezca la ocasión adecuada para actuar (refrenar el afrontamiento).

A este respecto, y al contrario de como se evidencia significativamente la satisfacción vital en este estudio empírico en el caso de las mujeres cuidadoras formales, los estudios de Margallo, Reichelt, Hayes, Lee, Fossey y O'Brien (2001) concluyen que la utilización preferente de este tipo de estrategias centradas en la emoción se ha relacionado con un peor bienestar, habiéndose demostrado que las personas que emplean prioritariamente este tipo de estrategias manifiestan un mayor malestar físico. Más aún, Caron, Griffith y Arcand (1999) evidencian que el afrontamiento no solamente modera el impacto de los factores estresantes en el bienestar, sino que además influye en la percepción de las demandas ambientales como estresantes. Específicamente, el afrontamiento activo ha resultado ser, siguiendo a Margallo *et al.* (2001), un factor protector contra el estrés psicológico.

Los estudios de Peiró y Salvador (1993) aportan que cuando las estrategias de afrontamiento utilizadas no son adecuadas, el cuidador presenta alteraciones fisiológicas y comportamentales que pueden dar lugar, si la situación persiste, a deterioros más o menos permanentes en la salud del profesional. Por este motivo, cobra especial atención el papel del afrontamiento, como destaca Flórez (2001), ya que el estrés que soporta el cuidador va a depender en buena parte de su cognición. Ciertamente las estrategias de afrontamiento son muy relevantes para conocer la presencia y la gravedad de los trastornos emocionales del cuidador.

Manzano y Ramos (2001) señalan que en ambas muestras los hombres presentan mayor despersonalización que las mujeres. En términos generales, y teniendo presente la influencia social y cultural entre hombres y mujeres, éstas parecen exhibir características más emotivas y menos pragmáticas. En cambio, los hombres tienden a optar por actitudes más resolutivas, que pueden solucionar momentáneamente la sensación de estar quemado, a través de la despersonalización, resolviendo así el problema a corto plazo. Aunque, en la perspectiva de Manzano y Ramos (2001), dicha estrategia es nociva con el paso del tiempo. Así pues, puede que el mismo hecho de expresar los sentimientos, comprender la situación de cuidadora formal, encontrar un sentido emocional y un significado personal o bien una realización profesional ayuden, en conjunto, a vivir y a sobrellevar con mayor satisfacción vital la carga de los cuidados formales, como mujer trabajadora.

17.1.2. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL CENTRO

En cuanto a si el centro pertenecía a la administración pública o no, surgieron diferencias estadísticamente significativas en algunas dimensiones del *Cuestionario COPE*: religión, humor, aceptación y reinterpretación positiva. Puntuaron más alto en religión aquellos sujetos que no estaban en centros públicos, mientras en el resto fue al contrario. Según los datos de la tesis presente, los centros privados o concertados, es decir, aquellos que reciben ayudas económicas por parte de alguna concejalía y/o concejería (servicios sociales comunitarios, servicios de salud, etc.) tienen mayores implicaciones en actividades religiosas que aquellos centros que pertenecen a la administración pública. Sin embargo, los cuidadores que no estaban en centros públicos hacen menos bromas sobre los estresores (humor), aceptan menos el hecho de que el suceso ha ocurrido y es real (aceptación) e intentan menos sacar la parte positiva de la situación estresante para desarrollarse como persona o ven la situación desde una perspectiva más negativa (reinterpretación positiva), en comparación con los sujetos que están en centros públicos.

Por lo general, los centros privados suelen estar dirigidos por religiosos (sacerdotes y monjas) que gobiernan los centros desde la dirección y la organización de los mismos, por lo que infunden una ideología en su filosofía de los cuidados.

Evidentemente, en los centros públicos, a diferencia de los anteriores, predomina un clima de apertura y libertad de creencias, abierto a las ideas políticas, así como la amplitud de miras y, por lo tanto, no participan del credo religioso, lo cual se traduce en un menor número o ninguno de actividades religiosas.

Por otra parte, el hecho de que en los centros no públicos se practiquen menos modos de humor, aceptación y reinterpretación positiva puede estar explicado por algunas prácticas, actitudes y valores diferentes que promueven propiamente los ideales religiosos anteriormente apreciados. De este modo, no encontrar idóneo reírse del prójimo (sensación de encontrarse en pecado), la poca apertura y flexibilidad mental necesaria hacia lo que al cuidador puede hacerle sentir más feliz (catalogada de actitud egoísta) y la dificultad para reconocer los problemas reales (ocultar la verdad); en contraposición con vivir los cuidados formales con verdaderos sentimientos de culpa y resignación, así como no aceptar los acontecimientos de la sociedad actual (por muy negativa que se pueda percibir) puede ser un punto de mira significativo para evidenciar las distintas estrategias de afrontamiento señaladas.

De todas formas, se debiera investigar más profundamente e indagar en estos resultados para explicar las diferencias detectadas con ayuda de otros estudios y perspectivas de contraste, en los cuidadores formales según el centro de pertenencia. Igualmente, analizar las diferencias que pueden presentar al respecto el sector lucrativo en relación con el sector caritativo y/o solidario.

El análisis comparativo de las organizaciones sanitarias privadas y públicas de Ramió (2005) muestra que existen diferencias relevantes, entre unas y otras, que influyen en el trabajo de enfermería. En las organizaciones privadas las enfermeras soportan más carga de trabajo. Las condiciones laborales son negativas: no está instaurada la carrera profesional, es difícil reivindicar mejoras. Además de que los profesionales son polivalentes, para cuidar a las personas ante la alta variabilidad de la práctica sanitaria, y ejercen con menor autonomía profesional. Soportan las exigencias de las personas usuarias, que, en ocasiones, van más allá de los propios cuidados profesionales. A la luz de los resultados recogidos, se podría sugerir como criterio de elección del centro, que los auxiliares que trabajan en centros públicos parecen albergar

menos estrés laboral debido a la manera de afrontar los conflictos y en cuanto a que se experimentan menos sentimientos de culpa.

17.1.3. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Haciendo un recuento aproximado de los estudios en relación a la edad de los cuidadores formales, los datos indican que la media de la edad aparece reflejada por la mayoría de los autores entre los 32 y 38 años aproximadamente. A pesar de que el presente estudio se encuentre en los términos “habituales”, como se cita en la investigación revisada⁸, ya que la media de edad está en los 34 años (el intervalo recoge entre los 17 y 60 años, con mayor y menor edad, respectivamente), los cuidadores generalmente se sitúan con edades algo inferiores, aunque dentro de la media aproximada.

Con respecto a la edad, para la variable evadirse, del *Cuestionario COPE*, la diferencia aparecía en el primer subgrupo (sujetos menores de 25 años) –que puntuaron más alto- y el quinto (sujetos entre 41 y 45 años). La relación entre edad y estrés es compleja. En general, se ha observado que en los cuidadores formales con más edad hay una serie de circunstancias que producen carga: el trabajo con presión en el tiempo, el uso de nuevas tecnologías, las tareas que exigen un alto nivel de vigilancia, el trabajo por turnos y nocturno, etc.

Desde esta perspectiva se podrían explicar los resultados del trabajo actual, en cuanto a que los cuidadores más jóvenes se distancian más del estresor o de la fuente del estrés mediante la ensoñación, en relación con los cuidadores que duplican la edad de los primeros. Puede que uno de los motivos principales sea la responsabilidad y la capacidad de asumir las consecuencias de los propios actos, con la que se toman el trabajo los cuidadores con más experiencia a diferencia de los recién incorporados a la profesión. A la edad tan prematura de 17 años se concentra un colectivo profesional que comienza a atender los cuidados de una población mayor, a la cual habitualmente parece no tomarse muy en serio por razón de la edad (edadismo). Estas circunstancias llegan,

⁸ Una media de 37,65 años apareció en el estudio de Urricelqui y Sanz (2000) y con una media de 32,7 años se realizó el trabajo de Hernández y Olmedo (2004).

en ocasiones, a la falta de respeto y el ejercicio de un trato infantil no adecuado a las necesidades del anciano, que se puede quejar, con cierta frecuencia, (y con razón) porque no se le toma en serio o van muy deprisa trabajando (los ancianos necesitan calma y tranquilidad). Puede que el cuidador formal joven se evada de la realidad porque no se crea que le va a tocar pasar (p. e., por la muerte, enfermedad, etc).

Un aspecto a destacar es la diferencia generacional del cuidador con respecto a la persona que recibe los cuidados formales. Al parecer, la causa fundamental de la evitación podría ser probablemente la maduración profesional que diferencia en los cuidados a los trabajadores más noveles (menos de 8 años de trabajo) de los cuidadores más veteranos (a los 45 años de edad pueden tener aproximadamente 28 años de experiencia en la profesión).

Sin embargo, otros autores encuentran en estos intervalos de edad de los cuidadores formales unos condicionantes favorables de cara al manejo del estrés. Así, uno de los indicadores importantes en las reacciones de ansiedad de los cuidadores formales es la edad, tanto en los acontecimientos generales como en los específicos laborales (Fornés *et al.*, 2001). En este sentido, parece que los cuidadores más jóvenes y los veteranos toleran mejor las situaciones estresantes, aunque los cuidadores que llevan aproximadamente tres años de antigüedad en la misma unidad empiezan a desarrollar síntomas de estrés laboral, mientras que Evans y Fischer (1993) establecen dos años como tiempo a partir del cual suelen empeorar los síntomas del abrasamiento. La incidencia de esta variable parece ser menor cuanto más joven es el cuidador y/o a medida que pasan los años. Se cree que el hecho de ser joven o la experiencia acumulada de los años, podría actuar como un efecto amortiguador de la tensión que ofrecen ciertas situaciones potencialmente estresantes en el ámbito laboral. Este efecto puede ser debido entre otras razones a la motivación por aprender, a las expectativas de logro o a la seguridad en las propias capacidades. Estos datos van en la línea de explicar la evitación, más que por la falta de capacidad de los cuidadores, por la temprana incorporación al mundo laboral.

17.1.4. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL

Los datos manifiestan que la mayor parte de los cuidadores (entre un 60% y 71%) están casados y el estado civil soltero aparece recogido siempre en segundo lugar⁹. En cambio, en la investigación que se presenta se recogen 140 (48%) cuidadores casados o viviendo en pareja, 132 (45%) solteros y 21 (7%) cuidadores que pueden ser viudos, separados o divorciados. En este caso, el hecho de que los porcentajes de cuidadores casados son algo inferiores a los estudios examinados puede deberse a que la media de edad de los cuidadores sea algo más baja.

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas: para síntomas somáticos (*GHQ-28-A*) entre el grupo 1 de viudos, separados o divorciados frente a los otros dos (solteros [2] y casados o viviendo en pareja [3]), para negación (del *Cuestionario COPE*) entre el primero y el tercero, para actividades distractoras de la situación (igualmente del *COPE*) entre el primero con respecto a los otros dos. En todos, las medias más elevadas las presentó el primer grupo.

Por último, en la *Escala de Satisfacción Vital* las diferencias fueron entre el primer grupo y el segundo, así como entre el primero y el tercero. La mayor puntuación media fue la del grupo de casados o viviendo en pareja y la menor la de los viudos, separados y divorciados.

Hay que tener en cuenta que cada vez más frecuentemente la existencia de una relación de pareja estable conviviendo no implica el matrimonio, lo que podría explicar la existencia de algunos estudios que no han obtenido diferencias significativas. Por ello, en este estudio ha sido necesario diferenciar, en la variable estado civil, la presencia o ausencia de pareja estable. Desde esta perspectiva, compartida con otros autores (p. e., Carmona *et al.*, 2001), se pueden explicar los resultados en cuanto a la satisfacción vital de los cuidadores casados y, efectivamente, se ha tenido en cuenta esta apreciación anterior de algunos autores con la idea de agrupar esta variable correctamente en tres categorías. Al igual que los resultados obtenidos por otros autores

⁹ En el trabajo de Díaz *et al.* (2003), el mayor porcentaje (71,4%) estaba casada (40), mientras que en el estudio de Manzano y Ramos (2000) resultaron el 60% casados y un 25,88% estaban solteros.

(p. e., Díaz *et al.*, 2003 y Manzano, 1998) con respecto al estrés laboral, en la investigación presente no se han identificado niveles significativos de carga para con el estado civil de los cuidadores formales.

En cambio, Manzano y Ramos (2001), encuentran que el estado civil parece influir tanto en el grado de estrés ocupacional como en el control personal percibido alcanzado por el sujeto. Esto podría deberse, en la misma línea de los resultados alcanzados para con la satisfacción vital del presente trabajo, a que los cuidadores con pareja posiblemente posean una estabilidad emocional mayor: el hecho de poner exteriorizar sentimientos, recibiendo apoyo del cónyuge, alivia el malestar y relaja al sujeto; poder analizar el problema junto a otra persona en la que se confía tal vez permita aumentar el control sobre el problema, al saber actuar cuando vuelva a presentarse. Por otro lado, Fernández *et al.* (2001) destacan que algunas variables sociodemográficas, tales como convivencia en pareja, se relacionan con el uso diferencial de estrategias de afrontamiento. Así, el disfrute de una vida conyugal y familiar se relacionan inversamente con el uso del desahogo emocional. Esto apoya los resultados de la tesis que se presenta, en relación con los modos de afrontamiento negación y actividades distractoras, empleadas por los cuidadores viudos, separados o divorciados.

17.1.5. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA TITULACIÓN

Cerca de una treintena de estudios revisados por el investigador hacen mención a un total de 2.166 cuidadores hospitalarios, 1.061 enfermeras, 549 auxiliares, 586 cuidadores a domicilio, 47 médicos y 9 personal técnico especializado. En el estudio presente, de los 302 cuidadores formales, 210 son FPO y/o grados medios de auxiliar de enfermería, 25 son titulados universitarios, 19 tienen estudios generales básicos, 18 son técnicos especialista y 9 alcanzaron el Bachillerato/COU.

Según la titulación, para la variable centrarse en las emociones y desahogarse (del *Cuestionario COPE*) se detectó una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo cuarto (COU) y quinto (Universidad), con la puntuación media más elevada en

este último. Estos resultados de esta investigación no van en la dirección del estudio de Manzano y Ramos (2001), quienes señalan que algunas variables van a intervenir significativamente, en función de la vulnerabilidad, más marcada en los auxiliares, por su abandono, en comparación con las enfermeras (que alcanzan un grado de estrés moderadamente superior al término medio) las cuales lo experimentan como un desafío en la utilización de las estrategias de afrontamiento. No obstante, los resultados de este trabajo empírico se deben tomar con precaución, teniendo en cuenta que el número de sujetos en cada uno de ellos es de nueve y de veinticinco, respectivamente.

Con respecto a la puntuación en el SSA, las diferencias estadísticamente significativas surgieron entre el grupo cuarto (COU) en relación con el primero (EGB, graduado escolar), el segundo (FP I, técnico especialista) y el quinto (Universidad). En todas ellas, la puntuación media menor era la del primer grupo. Igualmente, hay que tener presente para la interpretación de estos resultados el número de sujetos que corresponden a cada uno de estos grupos.

17.1.6. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL TIEMPO EN EL LUGAR DE TRABAJO Y EL TIEMPO DE EJERCICIO EN LA PROFESIÓN

Los estudios consultados¹⁰ en relación con el tiempo en el lugar de trabajo muestran una media aproximada de 6 años en el lugar de trabajo y 26 años el tiempo de ejercicio en la profesión. En cambio, los resultados de la presente tesis aportan datos inferiores, ya que la media del tiempo en el lugar de trabajo se ubica entre 1 y 2 años (d.t. = 1,36) (con un intervalo de 35 años a menos de 1 año) y la media del tiempo de ejercicio en la profesión se sitúa entre 2 y 5 años (d.t. = 1,34) (con el intervalo anterior). Por tanto, en lo referente a los datos de otros autores, el 13,4% de los cuidadores del estudio que se presenta se encuentran en el intervalo entre 5 y 10 años de tiempo en el lugar de trabajo, mientras que el 5,7% entre 15 y 35 años de tiempo de ejercicio en la profesión. Por tanto, resulta una muestra algo más joven en relación con los estudios revisados al respecto.

¹⁰ En el trabajo de Manzano y Ramos (2001) refieren valores medios de 6,53 años (d.t. = 5,01) para el tiempo en el lugar de trabajo y el tiempo de ejercicio en la profesión fue de 9,85 años (d.t. = 5,22). Por otro lado, en el estudio de Solano *et al.* (2002) la antigüedad en la profesión de la muestra fue de 12,6 años y la antigüedad media en el servicio fue de 7,6 años.

Por lo que respecta al tiempo en el lugar de trabajo, únicamente se dio diferencia entre el primer grupo (menos de doce meses) y el cuarto (entre los sesenta y los ciento veinte meses) en síntomas somáticos del *GHQ-28*, con mayor puntuación para estos últimos. Asimismo, se consideró el tiempo de ejercicio en la profesión, con el que igualmente se agruparon los datos en seis intervalos. Surgió una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo primero (menos de doce meses) y el quinto (entre ciento veintiuno y ciento ochenta meses) –con una puntuación media más elevada– en la *Entrevista de Carga*. En cuanto al modo de afrontamiento aceptación, del *Cuestionario COPE*, tal diferencia se produjo entre el grupo tercero (entre veinticinco y sesenta meses) y el cuarto (entre sesenta y uno y ciento veinte meses), que presentó una media mayor.

Los datos referidos a la investigación actual son afines a los estudios de Fornés *et al.* (2001), con respecto a la ansiedad y al estrés profesional. Respecto al tiempo en el lugar de trabajo, se observa que al inicio de la profesión o alrededor de 15 años de servicio, pueden manifestarse niveles más altos de estrés laboral. Se ve también confirmada la hipótesis contraria (p. e., Seltzer y Numerof, 1988), es decir, que a medida que van pasando los años aparecen niveles mayores de ansiedad. Podría afirmarse que tanto los factores que acompañan al inicio de la profesión (inseguridad, inexperiencia, pocas habilidades, deseo de superación, etc.) como los que son habituales de años posteriores (sensibilización personal, rutina, cansancio, desmotivación, desencanto, frustración, etc.) son en cada caso, potencialmente estresantes.

En la línea explicativa de la aceptación, como estrategia de afrontamiento, los cuidadores que valoraban más la satisfacción de poder cuidar y atender a otras personas, y opinaban que la actuación de enfermería debería ir dirigida hacia los enfermos, eran más jóvenes y llevaban menos tiempo de ejercicio en la profesión. Se observó un desplazamiento de este interés hacia los tratamientos y desarrollo de las técnicas de enfermería a medida que aumentaba la edad y los años de ejercicio en la profesión (Alba *et al.*, 1992). De igual modo, la experiencia que brinda el paso de los años favoreció significativamente el uso de estrategias cognitivas como el remodelamiento constructivo (Fernández *et al.*, 2001). Solano *et al.* (2002) no aprecian una relación significativa entre el número de horas de trabajo y el estrés laboral. Manzano y Ramos

(2001) indican que, en ambas profesiones, la importancia de la variable horas trabajadas no radicaba en la cantidad sino en la calidad e intensidad de las mismas. Con relación a esta última variable sociodemográfica cabe añadir que, como parece lógico el personal de enfermería con más tiempo de ejercicio en la profesión presenta una menor indefensión. Ello explica el modo de afrontamiento aceptación.

Por otra parte, para la variable tiempo en el lugar de trabajo, Fornés *et al.* (2001) subdividieron la edad de los cuidadores formales en cuatro grupos: menos de 3 años (n = 218, incluidos los estudiantes), de 3 a 5 años (n = 112), de 5 a 10 años (n = 105) y más de 10 años (n = 100). El tiempo en el lugar de trabajo o los años de tiempo de ejercicio en la profesión fueron también significativos en la aparición de ansiedad puntual, especialmente cuando el paso del tiempo podía convertir el trabajo en desagradable rutina. El momento crítico para que aparecieran estas manifestaciones podría situarse cuando las personas llevaban alrededor de tres años en la misma unidad. Estos datos explicarían el descontento y la disminución de interés por el trabajo que manifiesta el cuidador formal cuando lleva varios años en el mismo servicio. Los resultados de Fornés *et al.* (2001) ponen de manifiesto que el corte crítico para los años de permanencia en el servicio sin que aparezca ansiedad, se sitúa entre los 3 y 5 años. Para la variable tiempo en el lugar de trabajo, los resultados de Solano *et al.* (2002) señalan que el grupo con una antigüedad mayor a 15 años fue el que obtuvo las cifras de estrés laboral más elevadas; resultados que en este trabajo se corresponden con los síntomas somáticos detectados diferencialmente en el grupo de cuidadores formales que tienen entre 5 y 10 años de antigüedad.

