

Universidad de Huelva

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social



Aspectos psicológicos en cuidadores informales de personas dependientes : carga y afrontamiento del estrés

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

Lucas Domínguez Rodríguez

Fecha de lectura: 27 de enero de 2016

Bajo la dirección del doctor:

Francisco Revuelta Pérez

Huelva, 2016



Universidad de Huelva



Universidad
de Huelva

Aspectos Psicológicos en Cuidadores Informales de Personas Dependientes: Carga y Afrontamiento del Estrés

Programa de Doctorado Salud y Calidad de Vida

Memoria para optar al grado de doctor presentada por:
Lucas Domínguez Rodríguez

Director:
Dr. Francisco Revuelta Pérez

Huelva, 2015

Universidad de Huelva



Universidad
de Huelva

Aspectos Psicológicos en Cuidadores Informales de Personas Dependientes: Carga y Afrontamiento del Estrés

Programa de Doctorado Salud y Calidad de Vida

Memoria para optar al grado de doctor presentada por:
Lucas Domínguez Rodríguez

Director:
Dr. Francisco Revuelta Pérez

Huelva, 2015

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 comenzar agradeciendo 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. También destacar su ayuda en la obtención de la muestra necesaria para el estudio, poniéndome siempre en contacto con la persona o institución necesaria, así como su guía a través de los numerosos aspectos burocráticos necesarios para poder presentar este trabajo.

Doy las gracias a mi familia, padres y mis dos hermanos por apoyarme a lo largo de este camino y dotarme de los medios necesarios para afrontarlo. También agradecer su apoyo a mis amigos, en especial Cristina y Vanesa que han seguido con atención cada paso realizado del camino hasta el día de hoy.

También quiero dar las gracias al Centro de Salud Adoratrices de Huelva. Especialmente a su director en aquel momento, Francisco Atienza, y a Gema Sánchez ya que sin ella me hubiera sido imposible ponerme en contacto con todos los participantes del estudio. Mención también para todas las enfermeras del centro que colaboraron y me ayudaron en la recogida de datos. También importante fue la ayuda del médico residente Javier Bervel que me ayudó tanto en la recogida como en la codificación de los datos.

En definitiva a todos ellos y a todas las demás personas que saben que me han sido de ayuda a lo largo de la realización de esta tesis, gracias.

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO

1. Introducción	8
2. Concepto de cuidado	10
2.1. El cuidado informal	14
3. Concepto y modelos de estrés	34
3.1. Modelo de estímulo	37
3.2. Modelo de respuesta	40
3.3. Modelo transaccional	42
4. Aspectos psicofisiológicos relacionados con el estrés	46
5. Consecuencias psicológicas del estrés	49
6. Estrés, salud y enfermedad	55

ESTUDIO EMPÍRICO

7. Introducción	62
8. Objetivos generales	63
9. Objetivos específicos	64
10. Método	65
10.1. Participantes	65
10.2. Instrumentos	66
10.2.1. Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria (Barthel)	67
10.2.2. Entrevista de Carga para Cuidadores Informales (Zarit)	67

10.2.3. Cuestionario de Salud General GHQ 28	67
10.2.4. Evaluación del Apoyo Social (SSA)	68
10.2.5. Cuestionario COPE	68
10.2.6. Escala de Satisfacción Vital (ESV)	69
10.2.7. Test de Orientación Vital Revisado	69
10.2.8. Material informático	69
10.3. Selección de la muestra	70
10.4. Procedimiento de aplicación	70
10.5. Método estadístico	70
11. Resultados	71
11.1. Diferenciación grupal	71
11.1.1. Diferencias según sexo	71
11.1.2. Diferencias según edad	71
11.1.3. Diferencias según estado civil	72
11.1.4. Diferencias según titulación	73
11.1.5. Diferencias según relación entre cuidador y receptor	74
11.1.6. Diferencias según tiempo empleado en labores de cuidado	74
11.1.7. Diferencias según el tipo de ayuda recibida para el cuidado	75
11.1.8. Diferencias según salud autopercebida	76
11.2. Relaciones entre variables	77
11.2.1. Correlaciones entre variable sociodemográficas.....	77
11.2.2. Correlaciones entre variables psicológicas	78

11.2.3. Correlaciones entre variables psicológicas y sociodemográficas	78
11.2.4. Correlaciones entre los diferentes tests realizados.....	79
11.2.5. Correlaciones de los tests con las variables psicológicas y demográficas	79
11.2.6. Correlaciones entre las subescalas del Cuestionario COPE y las variables sociodemográficas	82
11.2.7. Correlaciones entre las subescalas del Cuestionario COPE y las variables psicológicas	84
11.3. Clasificación de variables en función del nivel de carga	87
11.3.1. Introducción conjunta de valores	88
11.3.2. Método por pasos	91
12. Discusión	95
12.1. Características de la muestra de cuidadores informales.....	100
12.1.1. Diferencias según sexo	100
12.1.2. Diferencias según edad	100
12.1.3. Diferencias según estado civil	101
12.1.4. Diferencias según titulación	103
12.1.5. Diferencias según relación entre cuidador y receptor	103
12.1.6. Diferencias según tiempo empleado en labores de cuidado	105
12.1.7. Diferencias según el tipo de ayuda recibida para el cuidado	106
12.1.8. Diferencias según salud autopercebida	107

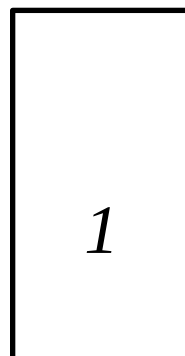
12.2. Relaciones entre variables	108
12.2.1. Correlaciones entre variable sociodemográficas.....	109
12.2.2. Correlaciones entre variables psicológicas	110
12.2.3. Correlaciones entre variables psicológicas y sociodemográficas	110
12.2.4. Correlaciones entre los diferentes tests realizados.....	111
12.2.5. Correlaciones de los tests con las variables psicológicas y demográficas	111
12.2.6. Correlaciones entre las subescalas del Cuestionario COPE y las variables sociodemográficas	114
12.2.7. Correlaciones entre las subescalas del Cuestionario COPE y las variables psicológicas	115
12.3. Clasificación de variables en función del nivel de carga	117
12.3.1. Introducción conjunta de valores	118
12.3.2. Método por pasos	119
 Anexo	 123
Bibliografía	146



Marco Teórico



MARCO TEÓRICO



Introducción



1. INTRODUCCIÓN

Los cambios que vienen produciéndose, desde hace más de un siglo, en cuanto a la morbilidad y a la mortalidad en las sociedades desarrolladas han tenido repercusiones individuales y sociales. Entre otras cosas, ha resaltado el fenómeno del cuidado con personas con determinadas limitaciones. Por supuesto, cuidar a un miembro de la familia o a alguien con quien se tiene amistad no es algo novedoso, lo mismo que trabajar con ese fin. Sin embargo, sí lo es el número de quienes han de asumir el papel de cuidador. En el primer caso se suele denominar al cuidado como informal y, en el segundo, como formal, aunque los límites conceptuales sobre este particular no siempre son diáfanos.

El cuidado de una persona puede revestir muy distintas formas, en cuanto a intensidad y tipo. Las situaciones de atención y ayuda pueden ir desde las leves, con cortos espacios de tiempo, hasta las que obligan durante las veinticuatro horas y con esfuerzos pequeños a otros de mucha mayor exigencia, con muy diversas tareas. Además, el período puede comprender desde algo no significativo a muchos años. Todo esto tiene repercusiones a distintos niveles (psicológico, de la salud, familiar, laboral y social).

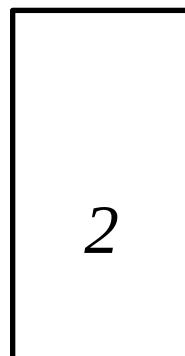
El creciente aumento de trastornos crónicos, susceptibles de originar dependencias, ha determinado un mayor interés en el estudio e investigación sobre los cuidadores informales. Existe una serie de aspectos que son los que más han interesado en este aspecto. Aparte del perfil, que suele ser el de mujer, está lo que se conoce como la *carga del cuidador*, que hace referencia a las repercusiones del cuidado de las personas mayores sobre la familia, cuyo comienzo data de los años sesenta del siglo pasado, como consecuencia de la implantación de la ideología comunitaria aplicada a los trastornos mentales. A este respecto, el instrumento más empleado ha sido la *Entrevista de Carga del Cuidador* (Zarit, Orr, & Zarit, 1985).

No obstante, también se han considerado otras características y variables mediadoras o moderadoras en las repercusiones del cuidado. Así, se ha encontrado una cierta relación entre el grado de discapacidad del afectado y el distrés psicológico, aunque existen otros factores que tienen su importancia, tales como si es varón o mujer

quien cuida, el optimismo disposicional, la autoestima, las estrategias de afrontamiento y la calidad de las relaciones previas entre el receptor de cuidados y la persona cuidadora.

El cuidado globalmente puede enmarcarse dentro de un modelo cognitivo-comportamental del estrés. En esencia cabe decir que se dan unas circunstancias potencialmente estresante que generarán una respuesta de estrés, con unas presumibles consecuencias en función de los estímulos, de la evaluación cognitiva que se realice y de otras variables como son los recursos disponibles, incluyendo en éstos tanto los concernientes a lo físico, como a lo ambiental, social y personal. Bajo este prisma se pretende llevar a cabo la presente investigación.

MARCO TEÓRICO



Concepto de cuidado



2. CONCEPTO DE CUIDADO

Guimaraés 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, cariño, servicio y trabajo, que se realiza a través de la capacidad del 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.

Según Vega se pueden diferenciar dos perspectivas (1992), a la hora de analizar las relaciones sociales, los cuidados y sus efectos sobre el individuo. Por una lado, la perspectiva de la red social, que da importancia a la estructura y el contexto 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 este 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 las relaciones interpersonales o de las 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. ej., 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 (Hunt, Ginzler & Barrett, 2004). 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 distintas 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 enfrentamiento 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 del 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 de estrés del cuidador, tales como, el suceso antecedente, las variables mediadoras y/o moderadoras 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 algún grado en la persona mayor. La misma 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 cuidado 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 las 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 a la percepción que el cuidador puede tener sobre los síntomas de la persona mayor, sino también a la percepción que la propia persona mayor puede tener sobre sus propios síntomas, elemento que puede contribuir a un afrontamiento más fácil o difícil de toda situación. No todos los cuidadores evalúan de la misma forma los cambios en su vida. El grado con que consideran aceptables o inaceptables estos cambios en la vida del cuidador son importantes a 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 de 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 como 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 cuidado 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. ej., en el cambio de 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 el 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.

2.1. EL CUIDADO INFORMAL

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 fundamental 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 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 reconoce 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 y el parentesco. Esta característica junto con la no remuneración han sido aspectos básicos esenciales en el cuidado informal.

Sin embargo, otras reflexiones acerca del contexto en que tienen lugar los cuidados, y especialmente la posibilidad de percepción de un *cuasi 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, 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, normas 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.

Para Vega (1992) la asignación del rol de cuidador 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. Cuando se dan todas estas circunstancias las mujeres se eligen más frecuentemente que los hombres para asumir el rol de cuidador. Las personas que asumen el rol de cuidador, indican tres motivos fundamentales por los que lo hacen. En primero 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 (Hunt, Ginzler & Barrett, 2004). 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 que el componente positivo del rol del 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 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. ej., 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. 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 un 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 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 la familia. 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 casa 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 apareció en etapas anteriores vuelve 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 ve 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 necesitada. Entre otras muchas, existen dos grandes tipos 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 una 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 conveniencia 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 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 ajuste de necesidades es una realidad propia de la demanda 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, 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 agradecido por otras personas o por la sociedad en general supone aún un dolor más insoportable. Es evidente que el enfermo no podrá corresponder afectivamente a todos los cuidados que recibe y eso suele ser algo difícil de aceptar, aunque fácil de comprender.

Algunos autores (Morris, Morris, & Britton, 1998) 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, levantarse 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 espacial y temporal), 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 entre 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, 1999). 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 Antonovsky (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 se puede 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, Fontecha, Galí y Martínez (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 (Haley, 1997; Pérez-Trullen, Abanto-Alda, & Labarta, 1996; Berg, Rauch, Rubio, & 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 (Berg et al., 1995; Haley, 1997) 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 ítems (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 ítems 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 la suya. 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. ej., 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 (Proot et al., 2003). 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 & 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, las sitúa ante un proceso de duelo que cada miembro vivirá a su manera. Y este proceso degenerativo amenaza con dos miedos universales, tanto el de perder la razón, como el de 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 (Proot et al., 2003). 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. ej., 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,

movilizando los 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.

En dos estudios realizados por Domínguez, Muñoz, Miralles, Fabregat, Andreu y García-Navarro (2000), se 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 y paliativos oncológicos 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, Vilorio, Pallardo, Cerrada, Lárado 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 años. Las variables estudiadas fueron la situación sociodemográfica, funcional y presencia de trastornos psicofisiológicos 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, con un nivel educativo básico, 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 psicótrópicos e hipotensores.

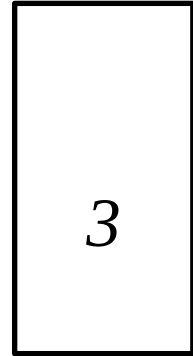
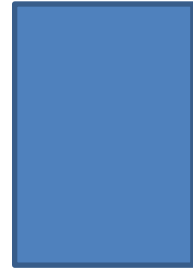
4. Los trastornos psicopatológicos del anciano que se correlacionan con mayor nivel de ansiedad del cuidador son la depresión, ansiedad y alteraciones del sueño, por lo que una intervención a nivel de estos síntomas podría disminuir la ansiedad de los cuidadores y mejorar su calidad de vida.

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.

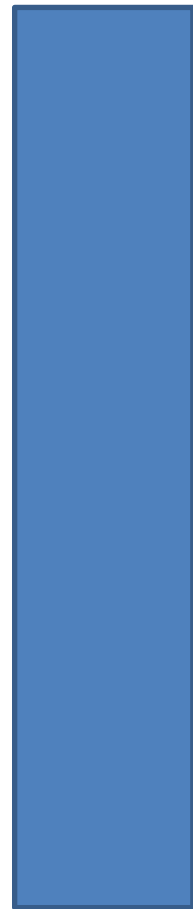
Según la investigación de Vallés, García-Arilla y Manrique (2000), tras estudiar los grupos relacionados con el diagnóstico más frecuente en una unidad de hospitalización de un servicio de geriatría, más de la mitad de pacientes se agrupan fuera de los diez grupos relacionados con el diagnóstico más frecuente 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 frecuente 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.

MARCO TEÓRICO



Concepto y modelos de estrés



3. CONCEPTO Y MODELOS DE ESTRÉS

A pesar de los múltiples estudios que se han dirigido a este término, aún hoy el conocimiento sobre el concepto de estrés resulta bastante difuso y heterogéneo, dado que la utilización abusiva del término ha contribuido notablemente a generar confusión.

Martínez (2004) estima que se utiliza el concepto de 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 acción 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 subjetiva, 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.

Se puede comenzar 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, Robert 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 dicha afirmación se produjeron conceptos básicos tales como carga, estrés y tensión. La carga (*load*) es entendida como las fuerzas externas, por ejemplo el peso. El estrés (*stress*) se refería al área de la estructura sobre la que recae la carga. Y la tensión (*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 ya en el siglo XIX cuando se presentan los conceptos de *stress* y *strain*, entendido en el ámbito de la Medicina, como antecedentes de pérdida de salud (Lazarus & 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. Posteriormente, Hans Selye introduce a mediados del siglo XX el *síndrome general de adaptación*, desarrollando en 1956 los conceptos de *eustrés* (*eustress*) y *distrés* (*distress*). Selye introduce el término estrés para referirse a la suma de cambios generales e inespecíficos que suceden en el organismo en respuesta a determinadas condiciones estimulares o situacionales.

Tras los planteamientos de Selye, el concepto de estrés fue configurándose de un modo médico. Sin embargo, el concepto actual de estrés usado desde la Psicología de la Salud es el resultado de la psicologización del concepto, llevada a cabo en un primero momento por Lazarus (1966) y más tarde 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 el proceso de afrontamiento cobra una 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 plantearse 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 destacadas como 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 de que existe mayor 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 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. En este sentido las repercusiones negativas del estrés (distress) 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.

3.1. MODELO DE ESTÍMULO

Crespo y Labrador (2003) evidencian que el ámbito del 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 teorizar sobre el concepto y los modelos de estrés, entre los que destacan, el del estímulo (Holmes & Rahe, 1967), el de la respuesta (Cannon, 1932, Seyle, 1956), y el de las transacciones (Lazarus & Folkman, 1986) -que parte de un producto interaccional y profundizan en un modelo procesual del estrés-. Sandín (1995) opina que mientras los enfoques fisiológicos y bioquímicos consideran al 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 fisiológico (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 a 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 mayor atención, se propusieron los factores psicológicos o subjetivos (cognitivos), un nuevo componente que media entre los factores estresantes y las respuestas fisiológicas de estrés. Crespo y Labrador (2003) consideran que el modelo transacciones 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. ej., 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 Dorenwend (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 familiares políticos o ir de vacaciones. Los dos últimos ítems parecen indicar que hechos de tono positivo también pueden conllevar demandas adaptativas importantes. Sin embargo, las pruebas de las posteriores investigaciones sugieren que los procesos 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 padecer 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 le da importancia a los sucesos menores, que también 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 clarificar 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 afrontamiento. Otra razón ha sido que la lista original de sucesos, por un lado es

bastante incompleta (p. ej., no existe ningún ítem que se refiera a la muerte de un hijo, son pocos los ítems 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. ej., los desastres naturales –terremotos, inundaciones– y las catástrofes provocadas por el hombre – guerra, inmigración, etc.-).

3.2. 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 a los estímulos estresantes (p. ej., sentirse presionado, amenazado), que constituye la definición de respuestas 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. ej., 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. ej., restricción física, restricción 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 de la homeostasis, entendida como la capacidad que tiene todo organismo para mantener 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. ej., 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, fundamentalmente fisiológicas:

1. La primera de ellas inicia cuando se identifica la situación de estrés como una amenaza y se denomina *reacción de alarma*, diferenciándose en 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 corticoesteroides con el objetivo de superar el acontecimiento de forma rápida, pudiendo terminar el síndrome general de adaptación en esta primera etapa, si el suceso queda 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 evitación 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, fue sugerida por los estudios 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.

3.3. 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 el 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 expectativas y creencias 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, para que una situación potencialmente estresante llegue a no 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 & 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 (Lazarus & Folkman, 1986). 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 & Labrador, 2003).

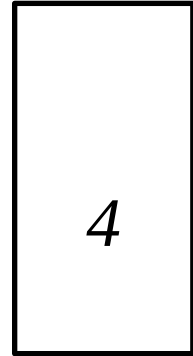
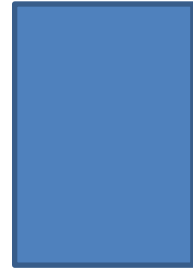
Recogiendo la concepción procesual se propone un modelo explicativo (presentado por Labrador, 1992) que intenta establecer la conexión entre las respuestas de estrés y la aparición de trastornos asociados al estrés. Este modelo integra la evaluación cognitiva de los estímulos, en la que se especifican 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). 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).