Se advierte que en función de la intensidad de los cambios laborales, estos producirán un nivel determinado de ansiedad en el puesto de trabajo, ya que originan situaciones novedosas que rompen con la rutina conseguida al cabo del tiempo en el lugar de trabajo; al mismo tiempo que se incorporan nuevos ancianos, también queda fracturada la rutina acumulada con el mismo grupo de ancianos asignados. Con el mismo acierto de explicar los síntomas somáticos referidos anteriormente, en el estudio de Ashi *et al.* (1995) no fue posible valorar la influencia del tiempo de cuidado, sin embargo otros autores (Evans y Fischer, 1993) establecieron como importante el tiempo de dos años, a partir del cual solían empeorar los diversos síntomas que caracterizan el estrés laboral crónico del cuidador.

17.1.7. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE PERCIBIR OTROS INGRESOS

Cuando se tomó como variable independiente percibir otros ingresos, sólo se detectó una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación total de la *Escala de Satisfacción Vital*, con una puntuación media más alta en aquellos que no cobraban por otro lado. Desde la misma perspectiva, en el estudio de Alba *et al.* (1992), se confirma que trabajar en más de un sitio influye negativamente en el grado de satisfacción profesional. Puede que los datos tengan alguna explicación de índole económica y ello esté probablemente vinculado a la satisfacción vital, ya que habitualmente el cuidador que está satisfecho con sus ingresos en su lugar de trabajo no suele buscar otros trabajos por otro lado, mientras que el trabajador que percibe otros ingresos fuera de su trabajo puede ser porque no está lo suficientemente incentivado en el ámbito salarial y motivado a escala laboral, es decir, que sus condiciones de trabajador no le satisfacen. También, por la falta de tiempo libre para dedicarlo a la familia, los amigos y al esparcimiento en general.

17.1.8. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA CAPITAL DE PROVINCIA

En cuanto a si el lugar de trabajo estaba en una capital de provincia, emergieron siete diferencias estadísticamente significativas. Los que trabajan en una capital de provincia tuvieron puntuaciones medias superiores en el *GHQ-28*, búsqueda de apoyo social, consumo de alcohol o drogas y centrarse en las emociones y desahogarse y a la inversa en la *Escala de Satisfacción Vital*. El valor de la variable abandono de los esfuerzos de afrontamiento es casi significativo.

Sin otros datos con los que poder confrontar esta información, puede que los resultados de esta tesis estén originados por cuanto pueda suponer algunos estilos de vida diferentes, si bien cada vez esta cuestión está más difuminada. Es decir, los cuidadores formales que trabajan en una capital de provincia, en general, tienen más problemas de salud, están menos satisfechos con la vida y, además, practican una serie de modos de afrontamiento básicamente pasivos diferentes a los cuidadores que no

trabajan en una capital de provincia, tales como, buscar consejo, asistencia o información, así como un apoyo emocional, toman drogas o alcohol para hacer frente al estresor, se centran en su propio malestar emocional y desahogan sus sentimientos y tienen una mayor tendencia a reducir o renunciar al esfuerzo propio para afrontar el estresor.

Al parecer, por el hecho de llevar algunos estilos de vida diferentes anteriormente referidos, puede que los cuidadores que sus lugares de trabajo no pertenecen a una capital de provincia lleguen a disfrutar de un mayor bienestar subjetivo en comparación con los cuidadores de la capital de provincia.

17.1.9. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ANCIANOS Y EL NÚMERO DE TRABAJADORES

Según el número de ancianos del lugar donde se trabaja produjo diferencias estadísticamente significativas entre el tercer (entre cincuenta y uno y cien ancianos) y cuarto grupo (por encima de cien ancianos) tanto en la subescala religión como en la *Escala de Satisfacción Vital* y en salud autopercebida. El tercer grupo alcanzó mayores puntuaciones medias en religión y en la *Escala de Satisfacción Vital*, y el cuarto en salud autopercebida. Y en cuanto al número de trabajadores o compañeros se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo cuarto (entre cincuenta y uno y cien trabajadores) y el quinto (más de cien trabajadores) en la subescala B del *GHQ-28* (*ansiedad e insomnio*) y en el modo de afrontamiento centrarse en las emociones y desahogarse del *Cuestionario COPE*. En ambos casos, las puntuaciones medias fueron más elevadas en el grupo quinto.

Sin otras investigaciones que arrojen información sobre los datos referidos en el estudio actual, se puede ofrecer una perspectiva explicativa sobre la experiencia laboral con los cuidadores formales de ancianos, aunque sería necesario poderla comprobar empíricamente. En la práctica profesional geriátrica se puede evidenciar que, por un lado, existe una mejor percepción de salud de los cuidadores formales en los centros con mayor número de plazas, ya que el nivel de implicación laboral (empresarial) permita tal distanciamiento emocional (pasar más desapercibidos) que favorezca a los

cuidadores estar más centrados en sus propias necesidades e intereses (individualismo), si lo comparamos con el clima laboral (ambiente familiar) de una residencia pequeña con un número inferior de ancianos (hogar) donde la mayoría de los cuidadores (se conocen) posibilitan un ambiente cercano de mayor nivel de compromiso con el desarrollo de actividades religiosas y una satisfacción vital más alta.

Por otro lado, en los centros donde trabajan un alto número de trabajadores (masificación), los cuidadores formales pueden emplear un modo de afrontamiento diferente: centrarse en su propio malestar emocional y desahogar sus sentimientos, en comparación con los cuidadores que trabajan en centros con un número menor de cuidadores, además de presentar un mayor número de síntomas de ansiedad e insomnio, que podría estar explicado, en parte, por el tipo de contrato inestable (temporal o tiempo parcial).

En este sentido, los estudios parecen indicar que los contratos suelen ser, en su gran parte, de tipo fijo e indefinido. Así lo muestran los diferentes autores¹¹. A este respecto, se evidencia que en los centros donde aumenta el número de ancianos y, en consecuencia, el número de trabajadores se incrementan generalmente los conflictos laborales, el estrés y las consecuencias para con la salud del cuidador formal.

En relación con la inestabilidad en el trabajo, Casas *et al.* (2002) mantienen que estaba relacionada con falta de compromiso con la organización, así como con trastornos físicos y mentales. Además, en ocasiones de falta de estabilidad en el puesto de trabajo los cuidadores estaban más predispuestos a aceptar condiciones ambientales menos adecuadas, que añadían más experiencias estresantes a la ya existente por la inestabilidad.

¹¹ En el trabajo de Manzano y Ramos (2001) el 71% (190) respondió a la categoría de fijo y el 28,3% (75) a la de eventual. En el estudio de Urricelqui y Sanz (2000) el 80,40% tenían un contrato fijo. Y en la investigación de Artazcoz *et al.* (1996) se mostró el 78% de contratos fijos.

17.1.10. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE TENER ASIGNADOS LOS MISMOS ANCIANOS A SU CARGO

Se llevaron a cabo, también, análisis de varianza de un factor, tomando como variable independiente el hecho de tener siempre a su cargo el mismo grupo de ancianos. Todas las diferencias estadísticamente significativas se dieron en las subescalas del *COPE*. Todas las puntuaciones medias fueron más elevadas en el grupo de los trabajadores que siempre tenían a su cargo el mismo grupo de ancianos con respecto a los que no. No se han encontrado estudios que hayan abordado esta variable, sin embargo la nota a destacar por parte de los cuidadores formales que tienen siempre asignados al mismo grupo de ancianos (64% en la presente investigación) es que utilizan indistintamente modos de afrontamiento centrados en el problema y en la emoción. Ello puede deberse a que el uso de las estrategias de afrontamiento está en función de la adaptación al estrés según el tipo de problema al que se vea expuesto el cuidador formal.

Los cuidadores que consideran que tienen un número excesivo de pacientes a su cargo, obtuvieron puntuaciones mayores en la dimensión de cansancio emocional, siendo estas puntuaciones concordantes con la literatura al respecto (Atance, 1997). Por este motivo, que todos los cuidadores tengan la sensación de estar trabajando con el número de ancianos que verdaderamente le corresponde, se evidencia en los centros una asignación de tareas al grupo, siguiendo a Ortega y López (2004), como estrategia orientada en el ámbito organizacional. Por ello, si se considera que la asignación de los grupos de ancianos está diseñada desde la valoración geriátrica funcional, pensada en un reparto proporcional y equitativo de los ancianos como método de organización de las cargas de trabajo (actividades de la vida diaria), puede que la explicación de los resultados se encuentre en que dentro de cada grupo de ancianos asignados se encuentren representadas un amplio intervalo de situaciones estresantes, graduadas con un perfil de menor a mayor nivel de carga, que requieren por parte del cuidador el uso alternativo de los estilos de afrontamiento referidos anteriormente. Es decir, que dentro de cada grupo de trabajo existen problemáticas estresantes que el cuidador tiene que afrontar siempre equilibrando significativamente los modos de afrontamiento activo y pasivo (centrados en la emoción y en el problema).

17.1.11. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA SALUD AUTOPERCIBIDA

Aunque se empleó primeramente la salud autopercebida como variable dependiente, se consideró oportuno evidenciar las diferencias estadísticamente significativas que pudiesen emerger si se planteara la apreciación personal de la salud como variable independiente. De esta manera, se constatan niveles de significación estadística que revelan importantes diferencias de la salud autopercebida para con numerosas variables estudiadas en el trabajo que se presenta. Estas diferencias se dieron entre el grupo quinto (salud autopercebida como muy buena) y el tercero (salud autopercebida como ni buena ni mala) en las subescalas A y D del *GHQ-28*, en su puntuación total y en la *Escala de Satisfacción Vital*. Además, igualmente entre el quinto y el cuarto (salud autopercebida como buena) en la subescala A del *GHQ-28* y en su puntuación total. Por último, entre el tercero y el cuarto en la *Escala de Satisfacción Vital*. En cuanto a las puntuaciones medias más elevadas según los grupos con diferencias estadísticamente significativas, los resultados son así: a) en la comparación entre el tercero y el cuarto: puntuó más alto el cuarto en la *Escala de Satisfacción Vital*, b) en la comparación entre el tercero y el quinto: obtuvo puntuaciones más altas el tercero en la *Entrevista de Carga*, en las subescalas A, B y D del *GHQ-28* y en la puntuación total del *GHQ-28*, y más alto el quinto en la SSA, búsqueda de apoyo social, religión, planificación y afrontamiento activo y reinterpretación positiva del *Cuestionario COPE* y en la *Escala de Satisfacción Vital*, y c) en la comparación entre el grupo cuarto y el quinto: alcanzó medias superiores el cuarto en la *Entrevista de Carga*, subescalas A, C y puntuación total del *GHQ-28* y el quinto en religión y planificación y afrontamiento activo del *COPE*.

Los datos de Flórez *et al.* (1999) para con la salud autopercebida como mala o muy mala (28%) se contrastan con los resultados (3,5%) de este estudio empírico, con otro grupo de cuidadores formales. Asimismo, se encontró que el porcentaje correspondiente a la referencia del autor anterior (mala o muy mala) se acerca al 27,3% de los cuidadores con salud autopercebida como ni buena ni mala, mientras que el 54,5% es buena y para el 13,9% de los cuidadores es muy buena. Por su parte, Estévez *et al.* (2004) se plantean la existencia de una relación significativa, en sentido negativo, del estado de salud percibido para con el síndrome de estar quemado en el trabajo.

Evidentemente, los cuidadores formales que tienen una muy buena percepción de su propia salud alcanzan, por un lado, mayores niveles de salud, apoyo social, estrategias de afrontamiento activo y satisfacción vital y, por otro lado, tienen menores niveles de carga, debido principalmente a que, a pesar de la dificultad para una autodefinición como profesionales que describe Alba *et al.* (1992), valoran la salud como la principal preocupación vital. Por todo ello, se advierte la gran relevancia que ocupa la apreciación personal de salud que tienen los cuidadores formales, de cara a la salud, carga, satisfacción vital, apoyo social y estrategias de afrontamiento.

17.2. ASOCIACIONES ENTRE LAS VARIABLES PROPUESTAS DEL ESTUDIO

Las variables de la tesis presente establecen una serie de vínculos y asociaciones que se han agrupado en seis tipos de relaciones entre las variables: 1) variables sociodemográficas y laborales, 2) variables psicológicas a excepción de las contenidas en el *Cuestionario COPE*, 3) distintas subescalas del *Cuestionario COPE*, 4) variables psicológicas evaluadas (a excepción de las contenidas en el *Cuestionario COPE*) y las sociodemográficas y laborales, 5) subescalas del *Cuestionario COPE* y las variables sociodemográficas y laborales, y 6) subescalas del *Cuestionario COPE* y el resto de las variables psicológicas evaluadas.

17.2.1. RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

En el presente estudio se aprecian algunas correlaciones moderadas que se pueden presentar en tres dimensiones estadísticamente significativas. Como es de esperar, la primera agrupación, y la más relevante, la forman las variables edad, tiempo en el lugar de trabajo y tiempo de ejercicio en la profesión. En esta línea, Alba *et al.* (1992) observaron una correlación positiva entre la edad, tiempo de ejercicio en la profesión y el tiempo en el lugar de trabajo. No obstante, apreciaron una correlación menor entre el tiempo de ejercicio en la profesión y el tiempo en el lugar de trabajo ($r = 0,35$).

En relación con las variables tiempo en el lugar de trabajo y tiempo de ejercicio en la profesión, no se han detectado en el trabajo actual correlaciones estadísticamente significativas con el número de ancianos asistidos. Ello puede estar explicado porque en los centros donde hay un número pequeño de ancianos también debe haber un número ínfimo de ancianos asistidos, predominando la autonomía para las actividades de la vida diaria. Las relaciones significativas entre las variables edad y tiempo de ejercicio en la profesión indican que los auxiliares se acomodan a la profesión para toda su vida laboral, permaneciendo siempre en la misma categoría de los cuidados formales.

El segundo grupo lo constituyen estas dos últimas variables para con el número de trabajadores y ancianos. Es decir, cuando aumentan tanto el tiempo en el lugar de trabajo como el tiempo de ejercicio en la profesión se incrementan el número de trabajadores y ancianos. Estos resultados aluden, por tanto, a la movilidad de los cuidadores formales en función del tamaño de los centros geriátricos. De lo cual se desprende que cuanto más pequeñas son las residencias menos tiempo de antigüedad corresponde al personal cuidador. Sin embargo, cuando los centros tienen una capacidad mayor, de ancianos y trabajadores en plantilla, los cuidadores suelen ser más veteranos y permanecen más tiempo desarrollando su profesión en el mismo lugar de trabajo.

Y la tercera agrupación correlacionada es la siguiente: al incrementarse el número de habitantes aumentan el número de trabajadores y el número de ancianos tanto válidos como asistidos. Por ello, estos resultados confirman la idea que la capacidad de las residencias, así como la ratio de personal de las mismas, van a estar en función de la población a la cual pertenecen los centros, para dar una respuesta acorde a las necesidades sociales registradas según el número de habitantes. Los datos del número de habitantes y el número de trabajadores fueron conseguidos por fuentes informadas (oficiales), ya que no se encontraron puntuaciones medias reglamentarias por medio de las respuestas directas de los cuidadores encuestados.

Otra correlación estadísticamente significativa (cuando aumenta la titulación se incrementan el número de trabajadores, el número de ancianos válidos y asistidos), aunque a un nivel bajo, explica que para las contrataciones de los cuidadores técnicos, generalmente es necesario que el centro geriátrico supere un número mínimo de

ancianos en total. Así, las residencias de aproximadamente 60 plazas de ancianos están obligadas a contratar a un número determinado de cuidadores con una titulación superior y una cualificación profesional tipificada según la ratio.

17.2.2. RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS EVALUADAS (A EXCEPCIÓN DE LAS CONTENIDAS EN EL CUESTIONARIO COPE)

Se observan dos grupos opuestos (a y b), en cuanto a correlaciones con niveles estadísticamente significativos moderados se refiere. Ambos grupos mantienen relaciones positivas entre sus respectivas variables. Sin embargo, un grupo para con el otro obtienen igualmente correlaciones negativas. Por un lado, a) las variables carga y salud general, que está asociada con las cuatro subescalas (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave). Y, por otro lado, b) las variables apoyo social, satisfacción vital y optimismo.

Referente al primer grupo de correlaciones, Buendía (2005) señala que hay un amplio consenso sobre la importancia de la repercusión del estrés en el ámbito laboral y sobre los efectos que tiene en la salud de los trabajadores. En la investigación que se presenta se muestran correlacionadas la *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales* con las subescala A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio) y con la puntuación total del *GHQ-28*. En esta dirección, Zarit señala que las puntuaciones de carga correlacionaron significativamente con síntomas psicopatológicos, estado de ánimo y la salud física del cuidador.

En este estudio se confirman las asociaciones entre las distintas subescalas estudiadas de salud general: 1) la subescala A (síntomas somáticos) con la subescalas B (ansiedad e insomnio), D (depresión grave) y con la puntuación total del *GHQ-28*; 2) la subescala B (ansiedad e insomnio) con la subescala D (depresión grave) y con la puntuación total del *GHQ-28*; 3) la subescala C (disfunción social) con la puntuación total del *GHQ-28*; 4) la subescala D (depresión grave) con la puntuación total del *GHQ-28*.

En relación con el grupo segundo de asociaciones significativas, también se detectó otra correlación importante que se trata a continuación: el optimismo con la satisfacción vital. Por otra parte, en la investigación presente se detectaron otras correlaciones algo inferiores a las anteriores y se revelaron asociaciones positivas y negativas entre algunas variables. Asimismo, al aumentar la salud autopercebida, por una parte, disminuyen la carga, los síntomas somáticos, la ansiedad e insomnio, la depresión grave y la puntuación en el *GHQ-28*. Y, por otra parte, se incrementan el apoyo social, la satisfacción vital y el optimismo. Sin embargo, cuando aumenta la carga, por un lado, decrecen los síntomas somáticos, el apoyo social, la satisfacción vital y el optimismo. Y, por otro lado, se incrementan la ansiedad e insomnio, la disfunción social, la depresión grave y la puntuación en el *GHQ-28*.

Siguiendo esta línea, en el estudio de Buendía (1999) la felicidad resultó significativamente mayor en las relaciones sociales que en relación con la salud y el estado civil. De la Peña *et al.* (2002) muestran que el bajo reconocimiento social y algunas condiciones de trabajo, tales como, sufrimiento, muerte, tareas y apoyo social causaron estrés laboral. Cohen, Gold, Shulman, Wortley, McDonald y Wargon (1993) manifiestan que algunos factores relacionados con la carga eran dependientes del cuidador (salud, apoyo familiar y social, afectividad o asunción de la enfermedad), mientras que otros dependían del deterioro del paciente (deterioro cognitivo). Y otros autores (Baumgarten *et al.*, 1992) añaden la pérdida funcional para las actividades de la vida diaria, la gravedad de la demencia y los trastornos conductuales.

Rout (2001) refiere que los niveles más altos de agotamiento estaban en estrecha relación con una valoración pobre del trabajo realizada por parte de la misma persona o del supervisor, con un mayor número de bajas por enfermedad, y con un mayor número de ausencias debidas a razones de salud mental. Prieto *et al.* (1998) destacan que el nivel de estrés se relacionó directamente con el estado de salud del cuidador (nerviosismo 90%, dificultades de atención 85%, depresión 80%, irritabilidad, 75%, fatiga 70%, baja autoestima 70%) y tenía como consecuencias inmediatas sintomatología psicofisiológica (manos y pies fríos 80%, palpitaciones 70%, jaquecas 70%); alteraciones del sueño (insomnio 45%, pesadillas 30%); alteraciones de alimentación (sobrealimentación 32% pérdida de apetito 21%) y gastrointestinales, entre

otras. Por tanto, hay relaciones importantes entre el estrés laboral y el estado de salud, con posibles implicaciones psicológicas y psicofisiológicas.

Ferrer (2001) sugiere para el profesional de nueva incorporación que, previo al inicio de actividad laboral, haya una adecuada relación laboral con el mando intermedio. Gil-Monte (2005) afirma que la falta de apoyo social percibido en el trabajo, desde el supervisor y desde los compañeros, fue una variable que presentó efectos directos y moduladores en la relación que se establecía entre el estrés y sus consecuencias. Fernández *et al.* (2001) advierten que los profesionales que trabajan en ambientes carentes de apoyo social y que tampoco disponían de apoyo en el plano familiar o en la red social, tendían a sufrir más problemas de salud que aquellos que se sentían apoyados en los contextos citados. El apoyo social es primordial en toda profesión, y principalmente en aquellos casos en que el núcleo central es la atención a las personas. Por ello, el profesional necesita estar apoyado y motivado tanto en el trabajo como en la familia y en su círculo social. Más aún, ocasionalmente, se necesita recibir *feedback* o retroalimentación para seguir adelante y para reflexionar sobre las actitudes y creencias de uno mismo. En este momento es importante el remodelamiento constructivo, el apoyo suministrado por supervisores, compañeros de trabajo, usuarios del servicio y, principalmente, por el cónyuge y las amistades. Rodríguez (2005) propone la intervención social, donde los grupos son fuente de algunas de las recompensas más significativas del personal. Una de ellas es el propio apoyo social, cuyo aprovechamiento creativo sirvió de neutralizador del estrés.

En el presente trabajo se revelan asociaciones como las siguientes. Por una parte, al incrementar la ansiedad e insomnio aumentan la disfunción social, la depresión grave y la puntuación en el GHQ-28. Y, además, disminuyen el apoyo social, la satisfacción vital y el optimismo. Ashi *et al.* (1995) manifiestan que las puntuaciones en el GHQ-28 fueron altas para un 75% de los casos, destacando la ansiedad, mientras que otros autores confirman que los síntomas psicológicos no fueron diferentes en la población general.

El estudio de Artazcoz *et al.* (1996) resalta que estaban más satisfechas con su trabajo las cuidadoras con alto apoyo de las compañeras y el riesgo de síntomas ansiosos se asoció al bajo apoyo de las supervisoras. Y, por otra parte, cuando aumenta

la depresión grave disminuyen el apoyo social, la satisfacción vital y el optimismo. Yanguas *et al.* (2000) encuentran que existe una relación inversa entre el nivel de apoyo social y el nivel de sintomatología depresiva. Por ello, el apoyo social podría tener un efecto amortiguador del estrés crónico en el sistema inmunitario de las esposas cuidadoras de enfermos de Alzheimer. Por tanto, siguiendo la trayectoria de algunos estudios (Hagihara *et al.*, 2003) sobre el apoyo social como variable mediadora de la respuesta de estrés, parece claro que en el ámbito de la salud, un alto nivel de apoyo social está asociado significativamente tanto a índices de mortalidad más bajos como a bajo nivel de síntomas físicos y psicológicos.

Y por último, en la tesis que se presenta, al aumentar la puntuación del *GHQ-28* disminuyen el apoyo social, la satisfacción vital y el optimismo. Hooker, Monahan, Bowman, Frazier y Shifren (1998) encuentran que la variable optimismo se asoció de forma directa y negativa con la salud mental y de forma indirecta con la salud física (a través de su relación con el estrés percibido y con salud mental). Los autores destacan la relevancia de considerar la variable optimismo como indicativa de una especial pertinencia de entrenar a los cuidadores en habilidades de afrontamiento que les permitan tener un mayor bienestar y, además, retrasar la institucionalización de su familiar.

Existen indicios en torno a que las personas con pareja estable, amigos y familia que les proporcionen recursos materiales y psicológicos tienen mejor salud que aquellos con un contacto social pobre. Otros autores (Cohen y Ashby, 1985) han señalado que el apoyo social podría actuar como variable moderadora de los efectos negativos del estrés laboral. Aunque hasta ahora no se ha podido establecer una relación causal, Buendía y Ramos (2001) mantienen que el apoyo social, o ayuda real o percibida por el cuidador en sus relaciones interpersonales, influyó de manera importante en la salud de los cuidadores formales y podría actuar como variable moderadora de los efectos negativos del estrés.

17.2.3. RELACIONES ENTRE LAS SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO COPE

Tanto para los datos sociodemográficos y laborales como para los modos de afrontamiento del estudio presente, parece no haber posible confirmación ni cuestionamiento por parte de otros estudios que lo remitan, aunque se detectan algunas asociaciones evidentes y estadísticamente significativas. Parecen advertirse dos grupos de modos de afrontamiento (centrados en el problema y centrados en la emoción), diferenciados según la significación estadística de las correlaciones a niveles moderados. Por una parte se encuentran las subescalas: concentrar esfuerzos para el afrontamiento, planificación y afrontamiento activo, búsqueda de apoyo social, aceptación, reinterpretación positiva y crecimiento personal. Y, por otra parte, se hallan: evadirse, negación, actividades distractoras de la situación, humor, abandono de los esfuerzos de afrontamiento, religión, consumo de alcohol o drogas y centrarse en las emociones y desahogarse.

Parece que el primer grupo está creado por aquellas estrategias de afrontamiento que se dirigen al problema. Es decir, el cuidador formal se dedica a pensar y elaborar un modo concreto de cómo afrontar el estresor laboral dando los pasos necesarios para eliminar la fuente de estrés. Para lo cual, busca consejo, asistencia o información e incluso un apoyo emocional que le ayude a aceptar el hecho de que el suceso ha ocurrido y es real. Por ello, el cuidador intenta sacar la parte positiva de la situación estresante para desarrollarse como persona o ver la situación desde una perspectiva favorable. Sin embargo, el segundo grupo de modos de afrontamiento está organizado por un conjunto de estrategias centradas en las emociones del cuidador formal. Asimismo, consiste en distanciarse del estresor o de la fuente del estrés mediante la ensoñación para rechazar la realidad del problema e intentar evitar o distraerse con otros pensamientos. De la misma forma, haciendo bromas del estresor, reducir o renunciar al esfuerzo propio para afrontar el estresor, aumentar las implicaciones en actividades religiosas, tomar drogas o alcohol para hacer frente al estresor, centrándose en su propio malestar emocional y desahogar los sentimientos.

En cambio, el modo refrenar el afrontamiento (que consiste en aplazar todo tipo de afrontamiento hasta que no se produce una mejor o mayor información sobre el

problema, esperando hasta que aparezca la mejor ocasión para actuar) parece estar vinculado igualmente a los dos grupos de estrategias de afrontamiento. Por otra parte, el intento incesante de clasificar dos grupos diferenciales es no saber flexibilizar las posibles adaptaciones necesarias del cuidador formal al problema que, según él, considere estresante o no. De hecho, según los resultados de esta investigación, a excepción de las subescalas: actividades distractoras de la situación, evadirse, negación y concentrar esfuerzos para solucionar la situación, el resto también establecen vinculaciones con el resto de las subescalas aunque no pertenezcan al mismo grupo original de modos de afrontamiento. Es decir, que algunas estrategias de afrontamiento centradas en el problema se correlacionan con determinados modos de afrontamiento centrados en la emoción, y viceversa.

17.2.4. RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS EVALUADAS (A EXCEPCIÓN DE LAS CONTENIDAS EN EL CUESTIONARIO COPE) Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

Según los datos de este trabajo empírico, cuando aumenta la salud autopercebida disminuyen el número de habitantes, el número de trabajadores, el número de ancianos válidos y asistidos. Sin embargo, se indica que al aumentar la carga se incrementan el tiempo en el lugar de trabajo, el número de trabajadores, el número de ancianos y asistidos.

Igualmente que los resultados de la investigación actual, los estudios de Berg *et al.* (1995) con cuidadores informales, también relacionan el número de años como cuidador familiar a la hora de presentar síntomas de estrés, aumentando significativamente los niveles de estrés cuanto más tiempo se está dedicado al cuidado principal del enfermo de la familia. Según otros autores (Morris *et al.*, 1988), los cuidados del anciano demente, debido a la dependencia física y el declinar de las capacidades cognitivas, fueron una fuente de estrés importante para los cuidadores familiares. Los estudios al respecto mencionan algunas variables significativas que son las siguientes: incapacidad del anciano para las actividades de la vida diaria (bañarse, ducharse, vestirse, aseo personal, desplazarse por la casa, usar el retrete, levantarlo de la silla y los cambios de pañales –incontinencia urinaria, fecal y de urgencia-). A este

respecto, González (1997) señala que el nivel de estrés, índice sintomático general, subescala de depresión, sensibilidad interpersonal, somatización y hostilidad, resultaron elevados significativamente en los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer con respecto al grupo control.

Aunque en otros trabajos revisados se confirman las correlaciones de la variable carga con el tiempo en el lugar de trabajo y el número de ancianos asistidos, los autores consultados no verifican las variables número de trabajadores y número de ancianos, así como se muestran en el estudio que se presenta con relación a la carga. Un estudio realizado por Prieto *et al.* (1999) establece una relación directa entre la duración de las situaciones de incapacidad temporal y el tiempo en el lugar de trabajo. Los autores destacaron que las situaciones relacionadas con el aparato locomotor estaban en función de la antigüedad y su duración.

Por otra parte, se destaca la asociación positiva entre la ansiedad e insomnio con respecto a las variables tiempo en el lugar de trabajo, número de ancianos y válidos. Se encuentran correlaciones entre la ansiedad y el número de ancianos válidos, cuando aparentemente debería estar asociada significativamente con el número de ancianos asistidos. Sin embargo, puede que los ancianos con mejores capacidades funcionales incrementen los niveles de exigencia en el trato a diario referente a los cuidados formales que precisan. En este sentido, se evidencia una alerta constante con la comida, el dinero y la ropa que les corresponde, así como la presencia del médico las 24 horas.

En el estudio de Ashi *et al.* (1995) no fue posible valorar la influencia del tiempo de cuidado. Otros autores (Cattanach y Tebes, 1991) propusieron que incluso había una relación directa entre el deterioro de la salud del cuidador y el grado de discapacidad del anciano, sin importar si ésta fuera física o cognitiva. Estos últimos resultados apoyan los datos de este trabajo, referente al número de ancianos asistidos en relación con la carga experimentada por los cuidadores formales.

El estudio actual también observa que cuando se incrementa el apoyo social disminuyen la edad, el tiempo en el lugar de trabajo, el número de trabajadores, ancianos y válidos. Al mismo tiempo, al aumentar la satisfacción vital, por un lado, se aminoran la edad, el número de habitantes, el número de trabajadores y ancianos. Y, por

otro lado, aumentan el número de ancianos asistidos. En cambio, los datos del estudio de Manzano y Ramos (2001) no permiten afirmar que exista una relación significativa entre la edad de los sujetos y el nivel de estrés ocupacional. Tampoco se apreció una relación significativa entre el número de horas de trabajo y el estrés laboral. Este resultado parece indicar que la importancia de la variable horas trabajadas no radica en la cantidad sino en la calidad e intensidad de las mismas.

17.2.5. RELACIONES ENTRE LAS SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO COPE Y LAS VARIABLES SOCIODEMORÁFICAS Y LABORALES

En esta tesis se aprecia la asociación negativa siguiente: al incrementar la búsqueda de apoyo social disminuye la edad. La presente investigación también expresa la siguiente correlación positiva: cuando aumenta el abandono de los esfuerzos de afrontamiento se incrementan el tiempo en el lugar de trabajo, el tiempo de ejercicio en la profesión, el número de habitantes, trabajadores, ancianos y válidos. Por otro lado, la correlación negativa entre las variables religión y número de ancianos asistidos puede explicarse porque en los centros privados, al tener menor número de ancianos, las plazas generalmente están destinadas para ancianos válidos, dada la capacidad de los cuidados formales.

Según la correlación entre el modo de afrontamiento centrarse en las emociones y desahogarse y el tiempo de ejercicio en la profesión no significa que la experiencia laboral le garantice al cuidador formal utilizar modos de afrontamiento más adecuados, ya que el tiempo en el lugar de trabajo está asociado significativamente con la puntuación en el *GHQ-28*. Es decir, en algunas ocasiones, la experiencia no brinda siempre la solución para resolver un problema laboral. Por lo tanto, los cuidadores formales veteranos también debieran aprender de los cuidadores nóveles, cuestión contradictoria a relucir en este estudio empírico. Por otra parte, cuando se incrementa la aceptación aumentan el tiempo en el lugar de trabajo, el tiempo de ejercicio en la profesión, el número de trabajadores, ancianos y asistidos. Relativo a esta asociación positiva encontrada en el trabajo que se presenta, Manzano y Ramos (2001) añaden que, como parece lógico el personal de enfermería con más tiempo en la profesión presentó una menor indefensión. Y se detectó también que cuando aumenta el crecimiento personal se incrementa la titulación. En este sentido, Fernández *et al.* (2001) encuentran

que las variables sociodemográficas haber cursado estudios universitarios, edad y convivencia en pareja se relacionaban con el uso diferencial de estrategias de afrontamiento, así el disfrute de una vida conyugal y familiar y el nivel de estudios se relacionaron inversamente con el uso del desahogo emocional.

Al parecer, se agrupan significativamente los modos de afrontamiento: centrarse en las emociones y desahogarse, negación, refrenar y evadirse con la variable tiempo en el lugar de trabajo. Estos últimos datos correlacionales ponen de manifiesto que, a medida que se desarrolla la carrera profesional, el cuidador formal pone en prácticas una serie de estrategias centradas en la emoción, las cuales son perjudiciales por los estudios consultados que se refieren a continuación. Específicamente, Margallo *et al.* (2001) advierten que el afrontamiento activo ha resultado ser un factor protector contra el distrés psicológico.

17.2.6. RELACIONES ENTRE LAS SUBESCALAS DEL CUESTIONARIO COPE Y EL RESTO DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS EVALUADAS

Los datos de la tesis presente desvelan que al aumentar la búsqueda de apoyo social, por una parte, se incrementan la salud autopercebida, el apoyo social, la satisfacción vital y el optimismo. Y, por otra parte, disminuye la disfunción social. Así, en otros trabajos revisados, las estrategias más utilizadas para afrontar factores estresantes laborales específicos (como la incertidumbre ante un diagnóstico) fueron, en primer lugar, la aceptación (p. e., aceptar la inexactitud de la ciencia médica), seguida de la búsqueda de apoyo instrumental (p. e., consultar a compañeros, consultar la bibliografía). La utilización mayoritaria de esta estrategia ha sido referida también en profesionales de la enseñanza (Caron *et al.* 1999), otro de los colectivos en los que se da una mayor incidencia de estrés laboral. Además, los cuidadores que tienen un estilo de afrontamiento de búsqueda de información tienen también más ansiedad. Con respecto al modo de afrontamiento búsqueda de apoyo social, parece evidente que inicialmente haya ansiedad en el cuidador formal, aunque una vez encontrada la estrategia oportuna a emplear con el estresor específico correspondiente, se disminuya dicha ansiedad.

El modo de afrontamiento humor, a primera vista, puede beneficiar el apoyo social del cuidador formal, aunque después este sujeto sigue con el mismo problema. Por lo tanto, se sugiere que también sería necesario combinar el humor con otros modos de afrontamiento que generen al cuidador una actividad complementaria al apoyo social. Otra asociación estadísticamente significativa expresa que cuando se incrementa el consumo de alcohol o drogas, por un lado, aumentan la carga, los síntomas somáticos, la disfunción social, la depresión grave y la puntuación en el *GHQ-28*. Y, por otro lado, decrecen la satisfacción vital y el optimismo.

Siguiendo a Peiró y Salvador (1993), cuando las estrategias de afrontamiento utilizadas no eran adecuadas, el cuidador presentaba alteraciones fisiológicas y del comportamiento que podían dar lugar, si la situación persistía, a deterioros más o menos permanentes en la salud del profesional. Algunos autores, tales como Pérez *et al.* (2000), inciden en que las habilidades psicosociales del cuidado es uno de los determinantes del estrés y constataron que la implantación de un programa de intervención redujo la respuesta de ansiedad y la expresión externa de ira.

Por otra parte, en relación con la falta de autonomía en el trabajo, la participación daba lugar a mayor rendimiento y productividad, menor tasa de rotación del personal y niveles más bajos de trastornos físicos y mentales, siempre que el cuidador tuviese las habilidades necesarias para hacer uso de esas oportunidades de control (Parkes, 1998). Al mismo tiempo, se apreció que el control extrínseco parecía menos relacionado con la salud mental, aunque fue valorado y deseado por los cuidadores formales.

Existe una interrelación significativa entre las respuestas psicológicas del estrés y el afrontamiento, siendo éste un mediador fundamental de la respuesta emocional. Según Lazarus (1993), algunas estrategias de afrontamiento (planificación de solución de problemas y la reevaluación positiva) se han asociado a cambios emocionales favorables (de estados negativos a positivos); y otras estrategias (la confrontación y el distanciamiento) han correlacionado con cambios emocionales desfavorables (de estados negativos a más negativos). Siguiendo esta perspectiva, el presente estudio encuentra que cuando aumenta la planificación y afrontamiento activo, por una parte, se incrementan la salud autopercebida, el apoyo social, la satisfacción vital y el optimismo. Y, por otra parte, disminuye la disfunción social.

Casas *et al.* (2002) insisten en que el aumento de la participación y del control sobre el trabajo que se realizaba mitigó los efectos del estrés. De ahí que la planificación, la organización y la ejecución del trabajo por parte del grupo, así como el apoyo social de compañeros y supervisores, tuviera un impacto favorable sobre la salud de los cuidadores formales. Ante la posibilidad de demanda por mala práctica médica, los médicos especialistas desarrollaron también estrategias centradas en el problema que implicaban un afrontamiento activo (hablar con el enfermo y explicarle la situación en que se encontraba, etc.). Estos resultados coinciden con los obtenidos por otro estudio (Crespo y Cruzado, 1997), en el que, en general, los sujetos ante situaciones estresantes, utilizaron preferentemente las estrategias más adaptativas, como la planificación y el afrontamiento activo.

Igualmente, se señala en el trabajo actual que al incrementarse el abandono de los esfuerzos de afrontamiento, por un lado, aumentan la carga, los síntomas somáticos, la ansiedad e insomnio, la disfunción social, la depresión grave y la puntuación en el *GHQ-28*. Y, por otro lado, se aminoran el apoyo social, la satisfacción vital y el optimismo.

Fornés (1994) observa que las auxiliares fueron más vulnerables por sus respuestas de abandono. En cambio, las enfermeras tenían respuestas de desafío. Valorados los resultados de manera conjunta, las estrategias de afrontamiento referidas con más frecuencia por los médicos para afrontar el estrés en su trabajo fueron las centradas en las emociones, sobre todo la desconexión conductual y la búsqueda de apoyo social emocional. La utilización preferente de este tipo de estrategias se ha relacionado (Margallo *et al.*, 2001) con un peor bienestar, habiéndose demostrado que aquellas personas que utilizan preferentemente este tipo de estrategias manifestaban un mayor malestar físico. También se encontró que cuando aumenta el centrarse en las emociones y desahogarse, por una parte, se incrementan la carga, los síntomas somáticos, la ansiedad e insomnio, la depresión grave y la puntuación en el *GHQ-28*. Y, por otra parte, disminuyen la satisfacción vital y el optimismo.

En esta misma dirección, López *et al.* (2005) encuentran que estaban más satisfechos aquellos cuidadores que no expresaron los aspectos negativos del cuidado a

otras personas, quizá porque este comportamiento no supuso una vía adecuada para resolver los problemas y no facilitó la reflexión sobre maneras adecuadas de enfrentarse a las dificultades. Es posible que aquellas personas a las que expresaban su malestar respondiesen confirmando los aspectos negativos del cuidado, y no tratando de reconducir ese malestar y orientar adecuadamente a los cuidadores. Fernández *et al.* (2001) presentan que los cuidadores con alto cansancio emocional (18%) se caracterizaron por un mayor uso del desahogo emocional y un menor empleo de remodelamiento constructivo y autopreservación.

En la investigación que se presenta se detectan ocho modos de afrontamiento (consumo de alcohol o drogas, abandono de los esfuerzos de afrontamiento, centrarse en las emociones y desahogarse, negación, concentrar esfuerzos para solucionar la situación, actividades distractoras de la situación, evadirse y refrenar el afrontamiento) que están asociados positiva y significativamente a la carga. Sin embargo, no se descubre ninguna estrategia que correlacione negativamente con la carga del cuidador formal. En cambio, sí se detectan algunas estrategias de afrontamiento centradas en el problema (aceptación, crecimiento personal, búsqueda de apoyo social, planificación y afrontamiento activo y reinterpretación positiva) que están asociadas significativamente de forma positiva al apoyo social, satisfacción vital y optimismo, mientras que las estrategias vinculadas con la carga y la puntuación en el *GHQ-28* son modos de afrontamiento centrados en la emoción.