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

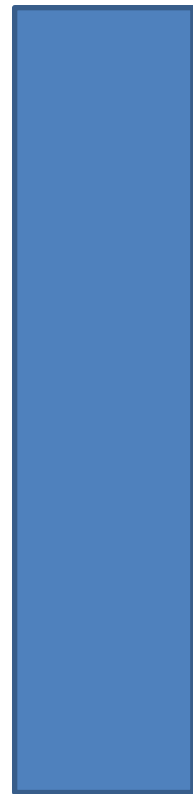
transaccional o mediacional del estrés, los estresores van a ocasionar una respuesta del individuo en función de los procesos cognitivos de éste. Por un lado, variables mediadoras que expresan su influencia y, por otro lado, variables moduladoras o moderadoras que atenúan o refuerzan la actividad, con lo cual se desencadenan conductas eficaces o ineficaces (enfermedad) (Gil-Monte & 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 trascurrida 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



*Aspectos psicológicos
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. ej., 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-hidroxycorticosteroides, 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:

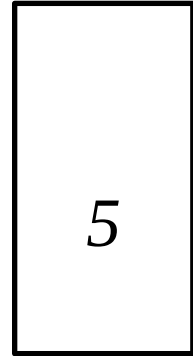
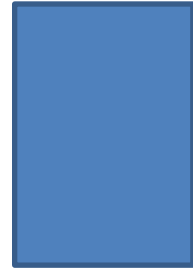
1. Eje neural: dilatación pupilar, secreción salivar escasa y espesa, sudoración copiosa, aumento de la tasa cardíaca, aumento de la contractibilidad del corazón, aumento de la rapidez del impulso cardíaco en el corazón, vasoconstricción de los vasos cerebrales y de la piel, vasodilatación de los vasos 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.

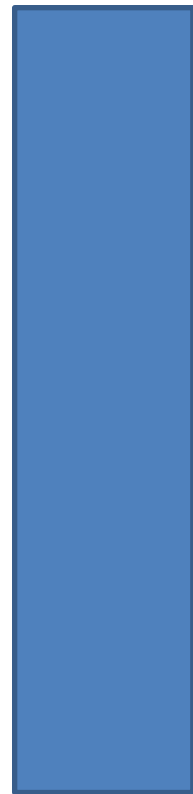
3. Eje endocrino: aumento de la producción de glucosa (glucogénesis), aumento de la irritación gástrica, aumento de la producción de urea, aumento de la liberación de ácidos grasos libres en sangre, supresión de los mecanismos inmunológicos, aumento de la producción de cuerpos cetónicos, exacerbación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



*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. ej., 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 & 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. ej., 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.

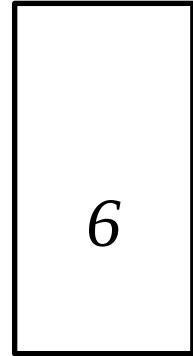
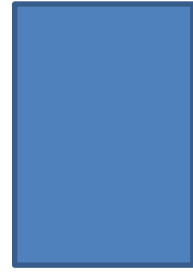
3. El estrés crónico es el estrés rutinario que agota a la persona a largo plazo, de forma cotidiana, anual, etc. (p. ej., cuidadores de enfermos crónicos, ancianos o dementes, personas en situación de marginación social, etc.). No obstante, algunas formas de estrés crónico podrían provenir de acontecimientos 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 & 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

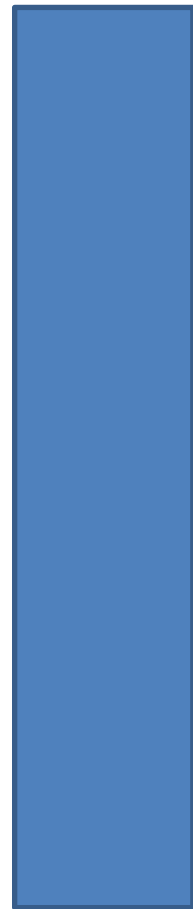
experiencia de estado de ánimo depresivo. En situaciones de estrés crónico, los sujetos frecuentemente acaban *acostumbrándose* y se olvidan que existe. Se ha constatado en cuidadores de enfermos que el mayor deterioro se produce en los primeros momentos, es decir, cuando la persona adquiere la condición 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



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. ej., longevidad o funcionamiento social), tendrá importancia o no algunos aspectos de la salud (p. ej., 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: es decir, entre los síntomas y los signos -aspecto que en la lengua inglesa está recogido en dos términos diferenciados: *disease* e *illness*-. El concepto *disease* se utiliza para designar un estado objetivo de trastorno orgánico (p. ej., 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, Matud, y de Miguel (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 Psychiatric 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-V) 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 & 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 & 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, & 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, & 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 & 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 enfermarse 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 & 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. ej., del abuelo).

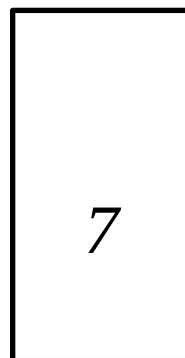
Palenzuela (1990) llama la atención sobre el concepto de conducta de ayuda (altruismo), especialmente de la reciprocidad, y el concepto de conducta de enfermedad, debido a los beneficios secundarios del enfermo crónico, ante la presión tan alta que genera la situación estresante y la respuesta de acudir a los servicios de salud, por parte del individuo (Ybema, Kuijer, Hagedoom, & Buunk, 2002). Básicamente, aun 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. ej., 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.



Estudio Empírico



ESTUDIO EMPÍRICO



Introducción



ESTUDIO EMPÍRICO

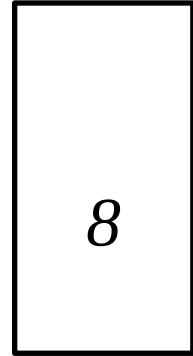
7. INTRODUCCIÓN

El cuidado informal ha cobrado un especial interés en la última década, gracias en parte a la ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención que ha dado, desde el año 2006, una mayor visibilidad a las personas en situación de dependencia y a sus cuidadores.

Por otra parte se ha dado un aumento progresivo del número de personas pertenecientes a los grupos de edad más avanzados, lo que provoca a su vez que cada vez más personas padezcan algún tipo de discapacidad.

Con el estudio llevado a cabo se pretende contribuir a un mejor conocimiento de esta realidad; en este caso concreto, referido a los cuidadores informales que necesitan emplear grandes cantidades de tiempo y esfuerzo 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



Objetivos generales

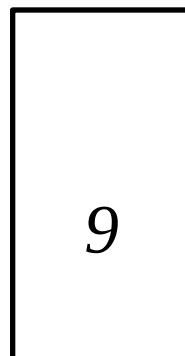


8. OBJETIVOS GENERALES

Tomando como marco de referencia los planteamientos propios de la Psicología de la Salud, en la que se concibe al organismo como una unidad en la que confluyen simultánea e interactivamente aspectos biológicos, psicológicos y sociales, se han determinado los objetivos que siguen:

1. Estudiar una muestra de cuidadores informales y encontrar las posibles diferencias existentes entre diversos subgrupos (en función del sexo, tipo de enfermedad y grado de discapacidad del receptor de cuidados, etc.)
2. Detectar las posibles variables que mejor ayuden a predecir las consecuencias en la salud derivadas del cuidado.
3. Hallar las posibles variables relevantes que puedan ayudar a explicar la pertenencia a subgrupos concretos en base a las consecuencias en la salud, con el mínimo error posible en la clasificación.
4. Encontrar relaciones significativas entre distintas variables.
5. Confeccionar, a partir de los resultados, pautas de intervención en el ámbito del cuidado.

ESTUDIO EMPÍRICO



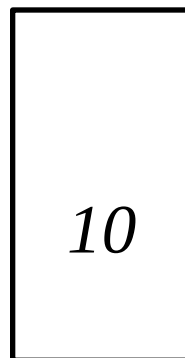
Objetivos específicos



9. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir una muestra de cuidadores informales, extraída de un Centro de Salud de Huelva.
2. Comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en los distintos instrumentos aplicados (Entrevista de Carga del Cuidador, 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, el grado de autonomía del receptor de cuidados y demás variables sociodemográficas y laborales recogidas.
3. Averiguar en la muestra cuáles son las variables que ayudan a explicar la pertenencia de los participantes en el grupo de los que han alcanzado una puntuación alta (25% superior) en la Entrevista de Carga del Cuidador o en el de los que la han obtenido baja (25% inferior).
4. 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.
5. Elaborar con los datos provenientes de los objetivos específicos 1, 2, 3 y 4 pautas de intervención en el ámbito del cuidado.

ESTUDIO EMPÍRICO



Método



10. MÉTODO

10.1. PARTICIPANTES

La muestra total está compuesta por 217 cuidadores todos residentes en la provincia de Huelva. Dentro de la misma el 83,4% son mujeres y el 16,6% hombres, de los cuales el 83,7% convive con la persona a la que cuida y las relaciones afectivas o familiares más comunes son las de hija (36,9%) y esposa (18,4%). La edad media de los cuidadores es de 62,45 años ($DT = 12.874$). Por su parte la amplitud de edades de la muestra iba desde los 33 años hasta los 85 y la moda es de 47 años ya que un total de 15 participantes tenían dicha edad.

Por lo que respecta a su formación académica el 51,2% de la muestra tiene una formación básica o carece totalmente de formación, sólo un 5% posee formación universitaria.

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

Con la edad se crearon 6 grupos con intervalos de 10 años. Así el primer grupo corresponde a las edades entre 33 y 42 años, el segundo a las edades comprendidas entre los 43 y los 52 años, el tercero entre los 53 y los 62 años, el cuarto entre los 63 y los 72 años, el quinto entre los 73 y los 82 años y el séptimo y último entre los 83 y los 92 años (véase la Tabla).

Tabla 1

Frecuencia y porcentaje de participantes según los grupos de edad formados

Subgrupos	Frecuencia	Porcentaje	Mujeres	Hombres
<i>Entre 33 y 42 años</i>	19	8,8%	19	0
<i>Entre 43 y 52 años</i>	50	23%	41	9
<i>Entre 53 y 62 años</i>	45	20,7%	37	8
<i>Entre 63 y 72 años</i>	48	22,1%	46	2
<i>Entre 73 y 82 años</i>	46	21,2%	35	11
<i>Entre 83 y 92 años</i>	9	4,2%	7	2

En cuanto 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.

En relación con la titulación se formaron tres grupos. El primero para aquellos con formación básica o inferior. Un segundo para formaciones medias de tipo no universitario y un tercero para aquellos con formación universitaria.