Además, al incrementarse la negación, por un lado, aumentan la carga, los síntomas somáticos, la ansiedad e insomnio, la depresión grave y la puntuación en el *GHQ-28*. Y, por otro lado, disminuye el optimismo. Haley *et al.* (1996) observan que en este proceso, los factores de personalidad del cuidador representaron un índice predictor que habrá de tenerse en cuenta para evitar consecuencias nocivas para él mismo y para el propio anciano.

Entre los resultados más relevantes, Pelechano (1997) encuentra correlaciones significativas entre estos factores y los cinco grandes. Así, el control optimista presentaba coeficientes significativos con neuroticismo, extroversión y escrupulosidad. El mismo autor señala que el optimismo y la capacidad de negación y restricción de lo inevitable a límites fijados junto a la eficacia en la solución de problemas

interpersonales significan atributos y puntos de reflexión que deberían ser tomados en cuenta para investigaciones futuras.

Por otra parte se aprecia la siguiente correlación estadísticamente significativa: cuando aumenta refrenar el afrontamiento se incrementan la salud autopercebida, la carga y la satisfacción vital. Se destaca en este estudio que el modo refrenar el afrontamiento se encuentra vinculado de forma estadísticamente significativa tanto a la satisfacción vital y salud autopercebida como a la carga. Ello puede deberse posiblemente a que en determinadas situaciones estresantes el modo de afrontamiento más saludable para el cuidador formal y el que le proporciona mayor bienestar subjetivo es pararse a recibir más información significativa, aunque ello le proporcione mayores sentimientos de carga.

En cuanto a la siguiente correlación (cuando aumenta el crecimiento personal, por una parte, disminuyen los síntomas somáticos, la disfunción social, la depresión grave y la puntuación en el *GHQ-28*; y, por otra parte, aumentan el apoyo social, la satisfacción vital y el optimismo), Williams *et al.* (1991) observan que el optimismo fue útil tanto para moderar como para predecir las respuestas de afrontamiento en ambientes estresantes. Así pues, el optimismo amortiguó el impacto de los sucesos negativos de la vida e influyó significativamente en el desarrollo de la autoestima de las mujeres (Verbrugge, 1986) y de su salud física y mental.

Y, por último, en la investigación presente se menciona la vinculación significativa: al incrementar evadirse, por un lado, aumentan la carga, los síntomas somáticos, la ansiedad e insomnio, la depresión grave y la puntuación en el *GHQ-28*. Y, por otro lado, decrecen la satisfacción vital y el optimismo. En relación con los resultados sobre el afrontamiento, teniendo en cuenta el modelo de Carver *et al.* (1989), se evidencian dos patrones diferenciales de afrontamiento entre los médicos entrevistados. Por una parte, el patrón de afrontamiento centrado en las emociones. Dentro de éstas, la estrategia mencionada con más frecuencia fue la desconexión conductual (realizar actividades alejadas del ambiente laboral, como ocio o deporte, etc.). Se utilizaron en segundo lugar la búsqueda de apoyo social emocional, sobre todo al pasar más tiempo con la familia o con amigos. Y en quinto lugar, la desconexión mental (p. e., relajarse) constituyó otro de los recursos que hacían uso los médicos para

sobrellevar el estrés laboral. Por otra parte, el patrón de afrontamiento centrado en el problema. La utilización preferente de este tipo de estrategias se daba como respuesta ante cuestiones concretas de su práctica profesional.

17.3. CLASIFICACIÓN DE LA CARGA DE LOS CUIDADORES FORMALES

Ribera, Cartagena, Reig, Roma, Sans y Caruana (1993) señalan que los cuidadores formales, en términos generales (68,42%), están sometidos a un grado substancial de estrés laboral. El 13,15% de los gerocultores manifestaron no experimentar niveles significativos de estrés laboral, lo cual coincide bastante con otros estudios realizados en profesionales sanitarios.

En el presente trabajo, la muestra quedó dividida en dos grupos (con la finalidad de alcanzar los objetivos indicados en el apartado anterior). Así, los cuidadores con bajos niveles de carga ascienden el 56% de los sujetos, mientras que un 44% adquieren altos niveles de carga. Por su parte, Solano *et al.* (2002) encontraron que un 14,5% refirió presentar con frecuencia sentimientos de agotamiento físico y emocional, un 10,8% describió falta de sentimientos afectivos y comportamientos impersonales hacia los receptores de ayuda, y un 37,3% manifestó con frecuencia sentimientos de insatisfacción con sus logros y consigo mismo en el trabajo de enfermería.

Gil-Monte (2002) muestra que la carga laboral aparecía como un predictor significativo de agotamiento emocional, pero no de realización personal en el trabajo, en el caso de ambos sexos. Este dato apoya los resultados obtenidos en estudios de metaanálisis (Lee y Ashforth, 1996), y en investigaciones de profesionales de enfermería (Janssen, Schuengel y Stolk, 2000, Richardsen, Burke y Leiter, 1992), y confirma que la percepción de carga laboral generó preferentemente una respuesta de carácter emocional.

Por todo ello, se advierte una experiencia negativa y característica de los niveles de carga manifestados en la población de cuidadores formales de ancianos dependientes. Ello pone en tela de juicio el desarrollo de determinadas prácticas

profesionales perjudiciales que pueden estar motivando actualmente este grado de malestar en el trabajo de quienes cuidan ancianos. Con ello, el hecho de trabajar remuneradamente con personas mayores institucionalizadas y llegar a comprender las consecuencias nocivas de su ejercicio laboral puede ayudar, en alguna medida saludable, a prevenir las secuelas laborales que emergen de los respectivos cuidados formales que se prestan durante una larga etapa del ciclo vital de los profesionales.

Buendía (2005) plantea que no es nada fácil realizar la actividad profesional en unas condiciones que no proporcionen al individuo oportunidades de desarrollar la propia autoestima. Por ello, la tesis que se presenta sobre la carga del cuidador formal puede ayudar a entender mejor la naturaleza de algunos trastornos asociados a la actividad profesional y el papel que pueden jugar los avances científicos y técnicos para modificar las condiciones en que se desarrolla el desempeño de cuidar ancianos dependientes. Alba *et al.* (1992) resaltan la importancia de fomentar los aspectos cualitativos del ámbito de los valores humanos, elemento que al parecer de los autores, queda relegado a un segundo plano.

En el estudio presente se discierne sobre cuáles pueden ser las variables discriminantes que, apoyadas en los datos recogidos previamente, puedan predecir mejor la carga. El planteamiento de esta investigación está diseñado para analizar tanto el malestar como el beneficio psicológico de los protagonistas del trabajo empírico: los cuidadores formales. Además, se es plenamente consciente de las consecuencias positivas y negativas que ello puede generar para quienes conforman el objeto de la atención geriátrica, por parte de dichos cuidados: los ancianos dependientes. Así, se llevan a cabo dos análisis discriminantes, con la intención global de anticipar y pronosticar la carga de los cuidadores formales. En definitiva, como sugieren Gil, García y Rodríguez (2001), se trata principalmente de intentar pronosticar las consecuencias del estrés laboral de los cuidadores para tener la capacidad de intervenir de forma preventiva sobre los fenómenos desencadenantes y mediadores que pueden modular la carga.

A continuación, se procede a discutir los dos análisis discriminantes empleados en la presente tesis en orden inverso, ya que esta disposición ayuda, preferiblemente, tanto a la comprensión como a la exposición de los estudios revisados que aportan alguna

información relevante en base a los resultados pertinentes. Se realizó un primer análisis discriminante, siguiendo el método por pasos, de forma complementaria y bastante más parsimoniosa que el análisis discriminante que se abordará posteriormente. Este primer modelo predictivo fue más sencillo de interpretar dada su simplicidad, a pesar de no revelar tantas variables independientes como ocurrió al aplicar el método de introducción conjunta de las variables. De este modo, quedaron inicialmente incluidas en las funciones discriminantes tres variables: Salud General, Evadirse y Actividades Distractoras de la Situación. Se deduce que las tres variables identificadas en este trabajo contribuyen a la construcción de una función discriminante, a partir de la cual se ha logrado aproximadamente un 70% de cuidadores correctamente clasificados (69,1%). Concretamente al 81,2% de los cuidadores formales con baja carga y al 53,4% de los cuidadores con alta carga.

Por tanto, este análisis discriminante ha explicado la carga de los cuidadores formales basándose en las diferencias existentes en función de las tres variables independientes señaladas. Los resultados expresados por el autovalor y *lambda* de Wilks indican una discriminación relevante para la función porque los grupos comparados no tienen promedios iguales en las variables discriminantes. Además, los datos son muy parecidos a los detectados en el análisis discriminante que se tratará más adelante, en el sentido de que la correlación canónica¹² resulta también moderada, es decir, las variables discriminantes permiten diferenciar bien entre los grupos de alta y baja carga en los cuidadores formales. Este coeficiente indica que existe una relación entre el grupo de pertenencia y los valores de la función discriminante. Así, la función adopta diferentes valores en los grupos considerados y responde satisfactoriamente al propósito de discriminar entre los grupos. Por todo ello, en el análisis discriminante se han conseguido identificar las tres mejores variables predictoras para explicar la carga de los cuidadores formales, ya que se ha llegado a evidenciar que la salud general, la evitación y las actividades distractoras de la situación son tres variables discriminantes que han permitido distinguir entre los grupos de cuidadores bajos y altos en carga.

Tomando en consideración el deterioro funcional de los ancianos dependientes, sobresale de forma controvertida la variable demencia a la hora de clasificar a los

¹² El coeficiente de correlación canónica determina el porcentaje de varianza explicada por la función discriminante (Gil *et al.*, 2001).

cuidadores formales más o menos cargados, cuestión que en el estudio que se presenta tampoco se recoge de manera significativa.

Los estudios consultados sobre cuidadores informales señalan como predictores de la carga, el modo de afrontamiento evadirse y el apoyo social percibido, lo cual está en la línea de los resultados obtenidos en este trabajo aunque referente a cuidadores formales. Así, Artaso, Goñi y Biurrun (2001) destacan que la carga se veía determinada por la mayor presencia de alteraciones neuropatológicas, el menor apoyo social y el uso de la estrategia de afrontamiento huida-evitación, que explicaban el 41% de la variabilidad en la carga en cuidadores informales de pacientes con demencia. En el estudio de Artaso, el apoyo social se ha diferenciado en dos aspectos, afectivo y confidencial, si bien ninguno de ellos ha resultado influir de forma más significativa en la carga del cuidador. Por el contrario, otros autores han señalado matices en el tipo de apoyo. Así, el apoyo emocional es el que más protegía del estrés (Miller, Townsend, Carpenter, Montgomery, Stull y Young, 2001) y los cuidadores con mayor apoyo emocional y nivel de habilidad tenían menor riesgo de presentar depresión (Yates, Tennstedt y Chang, 1999).

Por otra parte, un mayor apoyo percibido disminuyó el efecto de los estresores sobre el cuidador, en parte manteniendo o aumentando su control situacional (Atienza, Collins y King, 2001). A pesar de que para algunos autores los estresores primarios y las variables psicosociales explicaban el 49-63% de la variabilidad en la respuesta al estrés y este proceso se mostró estable a corto plazo, en el estudio de Vedhara, Shanks, Anderson y Lightman (2000) los autores incluyeron las estrategias de afrontamiento que se correlacionaban con la carga de forma lineal, tal y como se procedió en el estudio actual. Así, los resultados muestran que la única estrategia de afrontamiento que explicaba la carga del cuidador era la huida-evitación. Este resultado es similar al hallado por Matsuda (1995), quien encontró que, además de la *huida*, la estrategia de confrontación también se asociaba a una mayor carga con los cuidados. Para este autor, en la misma dirección que los resultados de la presente investigación, la influencia de las estrategias de afrontamiento en la carga era superior a la de los trastornos de conducta y la gravedad del deterioro cognitivo.

Se realizó otro análisis discriminante que permitió pronosticar, igualmente, la ubicación de los cuidadores formales en uno de los dos grupos determinados por la clasificación previa (bajos en carga y altos en carga). Esta asignación grupal también minimizó el error de clasificación, y a tenor de los resultados del trabajo que se presenta con este análisis discriminante posterior (introducción conjunta de las variables), se identificó la primera variable discriminante: 1) Salud General, que fue la que mejor separó a los dos grupos de carga. La segunda variable independiente extraída fue el modo de afrontamiento: 2) Evadirse (*COPE*), que fue la responsable de la mejor separación¹³ en base a la información no considerada por la Salud General. Así, siguiendo el orden de la matriz estructura, se llegaron a reconocer el resto de las variables discriminantes de la carga: 3) Satisfacción Vital, 4) Actividades Distractoras de la Situación (*COPE*), 5) Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento (*COPE*), 6) Apoyo Social, y 7) Humor (*COPE*).

Con el análisis discriminante se marcaron dos grandes propósitos: descriptivo y predictivo. Por una parte, describir las diferencias entre los grupos de carga. Y, por otra, predecir la pertenencia de los cuidadores formales a los grupos. Como resultado, se llegaron a identificar un total de siete variables (cuatro más que siguiendo el método por pasos) que contribuyen a la construcción de una función discriminante, a partir de la cual se ha logrado aproximadamente un 70% de cuidadores correctamente clasificados (69,6%). Concretamente al 78,3% de los cuidadores formales con baja carga y al 58,4% de los cuidadores con alta carga. De este modo, el análisis discriminante pronostica la carga (variable dependiente) de los cuidadores formales basándose en las diferencias existentes en función de las siete variables independientes (salud general, evadirse, satisfacción vital, actividades distractoras de la situación, abandono de los esfuerzos de afrontamiento, apoyo social y humor).

El análisis discriminante ha conseguido, por un lado, identificar siete variables predictoras para hacer pronósticos sobre la carga y, por otro, ha comprobado siete variables que definen grupos bien diferenciados y, así, permiten distinguir entre los grupos de cuidadores bajos y altos en carga. Y se ha determinado, como *Índice de*

¹³ La posición de un grupo en el espacio puede ser caracterizada por su centroide, definido como el punto que se obtiene al considerar como coordenadas los valores medios que el grupo de cuidadores presenta en cada una de las variables discriminantes (Gil *et al.*, 2001).

Calidad de los Resultados, el porcentaje de sujetos bien clasificados por la función discriminante¹⁴. El 69,6% de cuidadores formales correctamente clasificados indica la corrección del procedimiento. Este porcentaje puede ser tomado como una medida no sólo de la bondad de la clasificación, sino también de las diferencias de los grupos (Gil *et al.*, 2001). Dado que la clasificación es buena, esto se debe a que las siete variables discriminantes permiten diferenciar entre los grupos.

En base a la satisfacción vital, Garre *et al.* (2000) concluyen de forma semejante a la investigación presente, refiriendo que una baja percepción de la calidad de vida fue un factor que influyó en la carga, y viceversa. Montoro (1999) indica que los aspectos claves de la calidad de la asistencia institucional fueron los niveles de carga, de estrés o grado de absentismo laboral.

Y para destacar, finalmente, estos modos de afrontamiento del estrés referidos en el trabajo actual (humor y abandono de los esfuerzos de afrontamiento), Fornés (1994) resalta que la respuesta emocional del grupo de auxiliares puede ser más vulnerable al estrés laboral, puesto que adoptaron mayor número de respuestas de abandono que actitudes de desafío, como ocurrió en las enfermeras. A la luz de los resultados, se puede apuntar que las causas de estrés más consideradas por los cuidadores formales del estudio de Fornés (1994) no difieren de otros anteriores (Linn *et al.*, 1985; Seltzer y Numerof, 1988). Estos hallazgos diferenciales en la categoría profesional no se localizaron fielmente en la investigación que se presenta, aunque sí que verifican generalmente un modo de afrontamiento empleado por los cuidadores formales que explica, parcialmente, la carga.

Con relación a las estrategias de afrontamiento más saludables, Burke y Greenglass (1995) advierten la capacidad de independencia de los empleados a la hora de adaptarse a los cambios organizacionales, entendida como la estrategia flexible que consigue resultados muy positivos y que consiste en desarrollar muchas y diversas relaciones que permiten al sujeto hacer el estrés más llevadero. En momentos de

¹⁴ Para la selección de las variables se empleó el criterio de *Lambda* de Wilks, que promueve la selección de un modelo que maximiza las distancias entre los grupos, al tiempo que aumenta la cohesión de los mismos, ya que tanto las diferencias entre los grupos como la homogeneidad toman parte en el cálculo de *Lambda*.

reestructuración, la independencia permitió a los individuos permanecer con salud al tiempo que atravesaron períodos de estrés por los cambios.

Y con el propósito de proponer algunas sugerencias, fruto del análisis de los trabajos consultados, la experiencia profesional y la reflexión de los resultados hallados en este estudio, se plantean a continuación diversas cuestiones que pueden servir de estímulo, con idea de continuar estudiando en el futuro: la carga de los cuidadores formales. Estas anotaciones del investigador pueden despertar vías concretas tanto para la intervención psicológica de los auxiliares geriátricos que lo precisen como para la prevención de la carga, a la que están expuestos los cuidadores, o bien para afianzar determinados criterios organizativos del trabajo y/o específicos de selección del personal cualificado, destinado profesionalmente a cuidar de ancianos dependientes. Entonces, llega el momento de plantearse cuáles son las condiciones individuales, organizativas y familiares que pueden neutralizar la carga del cuidador formal. Es decir, en cuáles de estas áreas mencionadas el cuidador puede incorporar algún instrumento de cambio o aceptación de la situación de carga, que la haga mejorar con éxito.

En primer lugar, parece relevante cuidar apropiadamente la salud de los propios empleados. Para ello, es recomendable dominar alguna técnica de relajación, hacer ejercicio físico y practicar la meditación. Esto sugiere la puesta en marcha de actividades saludables y óptimas para el cuidador. Unido a ello, interesa especialmente tomar conciencia de la salud autopercibida que poseen los auxiliares, dada la importancia que adquiere tanto para la carga como para la presencia de trastornos de salud. En ocasiones, debido a la rutina laboral, sería pertinente analizar el momento presente del ciclo vital del trabajador y hacer un balance realista, con perspectivas futuras de mejora y autocuidado.

Habría que potenciar las intervenciones psicológicas en aquellos grupos de riesgo de carga (p. e., los cuidadores que residen en una capital de provincia suelen estar más predispuestos a los problemas de salud). Así, el apoyo psicológico podría centrarse preferentemente, de forma orientativa, a determinados colectivos identificados: a) llevar entre diez y quince años (121-180 meses) de ejercicio en la profesión, b) permanecer entre dos y cuatro años (60-120 meses) de tiempo en el mismo lugar de trabajo, c) estar

viudo, separado o divorciado, d) trabajar en residencias con más de cien profesionales en plantilla.

También se pueden considerar algunos recursos positivos del cuidador, tales como la satisfacción vital y el apoyo social, los cuales ayudan a contrarrestar la carga. Por una parte, se destacan niveles más altos en satisfacción vital para los cuidadores formales que tienen el siguiente perfil: a) ser mujer, b) estar casado o tener pareja de hecho, c) no percibir otros ingresos, d) trabajar en residencias con una capacidad media de ancianos (entre 51 y 100), e) no encontrarse ubicado el centro en una capital de provincia, f) percepción buena y muy buena de su salud. Por otra parte, los cuidadores con mayores niveles de apoyo social se caracterizan por: a) salud autopercebida muy buena, b) niveles formativos de EGB y FP.

En vista de lo cual, sería necesario fomentar en el contexto laboral un talante de trabajo en equipo, con actitudes de colaboración en la toma de decisiones, donde se le ofrezca al cuidador la posibilidad de participar, opinar, desahogarse, abrirse a los demás compañeros y sentirse comprendido en las dificultades que conlleva esta profesión. La meta es aumentar la autoeficacia percibida, el control emocional y la motivación. Para ello, pueden ser de gran utilidad: la escucha activa, el apoyo emocional y el desafío profesional. La intervención psicológica puede consistir en confirmar al cuidador que está consiguiendo algo útil con su trabajo, influyendo positivamente en la vida de los demás.