Con las variables de tiempo se han realizado grupos en base a la cantidad de tiempo destinado al cuidado de la persona dependiente (poco, bastante, mucho, muchísimo) el tiempo que lleva efectuando estas tareas (hasta 2 años, hasta 4 años, hasta 6 años, hasta 8 años, 10 o más años) o la cantidad de ayuda que recibe en las mismas (ayudas económicas, programas de respiro, ayuda a domicilio).

10.2. 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 debido a la elevada edad de gran parte de los participantes en un gran número de ocasiones se utilizó el formato entrevista para cumplimentarlas, en las cuales el entrevistador leía los ítems y ayudaba a la comprensión de los mismos en el caso de que fuera necesario, meramente especificando el significado de las palabras que se requiriesen, sin introducir ninguna idea o enfoque que pudiera sesgar la respuesta del participante. Asimismo, se indica que este trabajo ha servido para estudiar las propiedades psicométricas de uno de ellos, concretamente el referido al sentimiento de carga, por ser una versión con algunas modificaciones con respecto a las que se han publicado en español. La batería completa ha estado constituida por un *Cuestionario Sociodemográfico*, el *Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria* (Barthel & Mahoney, 1965), la *Entrevista de Carga para Cuidadores Informales* (Zarit, Orr & Zarit, 1985), en la versión de Revuelta (2005), el *Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-28)* (versión en español de Lobo & Muñoz, 1996), la *Evaluación del Apoyo Social* (Vaux, Philips, Holly, Thompson, Williams & Stewart, 1986; versión de Andújar & Revuelta, 2001), el *Cuestionario COPE* (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; versión de Crespo & Cruzado, 1997), la *Escala de*

Satisfacción Vital (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) y el *Test de Orientación Vital Revisado* (Scheier, Carver & Bridges, 1994; versión de Revuelta, 2005). Se detallan a continuación.

10.2.1. Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria (Barthel)

Como medida del nivel de dependencia se ha empleado el índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria (*Barthel & Mahoney, 1965*). Su consistencia interna se sitúa entre 0,86 y 0,92 y se compone de 10 ítems que expresan tareas cotidianas y en las que se debe valorar eligiendo entre 3 opciones que puntúan con 0,5 o 10 puntos, a menor puntuación obtenida mayor será el grado de dependencia de la persona.

10.2.2. Entrevista de carga para cuidadores informales (Zarit)

Se ha empleado la versión de 22 ítems (Zarit, Orr, & Zarit, 1985; versión en español de Revuelta, 2005). Es una adaptación de la Entrevista de Carga del Cuidador, pensada para cuidadores informales, desarrollada por Zarit *et al.* Inicialmente, constaba de 29 ítems (Zarit, Reeve & Bach-Peterson, 1980) y posteriormente se redujo a 22 elementos (Zarit, Orr & 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*.

10.2.3. 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

ítems. 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.

10.2.4. 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) (versión en español de Andújar y Revuelta, 2001). Este instrumento contiene un total de 23 ítems, 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).

10.2.5. 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 & 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 & Cruzado, 1997).

10.2.6. Escala de satisfacción vital (ESV)

Esta escala, desarrollada por 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 ítems, 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 ítems hasta el último. La versión que se aplica es de Revuelta (2005).

10.2.7. 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 ítems. 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).

10.2.8. Material informático

Además del software común de ofimática, como herramienta estadística específica se ha utilizado el programa PASW Statistics en su versión 18.

10.3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El período de selección de la muestra ha abarcado aproximadamente dos años, debido a las dificultades inherentes a la extracción de una muestra de estas características. La mayor parte de participantes provienen del centro de Salud Adoratrices en la ciudad de Huelva (147 participantes), la otra fuente de participantes usada fue el ZTS Andévalo, organismo de la Diputación de Huelva y cuya sede se encuentra en La Puebla de Guzmán (Huelva). En total se recogieron 217 encuestas.

10.4. PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN

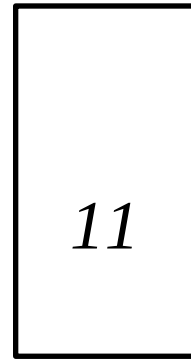
Para la aplicación de las pruebas se contactó telefónicamente con los cuidadores usuarios de los centros mencionados y se les solicitó la colaboración, con consentimiento informado, en nuestra investigación, en caso de aceptar, se les proponía una cita en el centro para que acudieran y cumplimentaran el cuestionario. En dicho procedimiento había un entrevistador que leía los ítems y también, en el caso de que fuera necesario, ofrecía el significado de palabras o expresiones. Este fue el método elegido debido a la elevada edad de la mayoría de los participantes lo que dificultaba que cumplimentaran el cuestionario sin ayuda.

De esta forma, y como algo común en este tipo de investigaciones, el hecho de que todos fueran participantes voluntarios sin posibilidad de realizar filtros previos o elecciones puras al azar de los sujetos será tenido en cuenta a la hora de interpretar los resultados obtenidos.

10.5. 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



11. RESULTADOS

11.1. DIFERENCIACIÓN GRUPAL

Se ha analizado la muestra de cuidadores informales 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 Informales*, 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 yafrontamiento 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.

11.1.1. Diferencias según sexo

En relación con el sexo, no han aparecido diferencias estadísticamente significativas respecto a los datos obtenidos en el presente trabajo.

11.1.2. Diferencias según edad

Con respecto a la edad se formaron 6 grupos con intervalos de 10 años. Así, el primer grupo corresponde a las edades entre 33 y 42 años; el segundo, a las edades entre los 43 y los 52 años; el tercero, entre los 53 y los 62 años; el cuarto, entre los 63 y los 72 años; el quinto, entre los 73 y los 82 años; y, el séptimo y último, entre los 83 y los 92 años. Este agrupamiento era el que permitía una mayor semejanza entre ellos en cuanto al número de sujetos, aparte de que parecían racionalmente lógicos tales agrupamientos en función de su etapa evolutiva.

En este caso se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en varias de las escalas del cuestionario COPE. Las escalas con diferencias significativas han sido *religiosidad* ($F = 5,780, p < 0,001$), *consumo de alcohol o drogas* ($F = 4,129, p < 0,001$) y *evasión* ($F = 1,462, p = 0,003$).

También se han obtenido diferencias significativas en la escala de disfunción social del Cuestionario de Salud General GHQ-28 ($F = 9,302, p < 0,001$).

11.1.3. Diferencias según estado civil

En el caso del estado civil había 5 grupos posibles: solteros (18,4%), casados (72,6%), separado (1,1%), divorciado (1,1%) y viudo (6.8%).

En este caso se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las escalas COPE de *búsqueda de apoyo social* ($F = 11,852, p < 0,001$), *religión* ($F = 9,372, p < 0,001$), *consumo de alcohol o drogas* ($F = 6,961, p < 0,001$), *planificación y afrontamiento activo* ($F = 8,575, p < 0,001$), *abandono de los esfuerzos de afrontamiento* ($F = 3,977, p = 0,004$), *centrarse en las emociones y desahogarse* ($F = 5,413, p < 0,001$), *aceptación* ($F = 8,381, p < 0,001$), *refrenar el afrontamiento* ($F = 7,601, p < 0,001$) *concentrar esfuerzos para solucionar la situación* ($F = 5,718, p < 0,001$), *crecimiento personal* ($F = 10,306, p < 0,001$), *reinterpretación positiva* ($F = 9,302, p < 0,001$), *actividades distractoras de la situación* ($F = 9,128, p < 0,001$), y *evasión* ($F = 6,698, p < 0,001$).

También hubo diferencias estadísticamente significativas en la escala total del GHQ28 ($F = 3,929, p = 0,004$) y en las escalas de *ansiedad e insomnio* ($F = 3,870, p = 0,005$), y *disfunción social* ($F = 5,442, p < 0,001$).

Asimismo, resultaron igualmente significativas las diferencias en los totales de las escalas de *Evaluación del Apoyo Social* ($F = 11,968, p < 0,001$), *Test de Orientación Vital* ($F = 7,465, p < 0,001$) y la *Escala de Satisfacción Vital* ($F = 4,391, p < 0,001$) (véase la Tabla 2).

Tabla 2

ANOVA de un factor para las diferencias según el estado civil del cuidador

	F	p
GHQ28	3,929	0,004
GHQ28 ansiedad	3,870	0,005
GHQ28 disfunción social	5,442	<0,001
COPE apoyo social	11,852	<0,001
COPE religión	9,372	<0,001
COPE alcohol o drogas	6,961	<0,001
COPE planificación y afrontamiento	8,578	<0,001
COPE abandono afrontamiento	3,977	0,004
COPE centrarse emociones y desahogarse	5,413	<0,001
COPE aceptación	8,381	<0,001
COPE refrenar afrontamiento	7,601	<0,001
COPE centrarse en soluciones	5,718	<0,001
COPE crecimiento personal	10,306	<0,001
COPE reinterpretación positiva	9,302	<0,001
COPE actividades distractoras	9,128	<0,001
COPE evasión	6,698	<0,001
Evaluación del apoyo social	11,968	<0,001
Satisfacción vital	4,391	0,002

11.1.4. Diferencias según titulación

Teniendo en cuenta los diferentes niveles de formación aparecieron diferencias estadísticamente significativas en la escala religión ($F = 7,270$, $p < 0,001$), abandono de los esfuerzos de afrontamiento ($F = 4,258$, $p = 0,003$), y centrarse en las emociones y desahogarse ($F = 5,133$, $p < 0,001$), todas ellas pertenecientes al cuestionario COPE.

También aparecieron diferencias estadísticamente significativas en la escala total del GHQ 28 ($F = 4,696$, $p < 0,001$) y en las subescalas de síntomas somáticos ($F = 4,723$, $p < 0,001$), disfunción social ($F = 5,606$, $p < 0,001$) y depresión grave ($F = 5,524$, $p = 0,002$).

11.1.5. Diferencias según relación entre cuidador y receptor

Según el tipo de relación entre el cuidador y el receptor aparecen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de la escala de Zarit ($F = 4,171$, $p < 0,001$). A su vez, dentro de las subescalas del GHQ 28 son significativas las diferencias en la subescala de ansiedad e insomnio ($F = 3,380$, $p < 0,001$).