Los modos de afrontamiento conforman el segundo grupo de variables predictoras de la carga, concretamente cuatro subescalas del *COPE*: 1) Por un lado, se debe considerar que los cuidadores menores de veinticinco años practican la estrategia evadirse. 2) Por otro lado, los cuidadores viudos, separados y divorciados emplean más actividades distractoras de la situación. 3) Merece la pena tener en cuenta la pertenencia del centro a la administración pública porque estos manejan el humor como estrategia de afrontamiento. Y, además, 4) los cuidadores que llevan mayor tiempo en el lugar de trabajo y en la profesión practican el abandono de las estrategias de afrontamiento.

Por todo ello, se advierte la necesidad de formación continuada en materia de habilidades y destrezas interpersonales del manejo de situaciones difíciles. Por cuanto

sería de obligado cumplimiento la implantación de programas psicoterapéuticos en un formato de grupo reducido. La experiencia de compartir tanto las frustraciones y los miedos como los aprendizajes adquiridos en equipo cobran en el grupo un sentimiento de apoyo mutuo, que es imprescindible para el tratamiento idóneo de las frecuentes conductas desajustadas (p. e., en los ancianos con demencias).

La mejora de las relaciones interpersonales es un aspecto clave en el trabajo del cuidador formal que puede consistir en la puesta en práctica de dos intervenciones psicológicas: terapias de grupo e intervenciones puntuales individuales y/o de grupo. Las primeras se realizan con el objetivo de descargar agresividad y resolver problemas, utilizando diferentes técnicas grupales (p. e., el juego de rol, el psicodrama, la relajación, la inoculación del estrés, etc.). Aunque, se precisa la colaboración de los auxiliares en la propia evaluación de la carga y la aceptación de tratamiento psicológico de la misma. Con las segundas se trata de resolver situaciones conflictivas que suelen propiciarse del enfrentamiento de cualquier trabajador con un anciano o un compañero de trabajo con otro, etc.

En definitiva, con relación a la carga, aparecen niveles más altos en los cuidadores con peor estado de salud general y en aquellos que utilizan modos de afrontamiento pasivos y centrados en la emoción (evitación, actividades distractoras de la situación, humor y abandono de los esfuerzos de afrontamiento). Sin embargo, se refieren niveles más bajos de carga en los cuidadores que disponen de más satisfacción vital y apoyo social. Paralelamente, se detectan asociaciones de la carga, por una parte, positivas con la salud general y, por otra, asociaciones negativas para con la salud autopercebida, el apoyo social, la satisfacción vital y el optimismo.



ANEXO



Cuadro 5. MUESTRAS DE LOS CUIDADORES FORMALES (1992-2005)	
ESTUDIOS REVISADOS	
<i>Alba et al. (1992)</i>	• 85 enfermeras.
<i>Fornés (1994)</i>	• 477 (294 enfermeras y 183 auxiliares) de seis hospitales de Palma de Mallorca.
<i>Ashi et al. (1995)</i>	• 20 cuidadoras de un hospital de Castellón.
<i>Artazcoz et al. (1996)</i>	• 273 (180 enfermeras y 73 auxiliares de clínica).
<i>Prieto et al. (1998)</i>	• 128 cuidadores de residencias geriátricas de Asturias.
<i>Flórez et al. (1999)</i>	• 125 gerocultores de residencias geriátricas de Asturias.
<i>Seijó et al. (1999)</i>	• 60 estudiantes de Enfermería.
<i>Garre et al. (2000)</i>	• 234 cuidadoras de la Unidad de Memoria y Demencias de un hospital de Gerona.
<i>Pérez et al. (2000)</i>	• 33 cuidadores de enfermería.
<i>Manzano y Ramos (2000)</i>	• 265 cuidadores de un hospital de Vizcaya.
<i>Urricelqui y Sanz (2000)</i>	• 466 cuidadores de enfermería de un hospital de Navarra.
<i>Fornés et al. (2001)</i>	• 535 (294 enfermeras, 183 auxiliares y 58 estudiantes de Enfermería) de seis hospitales de Palma de Mallorca.
<i>Ferrer (2001)</i>	• 91 (46 enfermeras, 36 auxiliares de enfermería, 9 técnicos especialistas) de un hospital de Alicante.
<i>Carmona et al. (2001)</i>	• 30 (21 enfermeras y 9 auxiliares de enfermería).
<i>Manzano y Ramos (2001)</i>	• 265 cuidadores de enfermería de un hospital de Baracaldo y 100 secretarías de tres instituciones de Vizcaya.
<i>Fernández et al. (2001)</i>	• 411 cuidadores de 40 residencias geriátricas
<i>Bujalance et al. (2001)</i>	• 88 (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores) de un hospital.
<i>De la Peña et al. (2002)</i>	• 150 (85 enfermeras y 65 auxiliares de enfermería) de cuatro centros hospitalarios de Badajoz.
<i>Escribà y Bernabé (2002)</i>	• 47 médicos.
<i>Solano et al. (2002)</i>	• 83 cuidadores de enfermería de hospitales de Alicante.
<i>Díaz et al. (2003)</i>	• 56 enfermeras de tres hospitales de Trujillo.
<i>Hernández y Olmedo (2004)</i>	• 222 cuidadores sanitarios de un hospital de Santa Cruz de Tenerife.
<i>García et al. (2004)</i>	• 44 cuidadores de un centro de demencias.
<i>Estévez et al. (2004)</i>	• 490 cuidadores de unidades geriátricas de Canarias.
<i>Hornillo et al. (2004)</i>	• 586 cuidadores de atención domiciliar en atención primaria.
<i>López et al. (2005)</i>	• 19 cuidadores sociosanitarios.

ESTUDIOS REVISADOS	Cuadro 6. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE CUIDADORES FORMALES (1992-2005)
Alba <i>et al.</i> (1992)	• V. descriptivas. - Valores humanos y motivación.
Fornés (1994)	• V. sociolaborales. - Causas de estrés y emociones.
Ashi <i>et al.</i> (1995)	• Salud General (GHQ-28).
Artazcoz <i>et al.</i> (1996)	• V. sociodemográficas. - Características de la organización del trabajo. - Actitudes acerca de roles y sexo. • Sintomatología relacionada con el estrés. - Satisfacción con la vida. - Satisfacción laboral. • Control sobre el trabajo. - Apoyo social.
Prieto <i>et al.</i> (1998)	• Estrés (Cuestionario de Estrés Laboral ICST y Cuestionario de Agotamiento Laboral MBI). • Clima organizacional (Word Environment Scale WES. - Satisfacción laboral (Job Descriptive Index JDI).
Garre <i>et al.</i> (2000)	• V. sociolaborales. - Calidad de vida (Quality of Life Questionnaire QLQ). • Deterioro cognitivo (Cambridge Cognitive Examination CAMCOG, Mini Mental State Examination MMSE). • Trastornos de conducta (Neuropsychiatric Inventory NPI). Burnout - (Burden Interview BI). • Fase de la enfermedad (Rapad Disability Rating Scale RDR2).
Manzano y Ramos (2000)	• V. personalidad (Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control BEEGC-20). - Burnout (MBI).
Urricelqui y Sanz (2000)	• Satisfacción laboral. - V. sociodemográficas. - Burnout (MBI).
Fornés <i>et al.</i> (2001)	• V. personalidad (Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control BEEGC-20).
Carmona <i>et al.</i> (2001)	• Ansiedad y estrés (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI).
Manzano y Ramos (2001)	• V. sociodemográficas. - Burnout (MBI).
Fernández <i>et al.</i> (2001)	• V. personalidad (Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control BEEGC-20).
Bujalance <i>et al.</i> (2001)	• V. sociodemográficas. - Burnout (MBI).
De la Peña <i>et al.</i> (2002)	• V. personalidad (Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control BEEGC-20).
Escibà y Bernabé (2002)	• V. sociodemográficas y organizacionales. - Burnout (MBI).
Solano <i>et al.</i> (2002)	• Satisfacción laboral (Cuestionario de Satisfacción Laboral).
Díaz <i>et al.</i> (2003)	• Burnout (MBI). • Estrategias de afrontamiento (Análisis del contenido del discurso).
Hernández y Olmedo (2004)	• Burnout (MBI). • V. sociobiográficas. - Burnout (MBI).
García <i>et al.</i> (2004)	• V. personalidad (Cuestionario de Extroversión y Neuroticismo, Cuestionario de Locus de Control, Cuestionario de Patrón A, y Cuestionario de Rigidez).
Estévez <i>et al.</i> (2004)	• (Cuestionario de Estereotipos ante la Vejez). • Burnout. - V. sociolaborales. - Estado de salud autopercibida. - Conflicto y ambigüedad de rol. • Satisfacción laboral. - Percepciones de empowerment. - Apoyo social.

ESTUDIOS REVISADOS	Cuadro 7. CONCLUSIONES DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA SOBRE CUIDADORES FORMALES
Alba et al. (1992)	• Satisfacción profesional mayoritaria, aunque actitud indiferente a la continuidad de los estudiantes. • Los más jóvenes y con menos experiencia profesional valoran más la satisfacción de cuidar a otros y opinan que la atención debe ir dirigida hacia los enfermos, no hacia la enfermedad. • El interés hacia los tratamientos y técnicas aumenta con la edad y los años de profesión. • Trabajar en más de un sitio influye negativamente en el grado de satisfacción profesional. • Dificultad para ofrecer opiniones vitales o creativas de la propia experiencia profesional. • Se deben fomentar los aspectos cualitativos del ámbito de los valores humanos. • Dificultad para una autodefinition como profesionales.
Fornés (1994)	• Factores más estresantes: sobrecarga de trabajo y escasez de personal. • Respuesta emocional: impotencia, insatisfacción, depresión, ansiedad, frustración y malestar general. • Diferencias altamente significativas entre enfermeras y auxiliares, en vulnerabilidad al estrés laboral. • Auxiliares más vulnerables por sus respuestas de abandono, y enfermeras, respuestas de desafío. • Causas externas al profesional que producen sentimientos de impotencia son poco controlables. • Causas de estrés para un grupo minoritario, asociadas a sentimientos agradables y positivos.
Ashi et al. (1995)	• GHQ-28 fue positivo para un 75% de los casos destacando la angustia y ansiedad. • Otros autores confirman que los síntomas psicológicos no son diferentes en la población general. • Autores establecen 2 años como tiempo a partir del cual suelen empeorar los síntomas <i>burnout</i>.
Prieto et al. (1998)	• Relaciones importantes entre estrés laboral y salud, con implicaciones psicológicas y psicofisiológicas. • Deben realizarse esfuerzos para la inoculación del estrés y aumentar calidad asistencial anciano. • Conocimiento de técnicas y estrategias de control y superación del estrés. • Programas de estimulación psicosocial de refuerzo personal y prevención de sintomatología en el estado de salud. • Modificaciones ambientales y organización laboral, estilo directivo participativo, mejora la satisfacción laboral y el clima organizacional
Flórez et al. (1999)	• Alto nivel de absentismo laboral por los sentimientos de impotencia, ansiedad y depresión. • La mayoría (41%) tiene un grado de apoyo social bastante positivo. • La mayor intensidad del estrés se detecta en el ámbito laboral.

Garre et al. (2000)	• Factores que influyen en la carga: síntomas no cognitivos, discapacidad funcional, y baja percepción de calidad vida. • Factores que influyen en la calidad de vida: edad, horas de atención ABVD y la carga.
Pérez et al. (2000)	• Relaciones positivas y significativas entre <i>burnout</i>, ansiedad e ira. • Habilidades psicosociales del cuidado es uno de los determinantes del estrés. • Implantación programa de intervención redujo respuesta de ansiedad y expresión externa de ira.
Fornés et al. (2001)	• Algunas variables sociolaborales podrían predecir ansiedad y estrés labor: edad, años en la profesión, antigüedad, satisfacción laboral. • Ser joven o experiencia de los años amortiguan la tensión del estrés laboral. • No puede afirmarse la claridad de la relación edad y estrés laboral sin significación estadística. • Al inicio de la profesión o a los 15 años de profesión se manifiestan más respuestas de estrés laboral. • Factores iniciales (inseguridad) y posteriores (cansancio) son potencialmente estresantes. • Tres años antigüedad en la misma unidad es significativo con la aparición de la ansiedad puntual. • La condición laboral es la que menos predice estrés. • Encontrarse a gusto con el puesto de trabajo es de los mejores factores amortiguadores y neutralizadores del estrés. • Grado de satisfacción personal incide en la producción laboral y en el bienestar físico y mental.
Ferrer (2001)	• Previo inicio de actividad laboral, una adecuada relación laboral con mando intermedio para el profesional de nueva incorporación. • PAPENI herramienta de prevención del estrés en profesionales de nueva incorporación.
Carmona et al. (2001)	• Variables sociodemográficas tienen un efecto modulador muy pequeño al <i>burnout</i>. • Variables motivacionales o factores ambiente laboral inciden más directamente sobre el estrés labor asistencial.
Manzano y Ramos (2001)	• Variables de personalidad y sociodemográficas marcan diferencias en <i>burnout</i> para colectivos diferentes. • Diferentes modelos de intervención al prevenir <i>burnout</i> según colectivo, contexto y diferencias transculturales.

Bujalance et al. (2001)	• Establecer punto de mejora con índices obtenidos para un programa de estrés laboral. • Enfermeras presentan mayor grado de CE, más presión, insatisfacción laboral, menos promoción. • Estrategias organizacionales son medidas correctoras para disminuir el estrés laboral y mejorar satisfacción laboral.
De la Peña et al. (2002)	• Grado estrés enfermería es moderadamente superior al término medio. • Causas <i>burnout</i>: bajo reconocimiento social y condiciones de trabajo: sufrimiento, muerte, tareas y soporte social. • El grupo con licenciatura sufren mayor grado de <i>burnout</i>. Recompensa de la formación y expectativas de promoción, valor social. • Tendencia mayor <i>burnout</i> unidad de medicina interna, intensivos, psiquiatría, urgencias y preventiva. • Organización del trabajo y disposición de recursos suelen influir en el grado de estrés. • Condiciones: falta estabilidad en el puesto, turnos rotativos en servicios distintos, pocas expectativas, tienen peso en aparición de estrés. • Falta de satisfacción laboral correlaciona positivamente con el mayor grado de estrés profesional. • Sobrecarga de trabajo y falta de apoyo social adecuado influyen en el decremento de la satisfacción laboral e incremento de estrés. • Excesiva necesidad de aprobación profesional y social también predice la aparición de <i>burnout</i>. CE, DP <i>correlación positiva</i>.
Escribà y Bernabé (2002)	• Autores: Salud y bienestar depende del intercambio profesional favorable. • Desarrollarse propuestas formativas en materia de EA para incrementar bienestar médicos.
Solano et al. (2002)	• Un grupo niveles elevados <i>burnout</i>, amenaza par su calidad de vida personal y profesional. • 14,5% frecuencia de sentimiento de agotamiento físico y emocional. • 10,8% falta de sentimientos afectivos y comportamiento impersonal hacia receptores de ayuda. • 37,3% sentimientos de insatisfacción con sus logros en el trabajo.
Díaz et al. (2003)	• Presentan nivel bajo en CE y DP y nivel alto en RP. • No relación significativa con <i>burnout</i>, variables: edad, estado civil, hijos, años de servicio y áreas de trabajo
Hernández y Olmedo (2004)	• Relación singular del <i>burnout</i> y var. de personalidad: apoyan, contradicen, a veces inexistentes...

A continuación se identifican los apartados que contiene el cuadernillo que se empleó para la aplicación de las pruebas:

1. Portada.
2. Carta de presentación.
3. Cuestionario Sociodemográfico y de Aspectos Laborales.
4. *Entrevista de Carga para Cuidadores Formales* (Revuelta y Andújar, 2005).
5. *Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-28)* (versión en español de Lobo y Muñoz, 1996).
6. *Evaluación del Apoyo Social* (Vaux, Philips, Holly, Thompson, Williams y Stewart, 1986; versión de Andújar y Revuelta, 2001).
7. *Cuestionario COPE* (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; versión de Crespo y Cruzado, 1997).
8. *Escala de Satisfacción Vital* (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985).
9. *Test de Orientación Vital Revisado* (Scheier, Carver y Bridges, 1994; versión de Revuelta y Andújar, 2005).

**ENCUESTA
PARA TRABAJADORES
DE CENTROS O RESIDENCIAS
DE ANCIANOS**

Muy Sr.(Sra.) mío(a):

El propósito de esta encuesta es conocer cómo consideran distintos profesionales pertenecientes a los Servicios Humanos su trabajo y a las personas a quienes dan servicio.

En general, se usa el término **persona** para señalar a los sujetos a los que se proporciona el servicio, cuidado o atención. Aunque en su labor Vd. utilice otro término (por ejemplo, pacientes, alumnos, clientes, etc.), cuando responda a esta encuesta piense en los que reciben el servicio que Vd. da.

Se le piden unos datos que se van a utilizar tan solo con fines de investigación. La encuesta es totalmente anónima. La finalidad de todos ellos es procurar conocer mejor cómo consideran el trabajo y a las **personas** los profesionales que tratan con éstas en su trabajo.

Teniendo en cuenta lo anterior, esto es, el total anonimato de la encuesta, para empezar, ¿le importaría decirnos la ciudad y provincia donde trabaja?:

Ciudad:

Provincia:

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

DATOS GENERALES

Sexo Edad: Estado civil:

Varón: ☐

Mujer: ☐

Titulación académica:

¿Tiene que cuidar a alguien en su familia? Sí ☐ No ☐

Datos profesionales

¿Cuánto tiempo lleva en su trabajo actual?: años meses

¿Cuánto tiempo tiene de experiencia en esta profesión?: años meses

¿Tiene otro trabajo por el que le paguen?: Sí: No:

¿El sitio donde trabaja está en una capital de provincia?: Sí: No:

¿Cuántos habitantes tiene, aproximadamente, la ciudad en la que trabaja?:

¿Cuántos trabajadores¹ hay en el Centro o Residencia donde trabaja?:

¿Cuántos ancianos hay en el Centro o Residencia donde trabaja?:

¿Cuántos ancianos hay en el Centro o Residencia que se valen por sí mismos?:

¿Cuántos ancianos hay en el Centro o Residencia que necesitan algo de ayuda?:

¿Cuántos ancianos hay en el Centro o Residencia que necesitan ayuda para todo?:

¿Cuántos ancianos hay con demencia senil?:

¿Cuántos ancianos hay con problemas de comportamiento?:

En general, ¿suele tener el mismo grupo de ancianos a su cargo?: Sí: No:

¿Cómo cree que es su salud, en general?:

Muy mala	☐
Mala	☐
Ni buena ni mala	☐
Buena	☐
Muy buena	☐

De forma breve y concisa, díganos cosas que le gustan de su trabajo:

Y ahora, díganos cosas que no le gustan de su trabajo:

¹ Se utiliza el término *trabajadores*, como *ancianos* y otros, en sentido neutro, englobando varones y mujeres, con objeto de simplificar el cuestionario.