En las diferentes subescalas del cuestionario COPE, resultan significativas la escala de búsqueda de apoyo social ($F = 3,865$, $p < 0,001$), la de religiosidad ($F = 5,261$, $p < 0,001$), la de humor ($F = 3,414$, $p < 0,001$), la escala de abandono de los esfuerzos de afrontamiento ($F = 3,807$, $p < 0,001$), la de aceptación ($F = 3,928$, $p < 0,001$), la de crecimiento personal ($F = 3,332$, $p < 0,001$), la escala de actividades distractoras de la situación ($F = 3,614$, $p < 0,001$) y la escala de evasión ($F = 3,078$, $p = 0,003$).

Además, también resultan significativas las escalas de Evaluación del Apoyo Social ($F = 3,157$, $p = 0,002$) y el Test de Orientación Vital ($F = 5,215$, $p < 0,001$).

11.1.6. Diferencias según tiempo empleado en labores de cuidado

Según el tiempo empleado en el cuidado se dan diferencias significativas en el esfuerzo físico requerido ($F = 9,188$, $p < 0,001$) y en el esfuerzo psicológico ($F = 23,551$, $p < 0,001$).

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de ansiedad e insomnio ($F = 6,033$, $p < 0,001$), del GHQ 28. Éstas también aparecen en las escalas de Satisfacción Vital ($F = 6,561$, $p < 0,001$) y el Test de Orientación Vital ($F = 8,520$, $p < 0,001$).

Dentro de las subescalas del cuestionario COPE, aparecen como significativas las diferencias en las escalas de planificación y afrontamiento activo ($F = 4,496$, $p = 0,005$), negación ($F = 8,694$, $p < 0,001$) y en la de concentrar esfuerzos para solucionar la situación ($F = 4,743$, $p = 0,003$).

11.1.7. Diferencias según el tipo de ayuda recibida para el cuidado

Si se tienen en cuenta las diferentes ayudas recibidas en el cuidado, se hallaron las siguientes diferencias estadísticas;

Para las ayudas económicas se encuentran diferencias significativas en las escalas de Satisfacción Vital, con un valor de la t de Student de 5,391 ($p < 0,001$), y también en la cantidad de esfuerzo psicológico ($t = -4,207$, $p < 0,001$).

Según si el participante disfrutara de ayuda a domicilio o no, aparecieron diferencias significativas en el estado de salud autopercebido antes de comenzar con las tareas de cuidado ($t = -3,368$, $p = 0,001$).

En la relación actual con le familiar también se dieron diferencias significativas ($t = -2,921$, $p = 0,004$). Además es necesario destacar, que según la prueba de Levene para este caso no hemos podido asumir varianzas iguales.

Si el participante disfrutaba de algún programa de respiro en las tareas de cuidado se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el estado de salud anterior a las labores de cuidado ($t = -3,666$, $p < 0,001$).

Por último, en los casos en los que disfrutaban de sustituciones en sus labores de cuidado se encontraron diferencias significativas en el esfuerzo psicológico necesario ($t = 3,228$, $p < 0,001$), en la salud actual del cuidador ($t = -4,492$, $p < 0,001$), en el valor de la escala de Zarit ($t = 4,998$, $p < 0,001$), en todas las subescalas del GHQ 28; síntomas somáticos ($t = 3,126$, $p = 0,002$), ansiedad e insomnio ($t = 4,224$, $p < 0,001$), disfunción social ($t = 3,544$, $p < 0,001$) y depresión grave ($t = 5,064$, $p < 0,001$), así como en su valor total ($t = 4,836$, $p < 0,001$).

Además dentro de las subescalas del COPE, encontramos diferencias significativas en búsqueda de apoyo social ($t = -3,953$, $p < 0,001$), consumo de alcohol o drogas ($t = 2,888$, $p = 0,004$), y negación ($t = 3,158$, $p = 0,002$) (véase la Tabla 3).

Tabla 3

Prueba T para la igualdad de medias según el disfrute de programas de sustitución en las labores de cuidado

	Diferencia de medias	t	p
Esfuerzo psicológico	0,416	3,228	<0,001
Salud actual	-0,758	-4,492	<0,001
Zarit	11,534	4,998	<0,001
GHQ28	11,338	4,836	<0,001
GHQ28 somáticos	2,538	3,126	0,002
GHQ28 ansiedad	3,603	4,224	<0,001
GHQ28 disfunción social	1,724	3,544	<0,001
GHQ28 depresión	3,231	5,064	<0,001
COPE apoyo social	-0,383	-3,953	<0,001
COPE alcohol o drogas	0,152	2,888	0,004
COPE negación	0,451	3,158	0,002

11.1.8. Diferencias según salud autopercebida

Según la salud autopercebida por los participantes se encuentran diferencias significativas en el esfuerzo psicológico ($F = 5,831$, $p < 0,001$) y en el esfuerzo físico ($F = 4,181$, $p = 0,003$) necesarios en las labores de cuidado. También se aprecian cambios en la relación actual con el familiar ($F = 6,970$, $p < 0,001$).

Además aparecen diferencias significativas en la escala Zarit ($F = 9,822$, $p < 0,001$) y en las cuatro subescalas del GHQ28; síntomas somáticos ($F = 12,926$, $p < 0,001$), ansiedad e insomnio ($F = 10,455$, $p < 0,001$), disfunción social ($F = 7,815$, $p < 0,001$) y depresión grave ($F = 10,079$, $p < 0,001$), así como en su valor total ($F = 7,815$, $p < 0,001$).

En el cuestionario COPE resultan significativas la escala de búsqueda de apoyo social ($F = 6,306$, $p < 0,001$), la de aceptación ($F = 4,690$, $p < 0,001$), la escala de concentrar esfuerzos para solucionar la situación ($F = 5,157$, $p < 0,001$) y la de actividades distractoras de la situación ($F = 4,566$, $p = 0,002$).

A su vez también resultas significativas las diferencias respecto a las escalas de Evaluación del Apoyo Social ($F = 5,289, p < 0,001$), Satisfacción Vital ($F = 3,830, p = 0,005$) y el Test de Orientación Vital ($F = 5,285, p < 0,001$).

11.2. RELACIONES ENTRE VARIABLES

Se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson para comprobar si existían relaciones entre las distintas variables cuantitativas. Se han tenido en cuenta tanto las de carácter sociodemográficas como las psicológicas.

Para una mejor comprensión se presentarán los resultados agrupados de la siguiente manera: *a)* correlaciones entre las variables sociodemográficas, *b)* correlaciones entre las variables psicológicas evaluadas (a excepción de las contenidas en el *Cuestionario COPE*) y las sociodemográficas, *c)* correlaciones entre las subescalas del *Cuestionario COPE* y las variables sociodemográficas, *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*.

Para evitar repeticiones innecesarias se prescinde de volver a nombrar una correlación entre dos variables si ha sido mencionada en cualquiera de los grupos anteriores.

11.2.1. Correlaciones entre variable sociodemográficas

Tras el análisis de los datos se han obtenido las siguientes asociaciones estadísticamente significativas: Estado civil con la necesidad de ayuda para todo por parte del dependiente ($r = 0,202; p = 0,005$).

El nivel de formación académica con la edad del participante ($r = -0,478; p < 0,001$), con el tiempo empleado en tareas de cuidado ($r = -0,311; p < 0,001$), con la dependencia del familiar ($r = -0,237; p < 0,001$) y con el trabajo del cuidador ($r = 0,299; p < 0,001$).

El hecho de que conviva o no con el familiar se asocia a la edad del cuidador ($r = 0,362$; $p < 0,001$) y a la dependencia de éste ($r = -0,318$; $p < 0,001$).

Los casos en los que el dependiente necesita ayuda para todo se asocian además de al estado civil, ya mencionado, al nivel de dependencia del mismo ($r = 0,258$; $p < 0,001$) y al tiempo ocupado ($r = 0,235$; $p = 0,002$).

11.2.2. Correlaciones entre variables psicológicas

El esfuerzo psicológico realizado por el cuidador se asocia de forma estadísticamente significativa con el esfuerzo físico ($r = 0,287$; $p < 0,001$) y con la salud actual autopercebida del cuidador ($r = -0,234$; $p = 0,002$).

El esfuerzo físico, además de con el psicológico, se asocia también a la salud autopercebida actual del cuidador ($r = -0,261$; $p < 0,001$).

La relación actual con el cuidador se asocia a la relación que tenían antes ($r = 0,458$; $p < 0,001$) y a la salud autopercebida actual del cuidador ($r = 0,349$; $p < 0,001$).

11.2.3. Correlaciones entre variables psicológicas y sociodemográficas

El tiempo empleado en las tareas de cuidado se asocia al esfuerzo físico ($r = 0,376$; $p < 0,001$) y al esfuerzo psicológico ($r = 0,358$; $p < 0,001$).

El esfuerzo psicológico además de con las variables ya mencionadas, también se asocia a la recepción de ayudas económicas ($r = 0,269$; $p < 0,001$), y a las ayudas de sustitución en las labores de cuidado ($r = -0,229$; $p < 0,001$).

La salud autopercebida se asocia a la convivencia o no con el familiar ($r = -0,217$; $p = 0,004$) y con la recepción de ayudas de sustitución en el cuidado ($r = 0,323$; $p < 0,001$).

11.2.4. Correlaciones entre los diferentes test realizados

El cuestionario Zarit de carga del cuidador se asocia de forma estadísticamente significativa con todas las subescalas del GHQ 28; síntomas somáticos ($r = 0,561$; $p < 0,001$), ansiedad e insomnio ($r = 0,658$; $p < 0,001$), disfunción social ($r = 0,315$; $p < 0,001$) y depresión grave ($r = 0,414$; $p < 0,001$). Además también correlaciona con el valor total de dicho test ($r = 0,603$; $p < 0,001$). Por otro lado también resulta significativa la asociación inversa con el valor total del cuestionario de Satisfacción Vital ($r = 0,309$; $p < 0,001$).