NO OLVIDE RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS

A continuación encontrará una serie de frases referidas a cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otras personas. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, de acuerdo con la siguiente valoración: *nunca*, *rara vez*, *algunas veces*, *bastantes veces* y *casi siempre*. Tanto las preguntas como las repuestas han de referirse a cómo se siente en general. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

0 =	Nunca
1 =	Rara vez
2 =	Algunas veces
3 =	Bastantes veces
4 =	Casi siempre

1. ¿Cree que las personas a las que cuida le piden más ayuda de la que necesitan?.....	0	1	2	3	4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a las personas a las que cuida no tiene suficiente tiempo para Vd?.....	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente estresado por tener que cuidar a esas personas y por intentar, a la vez, satisfacer otras responsabilidades en su familia o trabajo?.....	0	1	2	3	4
4. ¿Se siente avergonzado por el comportamiento de las personas a las que cuida?.....	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de las personas a las que cuida?.....	0	1	2	3	4
6. ¿Cree que el cuidar a esas personas, en estos momentos, afecta negativamente a sus relaciones con su familia o amigos?.....	0	1	2	3	4
7. ¿Siente temor por lo que el futuro les depare a las personas a las que cuida?.....	0	1	2	3	4
8. ¿Cree que las personas a las que cuida dependen de usted?...	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente estresado cuando está con las personas a las que cuida?.....	0	1	2	3	4
10. ¿Cree que su salud se ha resentido a causa de la responsabilidad de tener que cuidar a esas personas?.....	0	1	2	3	4
11. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como quisiera debido a tener que cuidar a esas personas?.....	0	1	2	3	4
12. ¿Cree que su vida social se ha resentido por tener que cuidar a esas personas?.....	0	1	2	3	4
13. Cuando está cuidando a las personas con las que trabaja ¿Se siente incómodo si tiene que recibir a amigos?.....	0	1	2	3	4
14. ¿Cree que las personas a las que cuida esperan de usted que los cuide como si fuera la única persona que pueda hacerlo?...	0	1	2	3	4
15. ¿Cree que no gana suficiente dinero para cubrir sus gastos, a pesar del tipo de trabajo que realiza?.....	0	1	2	3	4
16. ¿Cree que no será capaz de cuidar a esas personas por mucho más tiempo?.....	0	1	2	3	4
17. ¿Cree que ha perdido el control de su vida desde que comenzó con el trabajo de cuidar a esas personas?.....	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de esas personas y trabajar en otra cosa?.....	0	1	2	3	4

NO OLVIDE RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS

19.	¿Se siente inseguro sobre lo que debe hacer con esas personas a las que cuida?.....	0	1	2	3	4
20.	¿Cree que debería hacer más por las personas a las que cuida?.....	0	1	2	3	4
21.	¿Cree que podría cuidar mejor a esas personas?.....	0	1	2	3	4
22.	En general, ¿cómo se siente de agobiado por tener que cuidar a esas personas?.....	0	1	2	3	4

NO OLVIDE RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS

Por favor, lea esto cuidadosamente:

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, *durante las últimas semanas*. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando simplemente la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.
Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual

A. 2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

A. 3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

A. 4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

A. 5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

A. 6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que le cabeza le va a estallar?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

A. 7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

B. 2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

B. 3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

B. 4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

B. 5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

B. 6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

B. 7. ¿Se ha notado nervioso y «a punto de explotar» constantemente?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

C. 1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

C. 2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual

C. 3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual

C. 4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

Más satisfecho que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho

C. 5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

Más tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

C. 6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

C. 7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

D. 1. ¿Ha pensado que Vd. es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

D. 2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

D. 3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

D. 4. ¿Ha pensado en la posibilidad de «quitarse de en medio»?

Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado

D. 5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

D. 6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

D. 7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado

A continuación tienes una lista de afirmaciones sobre tu relación con la familia y los amigos. Por favor, indica sinceramente si estás *Muy de Acuerdo*, *sólo de Acuerdo*, *en Desacuerdo* o *Muy en Desacuerdo* con lo que dice de ti.

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
1. Mis amigos me hacen caso	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
2. Mi familia me cuida mucho	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
3. No soy importante para los demás.....	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
4. Mi familia piensa que valgo mucho	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
5. La gente me quiere.....	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
6. Puedo contar con mis amigos.....	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
7. Mi familia me admira	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
8. La gente me hace caso	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
9. Mi familia me quiere muchísimo.....	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
10. A mis amigos les importa poco si yo me encuentro bien o mal	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
11. Hay miembros de mi familia que cuentan conmigo	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
12. La gente piensa que valgo mucho	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
13. Mi familia no me apoya	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
14. La gente me admira.....	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
15. Me siento muy unido a mis amigos.....	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
16. Mis amigos están pendientes de mí	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
17. Creo que otras personas me valoran.....	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
18. Mi familia me hace caso	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
19. Mis amigos y yo somos importantes los unos para los otros	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
20. Creo que la gente me acepta	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
21. Si me muriese mañana me echaría de menos muy poca gente	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
22. No me siento unido a algunos miembros de mi familia	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
23. Mis amigos y yo hemos hecho mucho los unos por los otros.....	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO

¿Has pasado por alguna situación que te haya producido estrés en los últimos tres meses?

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, describe brevemente dicha situación:

Ahora contesta las siguientes preguntas en relación con la situación que has indicado más arriba. Considera cada pregunta por separado. No hay preguntas correctas o incorrectas. Indica lo que tú has hecho realmente, no lo que la gente suele hacer o lo que deberías haber hecho. Señala el número que mejor indica la frecuencia con la que has hecho cada cosa, siguiendo el siguiente código:

- 1 = En absoluto
2 = Un poco
3 = Bastante
4 = Mucho

Por favor, no dejes ninguna pregunta sin responder:

1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.....	1	2	3	4
2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente.....	1	2	3	4
3. Me altero y dejo que mis emociones afloren.....	1	2	3	4
4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.....	1	2	3	4
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello.....	1	2	3	4
6. Me digo a mí mismo «esto no es real».....	1	2	3	4
7. Confío en Dios.....	1	2	3	4
8. Me río de la situación.....	1	2	3	4
9. Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo.....	1	2	3	4
10. Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente.....	1	2	3	4
11. Hablo de mis sentimientos con alguien.....	1	2	3	4
12. Utilizo alcohol o drogas para hacerme sentir mejor.....	1	2	3	4
13. Me acostumbro a la idea de lo que pasó.....	1	2	3	4
14. Hablo con alguien para saber más de la situación.....	1	2	3	4
15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.....	1	2	3	4
16. Sueño despierto con cosas diferentes de esto.....	1	2	3	4
17. Me altero y soy realmente consciente de ello.....	1	2	3	4
18. Busco la ayuda de Dios.....	1	2	3	4
19. Elaboro un plan de acción.....	1	2	3	4
20. Hago bromas sobre ello.....	1	2	3	4
21. Acepto que esto ha pasado y que no se puede cambiar.....	1	2	3	4
22. Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita.....	1	2	3	4
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos y familiares.....	1	2	3	4
24. Simplemente, dejo de intentar alcanzar mi objetivo.....	1	2	3	4
25. Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema.....	1	2	3	4
26. Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumo drogas.....	1	2	3	4

27.	Me niego a creer que ha sucedido.....	1	2	3	4
28.	Dejo aflorar mis sentimientos.....	1	2	3	4
29.	Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo.....	1	2	3	4
30.	Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema.....	1	2	3	4
31.	Duermo más de lo habitual.....	1	2	3	4
32.	Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.....	1	2	3	4
33.	Me centro en hacer frente a este problema y, si es necesario, dejo otras cosas un poco más de lado.....	1	2	3	4
34.	Consigo el apoyo y comprensión de alguien.....	1	2	3	4
35.	Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.....	1	2	3	4
36.	Bromeo sobre ello.....	1	2	3	4
37.	Renuncio a conseguir lo que quiero.....	1	2	3	4
38.	Busco algo bueno en lo que está sucediendo.....	1	2	3	4
39.	Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.....	1	2	3	4
40.	Finjo que no ha sucedido realmente.....	1	2	3	4
41.	Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente.....	1	2	3	4
42.	Intento firmemente que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer frente a esto.....	1	2	3	4
43.	Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.....	1	2	3	4
44.	Acepto la realidad del hecho que ha sucedido.....	1	2	3	4
45.	Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.....	1	2	3	4
46.	Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar.....	1	2	3	4
47.	Llevo a cabo alguna acción directa en torno al problema.....	1	2	3	4
48.	Intento encontrar alivio en la religión.....	1	2	3	4
49.	Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo.....	1	2	3	4
50.	Hago bromas de la situación.....	1	2	3	4
51.	Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema.....	1	2	3	4
52.	Hablo con alguien de cómo me siento.....	1	2	3	4
53.	Utilizo el alcohol o drogas para intentar superarlo.....	1	2	3	4
54.	Aprendo a vivir con ello.....	1	2	3	4
55.	Dejo de lado otras actividades para concentrarme en esto.....	1	2	3	4
56.	Medito profundamente acerca de qué pasos tomar.....	1	2	3	4
57.	Actúo como si nunca hubiera sucedido.....	1	2	3	4
58.	Hago lo que hay que hacer, paso a paso.....	1	2	3	4
59.	Aprendo algo de la experiencia.....	1	2	3	4
60.	Rezo más de lo habitual.....	1	2	3	4

A continuación se le presentan 5 frases con las cuales puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilice la escala de 1-7 que se ofrece más abajo, indicando su acuerdo en cada una de ellas señalando el número apropiado. Por favor sea abierto y honesto en sus respuestas.

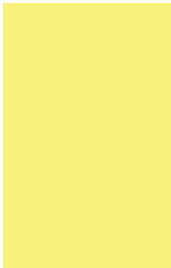
1 =	Muy en desacuerdo
2 =	En desacuerdo
3 =	Algo en desacuerdo
4 =	Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5 =	Algo de acuerdo
6 =	De acuerdo
7 =	Muy de acuerdo

1. En la mayoría de los sentidos, mi vida se acerca a mi ideal.....	1	2	3	4	5	6	7
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.....	1	2	3	4	5	6	7
3. Estoy satisfecho con mi vida.....	1	2	3	4	5	6	7
4. Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quería en la vida.....	1	2	3	4	5	6	7
5. Si pudiera volver a vivir mi vida, no cambiaría apenas nada.....	1	2	3	4	5	6	7

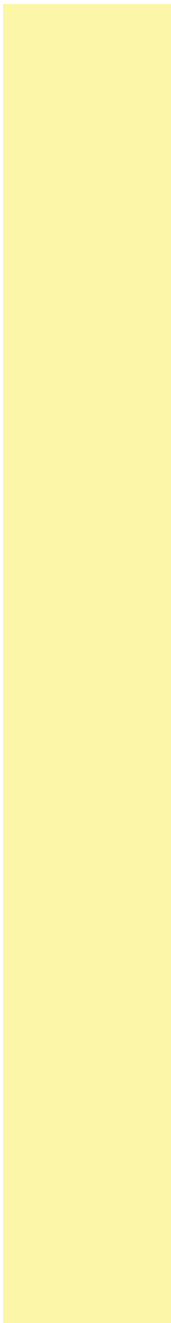
Instrucciones: A continuación le presentamos una serie de frases que hacen referencia a cómo la gente considera su vida en general. Después de leer cada una de estas frases dé su opinión. Indique si está de acuerdo o en desacuerdo. No hay respuestas correctas o incorrectas: sólo queremos conocer su opinión. Cumplimente este inventario de acuerdo con sus *propios* sentimientos, no en función de cómo Vd. cree que la «mayoría de la gente» lo haría. En concreto, utilice la siguiente escala de valoración:

- 0 = Estoy totalmente en desacuerdo
 1 = Estoy en desacuerdo
 2 = No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo
 3 = Estoy de acuerdo
 4 = Estoy totalmente de acuerdo

1. En momentos de inseguridad, suelo esperar lo mejor.....	0	1	2	3	4
2. Me resulta fácil relajarme.....	0	1	2	3	4
3. Si me tiene que pasar algo malo, me pasará.....	0	1	2	3	4
4. Siempre soy optimista acerca de mi futuro.....	0	1	2	3	4
5. Disfruto mucho de mis amigos.....	0	1	2	3	4
6. Para mí es importante mantenerme ocupado.....	0	1	2	3	4
7. Rara vez espero que las cosas me salgan a mi manera.....	0	1	2	3	4
8. No me disgusto fácilmente.....	0	1	2	3	4
9. Rara vez espero que me vayan a pasar cosas buenas.....	0	1	2	3	4
10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas.....	0	1	2	3	4



BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

- Abengózar, M. C. y Serra, E. (1997). *Envejecimiento normal y patológico*. Valencia: Promolibro.
- Abengózar, M. C. y Serra, E. (1999). La sobrecarga en las mujeres cuidadoras de familiares ancianos con demencia. *Geriatrka*, 15, 5, 225-237.
- Abizanda, P., Gallego, J., Sánchez, P. y Díaz, C. (2000). Instrumentos de valoración geriátrica integral en los servicios de Geriatria de España: uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo. *Geriatria y Gerontología*, 35, 5, 261-268.
- Adler, N. y Matthews, K. (1994). Health psychology: why do some people get sick and some stay well ? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- Agüera, L. (1998). *Demencia. Una aproximación práctica*. Barcelona: Masson.
- Alarcón, J., Vaz, F., Guisado, J., Benavente, M., López, J. y Morgado, M. (2004). Relación entre el síndrome de burnout, psicopatología y ambiente en el trabajo de enfermeras de Hospital General. *Archivos de Psiquiatria*, 67, 2, 129-138.
- Alarcos, F. (2001). *Bioética y ancianidad: la ética profesional del cuidador*. Madrid: Humanización de la Salud. Camilos.
- Alba, A., Alejandro, F., Muñoz, F., Roldán, J. y Vaquerizo, A. (1992). Valores humanos y motivación del personal de enfermería. En Hermanos de San Juan de Dios (Eds.), *Jornadas Internacionales de Enfermería. Ponencias y Comunicaciones* (págs. 325-355). Madrid: Secretariado Permanente Interprovincial.
- 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. *Revista de Atención Primaria*, 33, 2, 61-8.
- American Psychiatric Association. (1987). *DSM-III-R: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Sleep Disorders Association (1990). *The International Classification of Sleep Disorders*. Kansan: Allen Press Inc., Lawrence.
- Andújar Barroso, R. T. y Revuelta Pérez, F. (2001). Adaptación al español de la Escala de las Evaluaciones del Apoyo Social (SS-A). Documento no publicado.
- Antonvsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.

- Álvarez, E. y Fernández, L. (1991). El Síndrome de “burnout” o el desgaste: estudio empírico de los profesionales gallegos del área de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39, 257-265.
- Argimon, J. M. (2004). ¿Son eficaces las intervenciones de apoyo a los cuidadores de pacientes con demencia?. *Revista de Atención Primaria*, 33, 2, 61-8.
- Argimon, J. M., Limón, E, Vila, J. y Cabezas, C. (2004). Health-related quality of life in carers of patients with dementia. *Family Practice*, 21, 454-457.
- Artaso, B., Goñi, A. y Biurrun, A. (2001). Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 60/61, 38-45.
- Artazcoz, L., Cruz, J., Moncada, S. y Sánchez, A. (1996). Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. *Gaceta Sanitaria*, 10, 282-292.
- Ashi, S. A., Girona, G. y Ortuño, M. A. (1995). Síndrome del cuidador. *Rehabilitación*, 29, 6, 465-468.
- Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.
- Atienza, A. A., Collins, R., y King, A. C. (2001). The mediating effects of situational control on social support and mood following a stressor: A prospective study of dementia caregivers in their natural environments. *Journals of Gerontology*, 56B, 3, 29-39.
- Baumgarten, M., Battista, R. N., Infante-Rivard, C. (1992). The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 61-70.
- Bazo, M. (1998). El cuidado familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas: el caso de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Geriatría y Gerontología*, 33, 1, 49-56.
- Berg, M., Rauch, S. M., Rubio, D. M. y Tebb, S. S. (1995). Assessing the health of adult daughter former caregivers for elders with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18, 4, 231-239.
- Blessed, G., Tomlinson, B. E. y Roth, M. (1988). Blessed-Roth dementia scale. *Psychopharmacol Bull.* 24, 705-708.
- B.O.E. (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situaciones de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, 44142-44156.

- Bowling, A. (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community: an analysis of concepts and a review of the evidence. *Family Practice*, 8, 68-83.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: a prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525-537.
- Bonafont, A. (1997). El cuidar y los ancianos. *Gerokomos*, VIII, 20, 49-59.
- Borges, A. (1998). Personal de Enfermería: Condiciones de trabajo de alto riesgo, III *Jornadas Científicas de Enfermería, Venezuela*.
- Bowlby, J. (2003). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Brezinski, D., Stone, P., Muller, J., Tofler, G., Davis, V. y Parker, C. (1991). Prognostic significance of the Karnofsky performance status score in patients with acute myocardial infarction: Comparison with the left ventricular ejection fraction and exercise treadmill test performance. *American Heart Journal*, 121, 1374-1381.
- Brodaty, H., Franzep, F., Green, A. y Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 51, 5, 657-664.
- Buceta, J. y Bueno, A. (1995). Ámbitos de la intervención psicológica para controlar el estrés e incrementar la salud. En J. M^a Buceta y A. M^a Bueno (Eds.), *Psicología y salud: Control del estrés y trastornos asociados* (págs. 25-49). Madrid: Dykinson.
- Buendía, J. (2005). *Vivir con estrés*. Madrid: Espasa Calpe.
- Buendía, J. (1993). *Estrés y psicopatología*. Madrid: Pirámide.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.
- Buendía, J. (Ed.) (1999). *Familia y Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Bujalance, J., Villanueva, F., Guerrero, S., Conejo, J., González, A., Sepúlveda, A., Viñas, C., Castro, S. y Martín, F. (2001). Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Geriatría y Gerontología*, 36, 1, 32, 40.
- Burisch, M. (1993). In search of theory: Some ruminations on the nature an etiology of burnout. In W. B. Schaufeli, C., Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout recent developments in theory and research*. London: Taylor y Francis.
- Burke, R., Greenglass, E. y Konarski, R. (1995). Coping, work demands and psychological burnout among teacher. *Journal of Health and Human Services Administration*, 18, 90-103.
- Burke, R. G. y Greenglass, E. R. (1995). A longitudinal examination the Cherniss model of psychological burnout. *Social Science and Medicine*, 40, 1357-1363.

- Byrne, D. (1964). The repression-sensitization as a dimension of personality. En B. A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research* (págs. 169-220). Nueva York: Academic Press.
- Cacabelos, R. (1991). *Enfermedad de Alzheimer. Etiopatogenia, neurobiología y genética molecular. Diagnóstico y terapéutica*. Barcelona: Prous Editores.
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. Nueva York: Norton.
- Capel, S. A. (1987). The incidence of and influence on stress and burnout in secondary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 53, 3, 279, 288.
- Carmona, F., Sanz, L. y Marín, D. (2001). Síndrome de Burnout y Enfermería: factores moduladores. *Psiquiatría.Com*, 2.
- Caron, C. D., Griffith, J. y Arcand, M. (1999). Decision Making at the End of Life in Dementia: How Family Caregivers Perceive Their Interactions With Health Care Providers in Long-Term-Care Settings. *Journal of Applied Gerontology*, 24, 3, 231-247.
- Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1985). Self-consciousness, expectancies, and the coping process. In T. M. Field, P. M. McCabe y N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping* (págs. 305-330).
- Carver, Ch., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 2, 267-283.
- Casas, J., Repullo, J. y Lorenzo, S. (2002). Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Calidad Asistencial*, 17, 4, 237-246.
- Cattanach, L., y Tebes, J. K. (1991). The nature of elder impairment and its impact on family caregivers' health and psychosocial functioning. *Gerontologist*, 31, 246-255.
- Chang, E. C., D'Zurilla, T. J. y Maydeu-Olivares, A. (1994). Assessing the dimensionality of optimism and pessimism using a multimeasure approach. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 143-160.
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., MacKenzie, R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 373-383.
- Cherniss, C. (1980). *Profesional burnout in human service organizations*. Nueva York: Praeger.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marck (Eds.), *Professional burnout. Recent developments in theory and research* (págs. 135-149). Washington: Hemisphere.

- CIE 10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. O.M.S. Madrid: Meditor, D.L.
- Ciudad, A. (1999). Envejecimiento y salud: el papel de la familia y las instituciones. *Metas*, 19, 47-51.
- Cohen, S. y Ashby, T. (1985). Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 2, 310-357.
- Cohen, C. A., Gold, D. P., Shulman, K. I., Wortley, J. T., McDonald, G. y Wargon, M. (1993). Factors determining the decision to institutionalize dementing individuals: A prospective study. *Gerontologist*, 33, 6, 714-720.
- Collado, T. y Romero, A. (2000). Análisis y evaluación de un servicio de estancias temporales en residencias de ancianos. *Geriatría y Gerontología*, 35, 2, 89-94.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints and disease: the bark worse than the Bite? *Journal of Personality*, 55, 299-315.
- Cox, T. (1978). *Stress*. Nueva York: Mc Millan.
- Crespo, M. y Cruzado, J. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 92, 797-830.
- Crespo, M. y Labrador, F. (2003). *Estrés*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Crosby, F. (1982). *Relative Deprivation and Working Women*. Nueva York: Oxford University Press.
- Crowne, D. P. y Marlow, D. (1964). *The approval motive. Studies in evaluative dependence*. Nueva York: Wiley.
- Cruz, P. (1990). *Situación social de los viejos en España*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Cummings, J. L. y Benson, D. F. (1983). *Dementia a clinical approach*. Boston: Butterworths.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg Thompson, S., Carusi, D. A. y Gorabain, I. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308-2314.
- Darias, S. y Leal, M. (1999). Ciclos de vida, estrés y enfermedad. *Enfermería Científica*, 206-207, 79-83.
- De la Peña, E., Sanz, J., Garrido, J., Carvajal, J., Galán, R. y Herrero, A. (2002). Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. *Enfermería Clínica*, 12, 2, 59-64.

- Delongis, A., Folkman, S. y Lazarus, S. (1988). The impact of daily stress on Health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 486-495.
- Delongis, A., Coyne, J., Dakof, G., Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts and major life events to health status. *Health Psychology*, 1, 119-136.
- Díaz, N., Mendo, T. y Vázquez, C. (2003). El síndrome de Burnout en enfermeras de los servicios hospitalarios de la provincia de Trujillo. *Psiquiatría.Com*, 7, 2.
- Díaz, E. y Rubio, S. (2003). Mujer y salud laboral. En Sánchez, M. P. (Dir.). *Mujer y salud. Familia, trabajo y sociedad* (págs. 91-104). Madrid: Díaz de Santos.
- Diener, E. y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- Diener, E. y Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 1, 71-75.
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Dohrenwend, B. S. y Dohrenwend, B. P. (Eds.) (1981). *Stressful life events and their contexts*. Nueva York: Prodist.
- Domínguez, C. (1998). Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. *Index de Enfermería*, 23, 15-21.
- Domínguez, M., Muñoz, C., Miralles, J., Fabregat, P., Andreu, C. y García-Navarro, J. (2000). Valoración de la satisfacción de los usuarios finales de un programa de atención domiciliaria. *Geriatría y Gerontología*, 35, 1, 18-21.
- Duquette, A., Kérouac, S., Sandhu, B. K., Ducharme, F. y Saulnier, P. (1995). Psychosocial determinants of burnout in geriatric nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 5, 443-456.
- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- DSM IV- TR (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson. Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.) (1994). *Manual de Psicopatología*. (2 Vol.) Madrid: McGraw-Hill.

- Endler, N. S. y Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Equipo Profesional de la Residencia de Mayores de Aragón. (2003). La repercusión de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias sobre los cuidadores. *Social XXI*, 5.
- Erera, P. I. (1996). Coping with stress: public welfare supervisors doing their best. *Human Relations*, 49, 2, 157-170.
- Eric, A., Mundet, X., Amandans, L., Jacas, C., Solans, R., Selva, A. y Vilardell, M. (2000). Cribalidad funcional de las personas mayores en la atención primaria de salud. Instrumentos de valoración geriátrica predictores de deterioro en las actividades básicas de la vida diaria y la calidad de vida. Análisis Multivariable. *Geriatría y Gerontología*, 35, 1, 18-21.
- Escobar, B. (1999). Estrés en enfermería: del cuidado del estrés, al estrés del cuidador. *Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología*, 70, 7-15.
- Escribà, V. y Bernabé, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Salud Pública*, 76, 595-604.
- Espín, A. (2004). Carga del cuidador. *Programa Iberoamericano de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (CITED)*. Cuba: Gericuba Online.
- Estévez, G., Fariña, E., Marrero, C., Rodríguez, B., Bartolomé, T. y Hernández, P. (2004). Proyecto de investigación: Evaluación del Síndrome de *Burnout* entre los profesionales de unidades geriátricas de la red pública de Canarias. *Geriatría y Gerontología*, 39, 2, 59-124.
- Evans, B. K. y Fischer, D. G. (1993). The nature of Burnout: a study of the three-factor model of burnout in human service and non-human service samples. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 1, 29-38.
- Everly, G. S. (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nueva York: Plenum.
- Eysenck, H. J. (1991). Dimensions of personality: 16, 5, or 3?- Criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12, 773-790.
- Eysenck, H. J., y Grossarth-Maticek, R. (1991). Creative novation behaviour therapy as a prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease: Part II—Effects of treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 1, 17-31.
- Fernández, E. y Bermúdez, J. (1999). Estructura factorial del optimismo y pesimismo. *Boletín de Psicología*, 63, 7-26.

- Fernández Castro, J. y Blasco Blasco, T. (2003). Instrumentos para la valoración del estrés. En T. Gutiérrez, R. M.^a Raich, D. Sánchez y J. Deus (Coords.), *Instrumentos de evaluación en psicología de la salud* (págs. 95-116). Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Fernández, B., Menezes, V. y Ramos, F. (2001). El síndrome de burnout en cuidadores formales de ancianos. *Intersiquis*, 2.
- Fernández, J. Siegrist, J., Rödel, A. y Hernández, R. (2003). El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Atención Primaria*, 31, 8, 524-526.
- Ferrer, F. (2001). Estrés en profesionales de enfermería de nueva incorporación. *Rol de Enfermería*, 24, 3, 177-180.
- Firth, H., Mckeown, P., McIntee, J. y Britton, P. (1987). Professional depression, burnout and personality in longstay nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 24, 3, 227-237.
- Flórez, J. (1999). *El médico ante la familia y el enfermo de Alzheimer*. Madrid: Internacional de Ediciones y Publicaciones, S.A.
- Flórez, J. (2001). *Los enfermos silentes en el Alzheimer: aspectos clínicos y psicoterapéuticos*. Madrid: Entheos.
- Flórez, J. (Ed.) (1999b). *Personalidad, estrés y cáncer*. Madrid: Ediciones Ergón, S.A.
- Flórez, J., Adeva, J., Valdés, C., Maujo, B. y Martínez, P. (1999). Programas de estimulación psicosocial en cuidadores ("Gerocultores"). *Geriátrika*, 15, 2, 45-53.
- Folkman, S. (1982). An approach to the measurement of coping. *Journal of Occupational Behaviour*, 3, 95-107.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of coping questionnaire* Palo Alto. CA. Consulting Psychologists Press.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fornés, J. (1994). Respuesta emocional al estrés laboral. *Rol de Enfermería*, 186, 31-39.
- Fornés, J. (2003). Enfermería en salud mental. Cómo cuidar al cuidador y a nosotros mismos. *Enfermería Global*, 2.
- Fornés, J., Ponsell, E. y Guasp, E. (2001). Ansiedad y estrés en enfermería. *Rol de Enfermería*, 24, 1, 51-56.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

- Fuqua, R. y Couture, K. (1986). Burnout and focus of controlling child day care staff. *Child Care Quarterly*, 15, 2, 98-109.
- García, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7, 18, 3-12.
- García, C y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, 6, 586-592.
- García, M., Llor, B. y Sáez, C. (1994). Estudio comparativo de dos medidas de burnout en personal sanitario. *Anales de Psiquiatría*, 10, 5, 180-184.
- García, I., Moreno, F., González, S., Ramírez, E., Das, I. y García, S. (2004). Estereotipos hacia las personas mayores por parte de diferentes categorías profesionales en un centro de demencias. *Geriatría y Gerontología*, 39, 2, 59-124.
- Garre, J., Hernández, M., Lozano, M., Vilalta, J., Turón, A., Cruz, M., Camps, G. y López, S. (2000). Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Neurología*, 31, 06, 0522.
- Gil, J. y López, F. (1999). Estrés y salud. En Simon, M. (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Estrés, conducta y enfermedad*. (págs. 351-365). Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2002). The influence of gender on the development of Burnout syndrome process in nursing professionals. *Psicología em Estudo*, 7, 1, 3-10.
- Gil, J., García, E. y Rodríguez, G. (2001). *Análisis discriminante*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Gil-Monte, P. R. (1994). El Síndrome de burnout. Un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de la Laguna.
- Gil-Monte, P, Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1993). Estrés de rol y autoeficacia como variables antecedentes en el síndrome de burnout en profesionales de enfermería. En L. Munduate y M. Baron (Comp.), *Gestión de recursos humanos y calidad de vida laboral* (págs. 231-241). Sevilla: Eudema.
- Glaser, R., MacCullum, R. C., Laskowski, B. F., Malarkey, W. B., Sheridan, J. F. y Kiecolt Glaser, J. K. (1985). Evidence for a shift in the Th-1 to Th-2 cytokine response associated with chronic stress and aging. *Journals of Gerontology*, 56, 8, 477-482.

- Glogow, E. (1986). Research Note: Burnout and locus de control. *Public Personnel Management*, 15, 1, 79-83.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Slough: National Foundation for Educational Research.
- Goldberg, D. y Williams, P. A. (1988). *User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: National Foundation for Educational Research-Nelson.
- González, M. (1997). Morbilidad psiquiátrica en los familiares cuidadores de ancianos con demencia. Tesis doctoral. Departamento de Psiquiatría. Universidad Complutense de Madrid.
- González, P. (2004). Estilos de afrontamiento y nivel de ansiedad. *Interpsiquis*.
- González, P., Fontecha, B. y Pujol, J. (2000). Deterioro leve: ¿un paso intermedio entre la normalidad y la enfermedad de Alzheimer?. *Geriatría y Gerontología*, 35, 3, 26-31.
- González, B., Franquet, D., Zaragoza, J., Altadill, A. y Galiana, M. (2000). Prevalencia de demencia en una unidad de Hospital de Día: sobrecarga del cuidador y consumo de recursos sociosanitarios al alta. *Geriatría y Gerontología*, 35, 1, 14-17.
- Golembiewski, R. T. (1984). An orientation to psychological Burnout: probably something old, definitely something new. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, 153-161.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F. y Stevenson, J. G. (1986). *Stress in organizations*. Nueva York: Preager.
- Gómez-Busto, F., Ruiz de Alegría, L., Martín, A. B., San Jorge, B. y 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 Española de Geriatría y Gerontología*, 34, 3, 141-149.
- Goñi, A., Artaso, B. y Gómez, A. (2003). Diferencias cognitivas, funcionales y conductuales en la demencia Alzheimer y no Alzheimer. *Anales de Psiquiatría*, 19, 1, 5-10.
- Grad, J. y Sainbury, P. (1963). Mental illness and the Family. *Lancet*, 1, 544-547.
- Grafström, M., Winblad, B., Homma, A. y Rossor, M. (1995). International comments on "Guidelines for addressing ethical and legal issues in Alzheimer Disease research". *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 9, 188-92.
- Graham, H. (1983). Caring: A labor of love. In J. Finch y D. Groves (Eds.), *A Labour of Love: Women, Work, and Caring* (págs. 13-30). London: Routledge and Kegan Paul.

- Gray-Toft, P. y Anderson, J. G. (1981). Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. *Social Science and Medicine*, 15, 639-647.
- Greenglass, E. R. y Burke, R. J. (1988). Work and family precursors of burnout in teacher: sex differences. *Sex Roles*, 18, 215-229.
- Guimarães, O. y Partezani, R. (1999). Representaciones del cuidador familiar ante el anciano con ACV. *Rol de Enfermería*, 22, 6, 453-464.
- Guralnik, J. M., Seeman, T. E., Tinetti, M. E., Nevitt, M. C. y Berkma, L. F. (1994). Validation and use of performance measures of functioning in a non disabled older population: MacArthur studies of successful aging. *Aging (Milano)*, 6, 410-419.
- Hachinski, V. C., Lassen, N. A. y Marshall, J. (1974). Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly. *Lancet*, 2, 207-210.
- Hagihara, A., Miller, A., Tarumi, K. y Nobutomo, K. (2003). El apoyo social tiene efectos positivos y negativos en la relación entre el estrés laboral y el consumo de alcohol. *Stress and Health*, 19, 4, 205-215.
- Haley, W. E. (1997). The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology*, 48, 25-29.
- Haley, W., Levine, E., Brown, S. y Bartolucci, A. (1987). Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging*, 2, 4, 323-330.
- Haley, W. E., Roth, D. L., Coletton, M. I., Ford, G. R., West, C. A. C., Collins, R. P. e Isobe, T. L. (1996). Appraisal, coping and social support as mediators of well-being in black and white family caregivers patients with Alzheimer's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1, 121-129.
- Halpin, G., Harris, K. y Halpin, G. (1985). Teacher stress as related to locus of control, sex and age. *Journal of Experimental Education*, 53, 3, 136-140.
- Hamarat, E., Thompson, D., Zabucky, K., Steele, D., Matheny, K. y Aysan, F. (2001). Perceived stress and coping resource availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adult. *Experimental Aging Research*, 27, 2, 181-196.
- Harris, V. S. y McHale, S. M. (1989). Family life problems, daily care taking activities and the psychological well-being of mothers of mentally retarded children. *Mental Retardation*, 94, 231-239.
- Harrison, W. D. (1985). A social competence model of burnout. En B. A. Faber (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions*. Nueva York: Pergamon Press.

- Harwood, D. G., Ownby, R. L., Burnett, K., Barker, W. W. y Duara, R. (2000). Predictors of appraisal and psychological well-being in Alzheimer's disease family caregivers. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6, 279-297.
- Hernández, L., González de Rivera, J., Rodríguez, M. y Romero, M. (2001). Estrés laboral y variables biomédicas. *Psiquiatría Noticias*, 3, 2.
- Hernández, G. y Olmedo, E. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome del "estar quemado" (burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología*, 22, 1, 121-136.
- Heru, A., Ryan, C. y Iqbal, A. (2004). Funcionamiento familiar en los cuidadores de pacientes con demencia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 6, 533-537.
- Herrera, C., Silverira, P., Díaz, M. y Lara, L. (1999). Aspectos psicológicos relacionados con la aparición del síndrome del cuidador. Supl. 3. Mediceuro. Santa Clara. Villa Clara.
- Herrero, M., Pascual, A. y Fernández, C. (1994). Ancianos con demencias. *Rol de Enfermería*, 185, 69-77.
- Hobfoll, S. E. y Freedy, J. (1993). Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Profesional burnout recent developments in theory and research* (págs. 115-129). Uk: Taylor y Francis.
- Holmes, T. y Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hornillos, M. (1995). *Hospitales de día geriátricos en España. Un estudio descriptivo de su estructura y funcionamiento*. Madrid: Universidad Complutense.
- Hooker, K., Monahan, D. J., Bowman, S. R., Frazier, L. D. y Shifren, K. (1998). Personality counts for a lot: Predictors of mental and physical health of spouse caregivers in two disease groups. *Journal of Gerontology*, 53B, 73-85.
- House, J. S. (1972). *The relationship of intrinsic and extrinsic work motivation to occupational stress and coronary heart disease risk* (tesis doctoral no publicada). University of Michigan.
- IMSERSO (1996). *Cuidados en la vejez: el apoyo informal*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- INE (1986). *Padrón municipal de habitantes 1986: nomenclator de las ciudades, villas, lugares*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- INE (1992). *España en cifras (1992)*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

- INE (2002). *Encuesta de población activa 2002: tratamiento de la información*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Isaacs, B. (1971). Geriatric patients: Do their families care? *British Medical Journal*, 4, 282-286.
- Izal, M. y Montorio, I. (1994). Evaluación del medio y del cuidador del demente. En Ser, T. del y Peña-Casanova, J. (Eds.), *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia* (págs. 201-222). Barcelona: Prous.
- Janssen, C. G. C., Schuengel, C. y Stolk, J. (2000). Perspectives on quality of life of people with intellectual disabilities: The interpretation of discrepancies between clients and caregivers. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 14, 1, 57-69.
- Jenkins, C. D. (1976). Recent evidence supporting psychologic and social risk factors for coronary disease. *New England Journal of Medicine*, 294, 987-1038.
- Jick, T. D. y Mitz, L. F. (1985). Sex differences in Work stress. *Academy of Management Review*, 10, 3, 408-420.
- Jones, D. M. (1983). Noise. En G. R. J. Hockey, *Stress and fatigue in human performance*. Chichester. John Wiley and Sons.
- Kaplan, R. M., Sallis, J. F. y Patterson, T. L. (1993). *Health and human behavior*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Karasek, R. A., Theorell, T., Schwartz, J., Pieper, C. y Alfwddsson, L. (1982). Job, psychological factors and coronary heart disease. *Advances in Cardiology*, 29, 62-67.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. y Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Keane, A., Ducette, J. y Adler, D. C. (1985). Stress in ICU and Non-ICU nurses. *Nursing Research*, 34, 4, 231-236.
- Kiecolt-Glaser, I. K. y Glaser, R. (1994). Caregivers, mental health and immune function. In: Light, E., Niederehe, G. y Lebowitz, B. D. (Eds.), *Stress Effects on Family caregivers of Alzheimer's Patients* (págs. 64-76), Springer Publishing Company, Nueva York.
- Kiecolt-Glaser, J., Glaser, R., Granvenstein, S., Malarkey, W. y Sheridan, J. (1996). Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older. *Proceedings of National Academy of Sciences of the United States of America*, 93, 3042-3047.

- Kiecolt-Glaser, J., Glaser, R., Shuttleworth, E. C., Dyer, C. S., Ogrock, B. S. y Speicher, C. E. (1987). Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's Disease victims. *Psychosomatic Medicine*, 49, 523-535.
- Kiely, W. F. (1972). Coping with severe illness. Psychosocial aspects of physical illness. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 8, 106-117.
- Kneier, A. W. y Temoshok, L. (1984). Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 145-155
- Kobasa, S. C. (1979). Personality and resistance to illness. *American Journal of Community Psychology*, 7, 413-423.
- Kortnizer, M. (1985). Type A behavior pattern. En W. D. Gentry, H. Benson y C. J. De Wolff (Eds.), *Behavioral Medicine: work, stress and health* (págs. 101-140). Dordrecht: Martinus Nijhoff Publ.
- Labrador, F. J. (1992). *El estrés: nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de Hoy.
- Lawton, M. P. (1971). The functional assessment of elderly people. *Journal of American Geriatrics Society*, 19, 465-481.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M. y Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44, 61-71.
- Lazarus, R. S. (1974). Psychological stress and coping in adaptation and illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5, 321-332.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée Brouwer.
- Lazarus, R. S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. In K. R. Scherer, A. Schorr, y T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, method, research* (págs. 37-67). Nueva York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. y Cohen, J. B. (1977). Environmental stress. En I. Aitman y F. Wohlwill (Eds.), *Human behavior and the environment: current theory and research*. Nueva York: Plenum.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer.

- Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 4, 375-389.
- Lee, R. T. y Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133.
- Leiter, M. P. (1988). Commitment as a function of stress reactions among nurses: A model of psychological evaluations of work settings. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7, 117-133.
- Leiter, M. P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 12, 2, 123-144.
- Leiter, M. P. (1992). Burnout as a crisis in professional role structures: measurement and conceptual issues. *Anxiety, Stress and Coping*, 5, 1, 79-93.
- Linn, B. S., Yager, J., Cope, D. y Leake, B. (1985). Health status, job satisfactions, job stress and life satisfactions among academic and Clinical faculty. *Journal of the American Medical Association*, 245, 19, 2775-2782.
- Lobo, A. y Muñoz, P. E. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. David Goldberg y Paul Williams. Versiones en lengua española validadas*. Barcelona: Masson, S.A.
- Long, C., Krisztal, E., Rabinowitz, Y., Gillispie, Z., Oportot, M. y Tse, C. (2004). Caregiver stress and physical health: The case for stress management therapy. *Clinical Psychologist*, 8, 1, 22-28.
- López, M., Ariza, G., Sánchez del Corral, F., Sanz, E., Ripoll, M. y García, M. (2005). Proyecto para mejorar la calidad asistencial al paciente geriátrico en la urgencia hospitalaria. Primera fase: priorización de problemas. *Geriatría y Gerontología*, 40, 1, 63-118.
- López, S, Vilalta, J. y Llinàs, J. (2001). *Manual de demencias*. Barcelona: Pros Science.
- López, P., Viloria, A., Pallardo, B., Cerrada, A., Lárado, M. y Ribera, J. (2000). Perfil clínico y social en cuidadores de una unidad de ayuda a domicilio geriátrica (UADG). *Geriatría y Gerontología*, 35, 1, 18-21.
- Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Manzano, G. (1998). Estrés en personal de enfermería. Tesis Doctoral. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Manzano, G. y Ramos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 2, 197-213.

- Manzano, G. y Ramos, F. (2001). Profesionales con alto riesgo de padecer Burnout: enfermeras y secretarias. *Psiquiatría.Com*, 2.
- Margallo, M., Reichelt, K., Hayes, P., Lee, L., Fossey, J. y O'Brien, J. (2001). Longitudinal comparisons of depression, coping, and turnover among National Health Service and private sector staff caring for people with dementia. *British Medical Journal*, 322, 7289, 769-770.
- Marshall, G. N., Wortman, C. B., Kusulas, J. W., Hervig, L. K. y Vickers, R. R. (1992). Distinguishing optimism from pessimism: Relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1067-1074.
- Martín, M. y Artaso, B. (1998). La sobrecarga de los familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Informaciones psiquiátricas*, 153-154, 417-425.
- Martin, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P. y Taussing, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- Martínez, J. (2004). *Estrés laboral*. Madrid: Prentice Hall.
- Martínez, J. y Khachaturian, Z. (2001). *Alzheimer XXI: Ciencia y Sociedad*. Barcelona: Masson.
- Maslach, C. (1982). *Burnout. The cost of caring*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Maslach, C. (2001). Burnout. En Organización Internacional del Trabajo (Ed.), *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (págs. 74-75). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1982). Burnout in health professions: a social psychological analysis. In *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1984). Patterns of burnout among a national sample of public contact workers. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, 189-212.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex roles*, 12, 7-8, 837-851.
- Maslach, C. y Pines, A. (1977). The burnout syndrome in day care setting. *Child Care Quarterly*, 6, 100-113.