Por su parte la escala de satisfacción vital también se asocia con la subescala de síntomas somáticos ($r = -0,203$; $p = 0,003$), con la de ansiedad e insomnio ($r = -0,281$; $p < 0,001$), con la de depresión grave ($r = -0,274$; $p < 0,001$) y el propio total del GHQ 28 ($r = -0,276$; $p < 0,001$). También resultan significativas las asociaciones con el Test de Evaluación del Apoyo Social ($r = 0,456$; $p < 0,001$) y el Test de Orientación Vital ($r = 0,631$; $p < 0,001$).

El test de Evaluación del Apoyo social se asocia con la subescala de depresión grave del GHQ 28 ($r = -0,205$; $p = 0,002$), así como con la escala de Satisfacción Vital ($r = 0,456$; $p < 0,001$), y el test de Orientación Vital ($r = 0,650$; $p < 0,001$).

11.2.5. Correlaciones de los test con las variables psicológicas y demográficas

Comenzamos con el cuestionario Barthel que se asocia al esfuerzo físico ($r = -0,272$; $p < 0,001$).

El cuestionario Zarit se asocia a la relación entre cuidador y cuidado ($r = -0,292$; $p < 0,001$), con el esfuerzo psicológico ($r = 0,369$; $p < 0,001$), mientras que en el caso del esfuerzo físico esta asociación no llegar a ser significativa ($r = 0,199$; $p = 0,006$). También encontramos relaciones significativas estadísticamente con las ayudas de sustitución ($r = -0,338$; $p < 0,001$), con la salud autopercebida del cuidador ($r = -0,404$; $p < 0,001$), con la calidad actual en su relación con el familiar ($r = -0,287$; $p < 0,001$), y

con los problemas de comportamiento de la persona a la que cuidan ($r = 0,310$; $p < 0,001$).

El valor total del GHQ 28 se asocia a la relación actual con el familiar ($r = -0,247$; $p = 0,001$), con el esfuerzo físico ($r = 0,293$; $p < 0,001$), con el esfuerzo psicológico ($r = 0,250$; $p < 0,001$), con la recepción de programas de sustitución ($r = -0,333$; $p < 0,001$), con la salud actual del cuidador ($r = -0,436$; $p < 0,001$), con la calidad de la relación con el familiar al que cuida ($r = -0,291$; $p < 0,001$), con el nivel de ayuda que necesita la persona dependiente ($r = 0,235$; $p = 0,001$), con el nivel de dependencia ($r = 0,281$; $p < 0,001$) y con los problemas de comportamiento del dependiente ($r = 0,258$; $p < 0,001$).

Si diferenciamos entre las diferentes escalas del GHQ 28; la de síntomas somáticos se asocia con la relación de parentesco con el dependiente ($r = -0,208$; $p = 0,004$), con el esfuerzo físico ($r = 0,299$; $p < 0,001$), con el esfuerzo psicológico ($r = 0,211$; $p = 0,003$), con la percepción de ayudas económicas ($r = 0,232$; $p < 0,001$), con la realización de sustituciones ($r = -0,222$; $p = 0,002$), con la salud actual del cuidador ($r = -0,447$; $p < 0,001$), con la relación actual con la persona que cuida ($r = -0,237$; $p = 0,002$), con la necesidad de ayuda para todo por parte del dependiente ($r = 0,234$; $p < 0,001$), con la dependencia del familiar ($r = 0,291$; $p < 0,001$), y con los problemas de comportamiento de la persona que cuida ($r = 0,264$; $p < 0,001$). La subescala de ansiedad e insomnio se asocia con la relación de parentesco con el dependiente ($r = -0,262$; $p < 0,001$), con el esfuerzo físico ($r = 0,364$; $p < 0,001$), con el esfuerzo psicológico ($r = 0,287$; $p < 0,001$), con la realización de sustituciones ($r = -0,294$; $p < 0,001$), con la salud actual del cuidador ($r = -0,415$; $p < 0,001$), con la relación actual con la persona que cuida ($r = -0,290$; $p < 0,001$), con la necesidad de ayuda para todo por parte del dependiente ($r = 0,251$; $p < 0,001$), con la dependencia del familiar ($r = 0,330$; $p < 0,001$), con el tiempo ocupado en cuidado ($r = 0,220$; $p = 0,004$) y con los problemas de comportamiento ($r = 0,253$; $p < 0,001$). La escala de disfunción social se asocia con los programas de sustitución ($r = -0,250$; $p < 0,001$) y con la salud actual del cuidador ($r = -0,320$; $p < 0,001$). Por último la escala de depresión grave se asocia con la relación de parentesco con el dependiente ($r = -0,220$; $p = 0,002$), con la realización de sustituciones ($r = -0,346$; $p < 0,001$), con la salud actual del cuidador ($r = -0,292$; $p < 0,001$), con la relación actual con la persona que cuida ($r = -0,325$; $p < 0,001$).

El test de Evaluación del apoyo Social se asocia con el esfuerzo psicológico ($r = -0,284$; $p < 0,001$), mientras que en el caso del esfuerzo físico esta asociación no llegar a ser significativa ($r = 0,200$; $p = 0,006$). También se asocia con la salud actual autopercibida por el cuidador ($r = 0,318$; $p < 0,001$), con la necesidad de ayuda para todo por parte del dependiente ($r = -0,247$; $p < 0,001$) y con los problemas de comportamiento del familiar ($r = -0,234$; $p < 0,001$).

El test de Satisfacción Vital se asocia significativamente con el esfuerzo físico ($r = -0,219$; $p = 0,002$), con el esfuerzo psicológico ($r = -0,425$; $p < 0,001$), con las percepción de ayudas económicas ($r = -0,351$; $p < 0,001$), con la salud del cuidador ($r = 0,262$; $p < 0,001$), con la relación que tiene con la persona que cuida ($r = 0,227$; $p = 0,003$), con la dependencia de la persona que cuida ($r = -0,210$; $p = 0,004$), con el tiempo ocupado por las tareas de cuidado ($r = -0,290$; $p < 0,001$) y con los problemas de comportamiento de la persona dependiente ($r = -0,298$; $p < 0,001$).

El cuestionario de Orientación Vital se asocia con el esfuerzo psicológico ($r = -0,339$; $p < 0,001$), con la salud actual autopercibida del cuidador ($r = 0,322$; $p < 0,001$) y con el tiempo ocupado ($r = -0,293$; $p < 0,001$) véase la Tabla 4).

Tabla 4*Correlaciones de los Test con las variables psicológicas y demográficas.*

		Parentesco	Es. físico	Es. psi.	Sustitución	Ayuda económica	C. relación	Tiempo ocupado	Nivel ayuda	Nivel depen.	Prob. Com.	Salud cui.
Barthel	<i>r</i>		0,272									
	<i>p</i>		<0,001									
Zarit	<i>r</i>	-0,292		0,369			-0,287				0,310	-0,404
	<i>p</i>	<0,001		<0,001			<0,001				<0,001	<0,001
GHQ28	<i>r</i>	0,293	0,293	0,250	0,333		-0,291		0,235	0,281	0,258	-0,436
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
GHQ28 S	<i>r</i>	-0,208	0,299	0,211	-0,222	0,232	-0,237		0,234	0,291	0,264	0,447
	<i>p</i>	0,040	<0,001	0,003	0,002	<0,001	0,002		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
GHQ28 A	<i>r</i>	-0,262	0,364	0,287	-0,294		-0,290	0,220	0,251	0,330	0,253	-0,415
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001		<0,001	0,004	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
GHQ28 DS	<i>r</i>				-0,250							-0,320
	<i>p</i>				<0,001							<0,001
GHQ28 D	<i>r</i>	-0,220			-0,346		0,325					-0,292
	<i>p</i>	0,002			<0,001		<0,001					<0,001
E. Apoyo	<i>r</i>			-0,28					0,247		0,234	0,318
	<i>p</i>			<0,001					<0,001		<0,001	<0,001
SSA	<i>r</i>		-0,219	0,425		-0,351	0,227	-0,290		-0,210	-0,298	0,262
	<i>p</i>		0,002	<0,001		<0,001	0,003	<0,001		0,004	<0,001	<0,001
LOT-R	<i>r</i>		0,339					-0,293				0,322
	<i>p</i>		<0,001					<0,001				<0,001

GHQ 28 S = Síntomas somáticos

Es. físico = Esfuerzo físico

GHQ 28 A = Ansiedad

Es. psi. = Esfuerzo psicológico

GHQ 28 DS = Disfunción social

C. relación = Calidad de la relación

GHQ 28 D = Depresión

Prob. Com. = Problemas de comportamiento

E. Apoyo = Evaluación Apoyo Social

Salud cui = salud del cuidador

SSA = Satisfacción Vital

LOT-R = Orientación Vital revisada

11.2.6. Correlaciones entre las subescalas del cuestionario cope y las variables sociodemográficas

La subescala de búsqueda de apoyo social del cuestionario COPE correlaciona significativamente con el estado civil del cuidador ($r = 0,340$; $p < 0,001$), con la situación en la que el familiar necesita ayuda para todo ($r = -0,205$; $p = 0,005$), con los

programas de sustitución del cuidador ($r = 0,277$; $p < 0,001$) y con la salud actual del cuidador ($r = 0,291$; $p < 0,001$).

La subescala de religiosidad correlaciona con la edad del cuidador ($r = 0,311$; $p < 0,001$), con su estado civil ($r = 0,227$; $p = 0,002$) y con su esfuerzo psicológico ($r = -0,228$; $p = 0,002$).

La subescala de humor correlaciona con el esfuerzo físico realizado ($r = -0,313$; $p < 0,001$) y con el estado de salud anterior al cuidado del familiar ($r = 0,245$; $p < 0,001$).

La escala de consumo de alcohol o drogas correlaciona con los programas de sustitución ($r = -0,206$; $p = 0,004$) y con la el estado antes de las tareas de cuidado ($r = 0,213$; $p = 0,005$).

La subescala de planificación y afrontamiento activo correlaciona con el tiempo ocupado en el cuidado ($r = -0,216$; $p = 0,005$), y la relación anterior al cuidado con el familiar ($r = 0,321$; $p < 0,001$).

En la subescala de abandono de los esfuerzos de afrontamiento no hemos encontrado correlaciones significativas con el resto de variables sociodemográficas.

La subescala de centrarse en las emociones y desahogarse correlaciona estadísticamente con la relación actual con el familiar ($r = -0,221$; $p = 0,003$).

En la subescala de aceptación no hemos encontrado correlaciones significativas con el resto de variables sociodemográficas.

La subescala de negación correlaciona con el tiempo ocupado en el cuidado ($r = -0,260$; $p < 0,001$) y con los programas de sustitución ($r = -0,224$; $p = 0,002$).

En la subescala de refrenar el afrontamiento no hemos encontrado correlaciones significativas con el resto de variables sociodemográficas.

La subescala concentrar esfuerzos para solucionar la situación correlaciona estadísticamente con el tiempo ocupado en el cuidado ($r = -0,237$; $p = 0,002$) y la relación anterior con el familiar ($r = 0,320$; $p < 0,001$).

La subescala crecimiento personal correlaciona con el estado civil ($r = 0,243$; $p < 0,001$), el tiempo ocupado ($r = -0,257$; $p < 0,001$), el esfuerzo psicológico ($r = -0,229$; $p < 0,001$) la relación anterior al cuidado con el familiar ($r = 0,420$; $p < 0,001$) y la relación actual ($r = 0,274$; $p < 0,001$).

La subescala de reinterpretación positiva correlaciona con el estado civil del cuidador ($r = 0,292$; $p < 0,001$), con el esfuerzo psicológico ($r = -0,275$; $p < 0,001$), con los problemas de comportamiento del dependiente ($r = -0,261$; $p < 0,001$) y con la relación anterior que tenía con el familiar ($r = 0,359$; $p < 0,001$).

La subescala de actividades distractoras de la situación correlaciona con el esfuerzo físico ($r = -0,211$; $p = 0,003$), el esfuerzo psicológico ($r = -0,265$; $p < 0,001$), con las ayudas económicas recibidas ($r = -0,219$; $p = 0,003$), con la relación anterior con el familiar ($r = 0,235$; $p = 0,002$), y con la salud autopercebida actual del cuidador ($r = 0,216$; $p = 0,004$).

Por último, la subescala de evasión correlaciona con el esfuerzo físico realizado en las tareas de cuidado ($r = -0,240$; $p < 0,001$).

11.2.7. Correlaciones entre las subescalas del cuestionario cope y las variables psicológicas

La subescala de búsqueda de apoyo social del cuestionario COPE correlaciona significativamente con la escala de Apoyo social ($r = 0,570$; $p < 0,001$), con la escala de Satisfacción Vital ($r = 0,480$; $p < 0,001$), y con la escala de Orientación Vital ($r = 0,558$; $p < 0,001$).

La subescala de religiosidad correlaciona con el GHQ 28 total ($r = 0,290$; $p < 0,001$) y con sus subescalas de síntomas somáticos ($r = 0,259$; $p < 0,001$), ansiedad e insomnio ($r = 0,233$; $p < 0,001$), y disfunción social ($r = 0,311$; $p < 0,001$). Además

también correlaciona con la escala de Apoyo social ($r = 0,257$; $p < 0,001$), con la escala de Satisfacción Vital ($r = 0,288$; $p < 0,001$), y con la escala de Orientación Vital ($r = 0,350$; $p < 0,001$).

La subescala de humor correlaciona con la escala de Satisfacción Vital ($r = 0,358$; $p < 0,001$), y con la escala de Orientación Vital ($r = 0,383$; $p < 0,001$).

La escala de consumo de alcohol o drogas correlaciona con el valor total de la escala Zarit ($r = 0,300$; $p < 0,001$), con el GHQ 28 total ($r = 0,251$; $p < 0,001$) y con sus subescalas de síntomas somáticos ($r = 0,327$; $p < 0,001$), ansiedad e insomnio ($r = 0,240$; $p < 0,001$), y disfunción social ($r = 0,193$; $p = 0,004$). Además también correlaciona con la escala de Apoyo social ($r = 0,406$; $p < 0,001$), con la escala de Satisfacción Vital ($r = 0,294$; $p < 0,001$), y con la escala de Orientación Vital ($r = 0,383$; $p < 0,001$).

La subescala de planificación y afrontamiento activo correlaciona con la escala Zarit ($r = 0,242$; $p < 0,001$), con la escala de Apoyo social ($r = 0,510$; $p < 0,001$), con la escala de Satisfacción Vital ($r = 0,350$; $p < 0,001$), y con la escala de Orientación Vital ($r = 0,523$; $p < 0,001$).

La subescala de abandono de los esfuerzos de afrontamiento correlaciona con la escala Zarit ($r = 0,376$; $p < 0,001$), con el GHQ 28 total ($r = 0,371$; $p < 0,001$) y con sus subescalas de síntomas somáticos ($r = 0,279$; $p < 0,001$), ansiedad e insomnio ($r = 0,369$; $p < 0,001$), disfunción social ($r = 0,242$; $p < 0,001$) y depresión grave ($r = 0,347$; $p < 0,001$). Además también correlaciona con la escala de Apoyo social ($r = 0,217$; $p < 0,001$), y con la escala de Orientación Vital ($r = 0,281$; $p < 0,001$).

La subescala de centrarse en las emociones y desahogarse correlaciona estadísticamente con la escala Zarit ($r = 0,462$; $p < 0,001$), con el GHQ 28 total ($r = 0,242$; $p < 0,001$) y con sus subescalas de síntomas somáticos ($r = 0,221$; $p < 0,001$) y ansiedad e insomnio ($r = 0,374$; $p < 0,001$). Además también correlaciona con la escala de Apoyo social ($r = 0,378$; $p < 0,001$).

En la subescala de aceptación correlaciona con el GHQ 28 total ($r = 0,212$; $p = 0,002$) y con sus subescalas de síntomas somáticos ($r = 0,191$; $p = 0,005$) y ansiedad e

insomnio ($r = 0,241$; $p < 0,001$). Además también correlaciona con la escala de Apoyo social ($r = 0,472$; $p < 0,001$) y con la escala de Orientación Vital ($r = 0,322$; $p < 0,001$).

La subescala de negación correlaciona con el Zarit ($r = 0,210$; $p = 0,002$), con la escala de Apoyo Social ($r = 0,208$; $p = 0,002$), con la de Satisfacción Vital ($r = 0,265$; $p < 0,001$) y con la escala de Orientación Vital ($r = 0,347$; $p < 0,001$).

La subescala de refrenar el afrontamiento correlaciona con el Zarit ($r = 0,266$; $p < 0,001$), con el GHQ 28 total ($r = 0,251$; $p < 0,001$) y con sus subescalas de síntomas somáticos ($r = 0,257$; $p < 0,001$) y ansiedad e insomnio ($r = 0,303$; $p < 0,001$). También correlaciona con la escala de Apoyo Social ($r = 0,328$; $p < 0,001$) y con la escala de Orientación Vital ($r = 0,308$; $p < 0,001$).

La subescala concentrar esfuerzos para solucionar la situación correlaciona con el valor total de la escala Zarit ($r = 0,212$; $p = 0,002$), con el GHQ 28 total ($r = 0,216$; $p < 0,001$) y con sus subescalas de síntomas somáticos ($r = 0,196$; $p = 0,004$), ansiedad e insomnio ($r = 0,244$; $p < 0,001$). Además también correlaciona con la escala de Apoyo social ($r = 0,379$; $p < 0,001$), con la escala de Satisfacción Vital ($r = 0,291$; $p < 0,001$), y con la escala de Orientación Vital ($r = 0,412$; $p < 0,001$).

La subescala crecimiento personal correlaciona con la escala de Apoyo social ($r = 0,537$; $p < 0,001$), con la escala de Satisfacción Vital ($r = 0,512$; $p < 0,001$), y con la escala de Orientación Vital ($r = 0,559$; $p < 0,001$).

La subescala de reinterpretación positiva correlaciona con la escala de Apoyo social ($r = 0,457$; $p < 0,001$), con la escala de Satisfacción Vital ($r = 0,469$; $p < 0,001$), y con la escala de Orientación Vital ($r = 0,548$; $p < 0,001$).

La subescala de actividades distractoras de la situación correlaciona con la escala de Apoyo social ($r = 0,608$; $p < 0,001$), con la escala de Satisfacción Vital ($r = 0,399$; $p < 0,001$), y con la escala de Orientación Vital ($r = 0,570$; $p < 0,001$).

Por último, la subescala de evasión correlaciona con la escala de Apoyo social ($r = 0,390$; $p < 0,001$), con la escala de Satisfacción Vital ($r = 0,238$; $p < 0,001$), y con la

escala de Orientación Vital ($r = 0,438$; $p < 0,001$). También correlaciona con el Zarit ($r = 0,379$; $p < 0,001$) y con el GHQ 28 total ($r = 0,272$; $p < 0,001$), junto con sus subescalas de síntomas somáticos ($r = 0,312$; $p = 0,004$) y ansiedad e insomnio ($r = 0,254$; $p < 0,001$).

11.3. CLASIFICACIÓN DE VARIABLES EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE CARGA

Se ha recurrido a la técnica de análisis discriminante para poder realizar una clasificación de las variables. En el presente trabajo dicha clasificación se ha hecho en función de la *Entrevista de Carga para Cuidadores Informales*. 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.

Tras el procesamiento para el análisis de los casos, fueron tomados como válidos 190 valores de los 217 con los que cuenta la muestra. De éstos 94 formaban parte del grupo bajo en carga y 96 se encontraban dentro del grupo alto en carga.

Posteriormente en la prueba de igualdad de las medias de los grupos se obtienen diferencias significativas con respecto a sus puntuaciones en: esfuerzo psicológico, disfrute de programas de sustitución, puntuaciones totales del GHQ 28, escala de síntomas somáticos del GHQ 28, escala de ansiedad e insomnio del GHQ 28, escala de depresión grave del GHQ 28, escala de centrarse en las emociones y desahogarse del COPE, escala de evasión del COPE y en la escala de satisfacción vital (véase la Tabla 5).