- Masson, J. W. (1968). Organization of psychoendocrine mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 30, 365-808.
- Masson, J. W. (1971). A reevaluation of the concept of “non-specificity” en stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 323-333.
- Matsuda, O. (1995). The effect of coping on the caregiver of elderly patients with dementia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 49, 209-11.
- Matthews, K. A. y Haynes, S. G. (1986). Type A behaviour pattern and coronary disease risk. *American Journal of Epidemiology*, 123, 923-960.
- Mayan, J., Gandoy, M., Clemente, M., Guzmán, J., García, F. y Mota, M. (2004). Determinantes de estrés laboral asistencial en los trabajadores de centros gerontológicos. Influencias para la formación y selección del personal. *Geriatría y Gerontología*, 39, 2, 10-58.
- Mechanic, D. (1978). The experience and expression of distress: The study of illness behavior and medical utilization. In D. Mechanic (Ed.), *Handbook of health care and the health professions* (págs. 591). Newark, Nueva Jersey: Free Press.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. (1982). Stress, coping and disease. En R. W. J. Neufeld (Ed.), *Psychological Stress and Psychopathology*. Nueva York: McGraw-Hill (versión castellana Psicopatología y Estrés, 1984. Barcelona: Toray).
- Miller, B., Townsend, A., Carpenter, E., Montgomery, R. V. J., Stull, D. y Young, R. F. (2001). Social support and caregiver distress. *Journal of Gerontology*, 56, 249-256.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in adult sample. *Journal of Personality*, 54, 2, 385-405.
- McCranie, E. W., Lambert, V. A. y Lambert, C. E. (1987). Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research*, 33, 6, 374-378.
- McGrath, A., Reid, N. y Boore, J. (1989). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 26, 4, 343-358.
- McLaney, M. A. y Hurrell, J. J. (1988). Control, stress and job satisfaction in Canadian nurses. *Work and Stress*, 2, 217, 224.
- Melamed, S., Harari, G. y Green, M. S. (1993). Type A behaviour, tension, and ambulatory cardiovascular reactivity in workers exposed to noise stress. *Psychosomatic Medicine*, 55, 185-192.
- Miller, S. (1987). Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.

- Miller, L. H. y Smith, A. D. (1997). *The Stress Solution*. Washington DC: American Psychological Association.
- Mingote, J. C. (1997). Síndrome de burnout; síndrome de desgaste profesional. *Monografías de psiquiatría*, 5.
- Mingote, J., Moreno, B. y Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica*, 123, 7, 265-270.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (1999). *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar. Encuesta a la población de 65 y más años. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)*. Madrid: IMSERSO.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (1999). *Residencias para Personas Mayores. Manual de orientación*. Madrid: IMSERSO.
- Montoro, J. (1999). Factores determinantes de la calidad del cuidado asistencial institucional a personas mayores y/o con discapacidad. *Papers*, 57, 89-112.
- Montorio, I. e Izal, M. (2000). *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Montorio, I., Izal, M., López, A. y Sánchez, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14, 2, 229-248.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y González, J. L. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4, 64-77.
- Moos, R. H. y Billings, A. G. (1982). Conceptualising and measuring coping resources and processes. En L. Goldberg y S. Breznitz (Eds.), *The handbook of stress: theoretical and Clinical aspects*. Nueva York: Free Press.
- Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1986). Life transitions and crises: A conceptual overview. In R. H. Moos y J. A. Schaefer (Eds.), *Coping with life crises: An integrated approach* (págs. 3-28). Nueva York: Plenum Press.
- Morris, L. W., Morris, R. G. y Britton, P. G. (1988). The relationship between marital intimacy, perceived strain and depression in spouse caregivers of dementia sufferers. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 231-236.
- Muñoz, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.
- Myers, D. G. y Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-19.
- Ochoa, E. (1998). Intervenciones psicosociales, demencias y enfermedad de Alzheimer: presente y futuro. *Geriatrka*, 14, 9, 33-37.

- Olmeda, M. y García, A. (2004). Demandas por estrés laboral en un Centro de Salud Mental. *Psiquiatría Noticias*, 6, 3.
- Orduña, M. y Gil, P. (1995). *Alzheimer. La enfermedad del olvido. Guía práctica sobre los cuidados que debe recibir una persona con enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: SEGG.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Carta Constitucional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ortega, C. y López, F. (2004). El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 1, 137-160.
- Palenzuela, D. (1990). *Personalidad y psicología clínica*. Universidad de Salamanca: Crisol.
- Palenzuela, D. L. (1991). Propiedades Psicométricas de la Escala de Expectativas Generalizadas de Control Percibido. Comunicación presentada al *II Simposium de Metodología de las Ciencias Humanas, Sociales y de la Salud*. Tenerife.
- Palomo, S., García, A., Huertas, R., Santolalla, I., Ciruelo, P. y Burguillo, S., (2000). Análisis descriptivo de la carga del cuidador según estadio cognitivo. *Geriatría y Gerontología*, 35, 1, 14-17.
- Pamplona, E., Pasamar, B., Tomeo, M., Fontana, B., Anadón, D. y García, S. (1999). El síndrome de burn-out en el personal de enfermería. *Anales de Ciencias de la Salud*, 1, 2, 57-64.
- Parasuraman, S. y Cleck, M. A. (1984). Coping behaviours and managers' affective reactions to role stressors. *Journal of Vocational Behavior*, 24, 179-193.
- Pardo Merino, A. y Ruiz Díaz, M. Á. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Aravaca (Madrid): McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.
- Pardo Merino, A. y Ruiz Díaz, M. Á. (2005). *Análisis de datos con SPSS 13 Base*. Aravaca (Madrid): McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.
- Parkes, C. (1998). Estrés, trabajo y salud: Características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En J. Buendía (Ed.), *Estrés laboral y salud* (págs. 79-117). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pearlin, L. I. y Schooler, C. (1978). The structures of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Peiró, J. M. (2005). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide.
- Peiró, J. M. y González-Roma, V. (1991). Role-set variables as antecedents of role stress: a causal model. *Revue Internationale de Psychologies Sociales*, 4, 29-44.

- Peiró, J. M. y Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Pelechano, V. (1991). Familia, stress y enfermedad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 55, 730-774.
- Pelechano, V. (Ed.) (1996). *Teorías de la personalidad I: Teorías*. Barcelona: Ariel.
- Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 58, 167-201.
- Pelechano, V. (1997). Personalidad y el binomio salud-enfermedad: una revisión conceptual selectiva. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 92, 751-795.
- Pelechano, V. (2000). Estrés y personalidad. En V. Pelechano (Dir.), *Psicología sistemática de la personalidad* (págs. 555-655). Barcelona: Editorial Ariel, S.A.
- Pelechano, V., Matud, P. y Miguel, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 71-72, 317-600.
- Pelechano, V., Matud, P. y De Miguel, A. (1994). Estrés no sexista, salud y personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 317-519.
- Pérez, C. (2001). *Técnicas estadísticas con SPSS*. Madrid: Prentice Hall.
- Pérez, C. (2005). *Técnicas estadísticas con SPSS 12. Aplicaciones al análisis de datos*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Pérez, M., Iruarizaga, I. y Camuñas, N. (2000). Prevención y control del estrés en el ámbito hospitalario. *Interpsiquis*, 1.
- Pérez, M., Palomo, S., Ganoso, J., Campos, J. y Anido, J. (1999). Abordaje de problemas conductuales en residencias asistidas. *Geriatría y Gerontología*, 34, 1, 78-87.
- Pérez López, C. (2005). *Métodos estadísticos avanzados con SPSS*. Madrid: Thompson España Spain.
- Pérez-Trullen, J. M., Abanto-Alda, J. y Labarta, M. (1996). El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Atención Primaria*, 18, 4, 194-202.
- Perrez, M. y Reicherts, M. (1992). A situation-behavior approach to stress and coping. En M. Perrez y M. Reicherts (Eds.), *Stress, coping and Health*. Seattle: Hogrefe and Huber Publ.
- Pfeiffer, E. A. (1975). Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal American Geriatric Society*, 23, 433-441.

- Pines, A. (1988). *Keeping the spark alive: preventing burnout in love and marriage*. Nueva York: St. Martin Press.
- Pines, A y Aronson, A. (1988). *Career burnout: causes and cures* (2ª Ed.). Nueva York: The Free Press.
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: from tedium to personal growth*. Nueva York: The Free Press.
- Poulshock, S. W. y Deimling, G. T. (1984) Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden. *Journals of Gerontology*, 39, 230-239.
- Prieto, A., Cabal, A., Álvarez, M. y Maújo, B. (1998). El estrés laboral del cuidador profesional. Consecuencias psicofísicas. *Geriatría y Gerontología*, 33, 1, 183-184.
- Prieto, A., Moro, R. y Maújo, B. (1999). Análisis de la incapacidad temporal de los gerocultores considerando su edad y antigüedad profesional. *Geriatría y Gerontología*, 34, 1, 7-10.
- Pruchno, R. A. (1990). The effects of help patterns on the mental health of spouse caregivers. *Research on Aging*, 12, 51-71.
- Pujol, J., Fontecha, B., Galí, N. y Martínez, M. (2000). Sintomatología afectiva en cuidadores de pacientes con deterioro cognitivo. *Geriatría y Gerontología*, 35, 1, 14-17.
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de burnout*. Madrid: UNED.
- Ramos, F., De Castro, R., Galindo, A. y Fernández, M. (1998). Síndrome del desgaste profesional. *Mañe Medicina*, 9, 189-196.
- Ramió, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Cataluña*. Universidad de Barcelona.
- Reig, A. (1998). *Calidad de vida y estrés en cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer*. XI Jornadas Internacionales sobre Psicología Clínica y Salud: Empleo, Estrés y Salud. Murcia.
- Reig, A., Caruana, A. y Peralba, J. (1989). Estudio comparativo de estresores profesionales en personal de enfermería español y norteamericano. *Enfermería Científica*, 91, 4-14.
- Rejean, H., Louise, L., Jean, V., Jean-Pierre, L., Francine, D., Carole, J., Michel, P., Louis, V. y Marie-France, D. (2003). Efficacy of a Psychoeducative Group Program for Caregivers of Demented Persons Living at Home: A Randomised Controlled Trial. *Journals of Gerontology*, 58B, 1, 58-67.

- Reker, G. T. y Wong, P. T. P. (1988). *Personal optimism and positive life events: moderators of life stress in middle-aged and older adults*. Unpublished data. Trent University. Peterborough, Ontario. Canada.
- Reker, G. T. y Wong, P. T. P. (1985). Personal optimism physical and mental health: The triumph of successful aging. En J. E. Birren y J. Livingston (Eds.), *Cognition, stress and aging* (págs. 134-173). Englewood Cliffs. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Revuelta Pérez, F. y Andújar Barroso, R. T. (2005). Adaptación al español de la Escala de Satisfacción Vital. Original no publicado.
- Revuelta Pérez, F. y Andújar Barroso, R. T. (2005). Adaptación al español del Test de Orientación Vital Revisado. Documento no publicado.
- Revuelta Pérez, F. y Andújar Barroso, R. T. (2005). Estudio de las propiedades psicométricas de una Entrevista de Carga para Cuidadores Formales. Documento no publicado.
- Ribera, D., Cartagena, E. y Reig, A. (1987). Frustración profesional en Enfermería. *Enfermería Científica*, 68, 27-37.
- Richardsen, A. M., Burke, R. J. y Leiter, M. P. (1992). Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety Stress Coping*, 5, 1, 55-68.
- Ribera, D., Cartagena, E., Reig, A., Roma, M. T., Sans, I. y Caruana, A. (1993). *Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería. Estudio empírico en la provincia de Alicante*. Alicante: Secretariado de Publicaciones. Universidad de Alicante.
- Robinson, K. M. (1990). Predictors of burden among wife caregivers. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 4, 189-203.
- Rodin, B. y Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.
- Rodríguez Marín, J. (1993). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, M. (2005). Implicaciones para el personal de salud de las situaciones dilemáticas. *Interpsiquis*.
- Rodríguez, S. y Castellano, A. (1995). *Intervención clínica y psicosocial en el anciano*. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS Editores, S.L.
- Roger, D., Jarvis, G. y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, Whole, 609.

- Rout, U. (2001). Estrés laboral en profesionales de la salud. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (págs. 93-108). Madrid: Pirámide.
- Ruipérez, I. y Llorente, P. (1996). *Guía para Auxiliares y Cuidadores del Anciano. Fundamentos y procedimientos*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Sánchez, M. (2003). Temores y ansiedades que despierta la tarea de cuidar ancianos. *Tiempo*, 13. Argentina: Octubre. Psicomundo.
- Sánchez, P., Mouronte, P. y Olazarán, J. (2001). Beneficios de un programa de formación del cuidador en la demencia: experiencia piloto desde la enfermería especializada. *Neurología*, 33, 5, 422-424.
- Sánchez, F., Rubio, J. y Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. *Boletín de Psicología*, 58, 7-17.
- Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B. (1993). Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. En J. Buendía (Ed.), *Estrés y psicopatología* (págs. 148-180). Madrid: Pirámide.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (vol. 2) (págs. 4-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Santos, J. y Palacios, D. (2001). *Manual de formación para gerocultores*. Madrid: Síntesis.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 5, 219-247.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome Expectancies on Health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M., Carver, Ch. y Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 6, 1063-1078.
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K. y Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.

- Showers, C. y Ruben, C. (1990). Distinguishing defensive pessimism from depression: Negative expectations and positive coping mechanisms. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 385-399.
- Schulz, R. y Williamson, G. M. (1991). A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers. *Psychology and Aging*, 6, 569-579.
- Schwab, R. L., Jackson, S. E. y Schuler, R. S. (1986). Educator burnout dources and consequences. *Educator Research Quarterly*, 10, 15-30.
- Segerstrom, S y Miller, G. (2004). El estrés psicológico altera el sistema inmunitario humano. *Psychological Bulletin*, 130, 4, 601-630.
- Seijo, P., Coros, L., Álvarez, G. y Vázquez, A. (1999). Formación en actitudes positivas de futuros trabajadores de servicios gerontológicos. *Geriatría y Gerontología*, 34, 1, 78-87.
- Seltzer, J. y Numerof, R. E. (1988). Supervisory leadership and subordinate burnout. *Academy of Management Journal*, 31, 2, 439-446.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. Nueva York: McGraw Hill.
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora (Original 1956).
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworth.
- SESPAS (1995). *La salud y el sistema sanitario en España: informe SESPAS 1995*. Navarro, C., Cavases, J. M. Y Tormo, M. J. (Eds.). Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- Snyder, C. R., Irving, L. M., Sigmon, S. T. y Holleran, S. (1993). Reality negotiation and valence linkage self theories: Psychic Showdown at the I'm OK corral and beyond. En L. Monrada, S. H. Filipp, M. Lerner (Eds.), *Crises and loss experiences in the adult years*. Hillsdale, Nueva Jersey: Erlbaum.
- Solano, M., Hernández, P., Vizcaya, M. y Reig, A. (2002). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva*, 13, 1, 9-16.
- Spector, R. (1982). Behaviour in organizations as a function of employees locus of control. *Psychological Bulletin*, 91, 482-497.
- Step toe, A. (1991). Psychological coping, individual differences and physiological stress responses. En C. L. Cooper y R. Payne (Eds.), *Personality and stress: individual differences in the stress process* (págs. 205-233). Nueva York: John Wiley y Sons.

- Stone, A-A., Kenndy-Moore, E., Newman, M., Greenberg, M. y Nealf, J. M. (1988). Conceptual and methodological issues in current coping assessments. En B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping theory, research and application* (págs. 170-199). California: Sage Publications.
- Stuckey, J. C., Neundorfer, M. M. y Smyth, K. A. (1996). Burden and well-being. The same coin or related currency? *Gerontologist*, 36, 5, 686-693.
- Teri, L., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Buchner, D. M., Barlow, W. E. (2003). Exercise Plus Behavioral Management in Patients With Alzheimer Disease: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 290, 15, 2015-2022.
- Tinetti, M. E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 34, 2, 119-126.
- Topf, M. (1989). Personality hardiness, occupational stress, and burnout in critical care nurses. *Research in Nursing and Health*, 12, 179-186.
- Törestad, B., Magnusson, D. y Olah, A. (1990). Coping, control and experience of anxiety: an interactional perspective. *Anxiety Research*, 3, 1-16.
- Twigg, J. y Atkin, K. (1994). *Carers Perceived: Policy and Practice in Informal Care*. Open University Press, Buckingham, UK.
- Tyson, P. D y Pongruengphant, R. (1996). Avoidance as a coping strategy form nurses in Thailand. *Psychological Reports*, 76, 592-594.
- Urricelqui, A. y Sanz, A. (2000). Satisfacción laboral y factores asociados en el personal de Enfermería. *Rol de Enfermería*, 23, 5, 353-356.
- Valadez, M., Rodríguez, M., Jiménez, C., Cozar, V. y Márquez, N. (2004). Propuesta de mejora en el abordaje de trastornos de conducta en mayores institucionalizados. *Geriatría y Gerontología*, 39, 2, 59-124.
- Vallés, J., García-Arilla, E. y Manrique, J. (2000). Clasificación de pacientes mediante grupos relacionados con diagnósticos (GRD) en un servicio de geriatría. *Geriatría y Gerontología*, 35, 5, 269-276.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D. y Stewart, D. (1986). The Social Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14, 195-219.
- Vedhara, K., Shanks, N., Anderson, S. y Lightman, S. (2000). The role of Stressors and psychosocial variables in the stress process: a study of chronic caregiver stress. *Psychosomatic Medicine*, 62, 374-385.
- Vega, J. (1992). Relaciones entre generaciones. En V. Castro (Ed.), *Psicología de la Educación y Desarrollo*. Badajoz: Psicoex. IFAD.

- Verbrugge, L. M. (1986). Role burdens and physical health of women and men. *Women and Health*, 11, 47-77.
- Vila, J. (1997). Necesidades de los familiares de los pacientes con demencia.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Teri, L. y Maiuro, R. D. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 6, 392-402.
- Watson, D. y Clark, L. A. (1992). On traits and temperament: general and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 441-476.
- Weinberger, D. A., Schwartz, G. E. y Davidson, R. J. (1979). Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: Psychosomatic patterns and behavioral and physiological responses to stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 369-380.
- Weiss, J. M. (1971). Effect of coping behavior in different warning signal conditions on stress pathology in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 1, 1-14.
- Wilson, D. y Chiwakata, L. (1989). Locus of control and burnout among nurses in Zimbabwe. *Psychological Report*, 65, 1, 426.
- Williams, A. (1994). What bothers caregivers of stroke victims? *Journal of Neuroscience Nursing*, 26, 155-161.
- Williams, P. G., Wiebe, D. J. y Smith, W. S. (1991). Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health. *Journal of Behavioural Medicine*, 30, 237-255.
- Yanguas, J., Leturia, F. y Leturia, M. (2000). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del Psicólogo*, 76, 23-32.
- Yates, M. E., Tennstedt, S. y Chang, B. H. (1999). Contributors to and mediators of psychological well-being for informal caregivers. *Journal of Gerontology*, 54B, 12-22.
- Zanjonc, R. (1980). Feeling and thinking. *American Psychology*, 930, 35, 151-175.
- Zarit, J. M. y Zarit, S. H. (1982). Measurement of burden and social support. Paper presented at the Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America. San Diego, noviembre.
- Zarit, S. H. (1994). Methodological considerations in caregiver intervention and outcome research. In Light, E., Niederehe, G., Lebowitz, B. D. (Eds.), *Stress Effects on Family Caregivers of Alzheimer's Patients* (págs. 351-369). Research and Interventions. Nueva York: Springer.

- Zarit, S. H., Orr, N. K. y Zarit, J. M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease. Families under stress*. Nueva York: New York University Press.
- Zarit, S. H., Reever, K. E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.
- Zarit, S. H., Todd, P. A. y Zañt, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist*, 26, 260-266.