Tabla 5

Pruebas de igualdad de las medias de los grupos (sólo las estadísticamente significativas)

	Lambda de Wilks	F	p
Esfuerzo Psicológico	0,945	10,938	<0,001
Sustitución	0,881	25,418	<0,001
GHQ28	0,867	28,753	<0,001
GHQ28 Somáticos	0,812	43,504	<0,001
GHQ28 Ansiedad	0,881	25,403	<0,001
GHQ28 Depresión	0,856	31,529	<0,001
COPE Centrarse emociones	0,820	41,314	<0,001
COPE Evasión	0,934	13,305	<0,001
Satisfacción Vital	0,891	22,953	<0,001

Los nueve valores mencionados serán los utilizados a partir de ahora en la introducción conjunta de valores y también en la realización del método por pasos.

11.3.1. Introducción conjunta de valores

Se comienza con el procedimiento de introducción conjunta de las 9 variables mencionadas. En la prueba *M* de Box se obtuvo un valor de 133,617, lo que supone una *F* aproximada de 2,820, con un nivel de significación de 0,000 o, más precisamente, inferior a 0,001. Esto viene a decir que los grupos 0 (*bajosen carga*) y 1 (*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 0,796, no muy alejado de cero, pero dado que no es fácilmente interpretable se recurre al valor de *lambda* de Wilks, con el que se encuentra estrechamente relacionado. Este ha sido de 0,557, lo que advierte que hay bastante solapamiento entre los grupos. Ahora bien, el valor transformado de *lambda* (*Chicadrado*) es de 107,440, con un nivel de significación 0,000, por lo que puede

rechazarse la hipótesis nula de que los grupos comparados tienen promedios iguales en las variables discriminantes.

La correlación canónica entre la combinación lineal de las variables independientes y una combinación lineal de variables *indicador*, relativas a la pertenencia a los grupos ha sido de 0,666, por lo que las variables discriminantes permiten discriminar 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 total, escala de síntomas somáticos del GHQ 28, escala de ansiedad e insomnio del GHQ 28, escala de centrarse en las emociones y desahogarse del COPE, escala de Satisfacción Vital, disfrute de programas de sustitución, escala de depresión grave del GHQ 28, escala de evasión del COPE y el esfuerzo psicológico empleado (véase la Tabla 6).

Tabla 6

Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas utilizando el método de introducir todas las variables de clasificación juntas

	Función
GHQ28	-1,421
GHQ28 Somáticos	0,719
GHQ28 Ansiedad	0,638
COPE Centrarse emociones	0,576
Satisfacción Vital	-0,568
Sustitución	-0,514
GHQ28 Depresión	0,479
COPE Evasión	0,206
Esfuerzo Psicológico	-0,006

Los datos relativos a los centroides han sido de - 0,897 para el grupo 0 (*bajos en carga*) y de 0,878 para el grupo 1 (*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 1 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 0 (*bajos en carga*) se hallan en las puntuaciones negativas de la función y los del 1 (*altos en carga*) en las positivas.

Por su parte, La matriz estructura, que contiene las correlaciones entre las variables discriminantes y la función estandarizada 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, tomando una de ellas la información que comparten (véase la Tabla 7).

Tabla 7

Matriz de estructura, utilizando el método de introducir todas las variables de clasificación juntas

	Función
GHQ28 Ansiedad	0,539
COPE Centrarse emociones	0,525
GHQ28	0,459
GHQ28 Somáticos	0,438
Sustitución	-0,412
GHQ28 Depresión	0,412
Satisfacción Vital	-0,392
COPE Evasión	0,298
Esfuerzo Psicológico	0,270

Por último, el porcentaje global correctamente clasificados ha sido de un 80,5%, siendo el nivel de acierto elevado tanto en el grupo de baja carga como en el de alta carga (véase la Tabla 8).

Tabla 8

Resultados de la clasificación utilizando el método de introducir todas las variables de clasificación juntas

		Grupo de pertenencia pronosticado		
Grupos por Carga		0	1	Total
Recuento	0	75	19	94
	1	18	78	96
%	0	79,8	20,2	100,0
	1	18,8	81,3	100,0

Clasificados correctamente el 80,5% de los casos agrupados originales.

11.3.2. Método por pasos

Con este método se procede de igual forma que con el anterior y se seleccionaron para esta técnica aquellas variables que maximizaban las diferencias entre los grupos, concretamente, esfuerzo psicológico, disfrute de programas de sustitución, puntuaciones totales del GHQ 28, escala de síntomas somáticos del GHQ 28, escala de ansiedad e insomnio del GHQ 28, escala de depresión grave del GHQ 28, escala de centrarse en las emociones y desahogarse del COPE, escala de evasión del COPE y escala de satisfacción.

Los valores de *lambda* de Wilks no fueron cercanos a cero, pero los transformados en *F* alcanzaron los niveles requeridos de significación.

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.

En la prueba *M* de Box se obtuvo un valor de 25,234, lo que equivale a una *F* aproximada de 2,465, con un nivel de significación de 0,006. Por lo tanto, a diferencian

del método conjunto en este caso si se acepta la hipótesis nula en la cual los dos grupos poseen la misma variabilidad, al menos a un nivel de confianza del 95%.

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: la escala de ansiedad e insomnio del GHQ 28, la escala de centrarse en las emociones y desahogarse del COPE, la escala de satisfacción vital y el disfrute de programas de sustitución.

El autovalor fue 0,706 y el valor de *lambda* de Wilks 0,586. El transformado de *lambda* (*chi cuadrado*) es de 99,384, con un nivel de significación 0,000, 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 0,643, por lo 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: escala de centrarse en las emociones y desahogarse del COPE, escala de satisfacción vital, disfrute de programas de sustitución y la escala de ansiedad e insomnio del GHQ 28 (véase la Tabla 9).

Tabla 9

*Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas
utilizando el método por pasos*

	Función
COPE Centrarse emociones	-,707
Satisfacción Vital	,534
Sustitución	,488
GHQ28 Ansiedad	-,297

Las funciones de los centroides han sido de 0,845 para el grupo 0 (bajos en carga) y de -0,827 para el 1 (altos en carga).

La matriz de estructura muestra como valor más elevado la escala de ansiedad e insomnio del GHQ 28 (-0,572). Para la escala de centrarse en las emociones y desahogarse del COPE es de -0,558, para los programas de sustitución de 0,438 y para la escala de satisfacción vital de 0,416 (véase la Tabla 10).

Tabla 10

Matriz de estructura, utilizando el método por pasos

	Función
<i>GHQ28 Ansiedad</i>	-0,572
<i>COPE Centrarse emociones</i>	-0,558
<i>GHQ28 Sustitución</i>	-0,491
<i>Satisfacción Vital</i>	0,438
<i>GHQ28 Depresión</i>	0,416
<i>GHQ28 Somáticos</i>	-0,402
<i>Esfuerzo Psicológico</i>	-0,377
<i>COPE Evasión</i>	-0,338
	-0,156

Por último, el porcentaje global correctamente clasificados ha sido de un 78,9%, siendo el nivel de acierto elevado tanto en el grupo de baja carga como en el de alta carga (véase la Tabla 11).

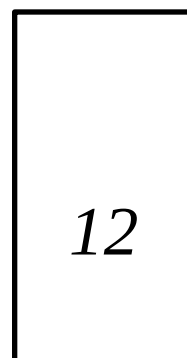
Tabla 11

Resultados de la clasificación utilizando el método por pasos

		Grupo de pertenencia pronosticado		
Grupos por Carga		0	1	Total
Recuento	0	77	17	94
	1	23	73	96
%	0	81,9	18,1	100,0
	1	24,0	76,0	100,0

Clasificados correctamente el 78,9% de los casos agrupados originales.

ESTUDIO EMPÍRICO



Discusión



12. DISCUSIÓN

En los últimos años estamos asistiendo en nuestro país al progresivo reconocimiento de la necesidad de atención al colectivo de las personas en situación de dependencia y sus familiares. En este sentido, la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, que empezó a aplicarse en el año 2007, representa un logro importante; otra cuestión, es su dotación económica y aplicación. A pesar, de los problemas de financiación que ha padecido dicha ley, debido en parte a la crisis económica que comenzó a finales de ese mismo año, los investigadores han realizado una gran cantidad de estudios en los que el foco de atención ha dejado de ser el cuidado formal y el dependiente, pasándose a valorar en mayor medida los cuidados informales como aquellos que se reciben en la propia casa del dependiente y por parte de familiares o personas muy allegadas al mismo.

En las investigaciones y textos sobre los cuidadores informales se tratan un gran número de aspectos. En muchas ocasiones los autores se centran en estudiar la influencia de las *variables sociodemográficas* (edad, estado civil, sexo, titulación, trabajo que desempeña, etc.). También son con frecuencia objeto de estudio: la salud, las expectativas de control, el apoyo social y algunas *variables individuales* (valores humanos y motivación, satisfacción vital, calidad de vida), *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 revisados, los autores también se han dedicado a estudiar las *variables más relevantes del usuario*, que es el objetivo principal de los cuidados informales, es decir, las personas dependientes y sus características. 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 se han dispuesto 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 a personas dependientes, como condiciones estresantes 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 consecuencia de la tarea de cuidado, teniendo en cuenta una serie de *variables mediadoras* (apoyo social percibido, estrategias de afrontamiento y optimismo disposicional) que modulan este impacto de estrés en el cuidador formal.

En un punto intermedio, entre los estresores y las consecuencias del estrés, es importante 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, Iruarizaga y Camuñas (2000) consideran que las habilidades psicológicas y sociales del cuidador van a modular el estrés, jugando un papel mediador para con la salud y la satisfacción vital del cuidador. Mientras que las variables sociales han estado muy asociadas al estrés y han sido bastante citadas en la investigación, las variables individuales del cuidador han quedado menos indagadas en los estudios revisados.

Se han estudiado, de igual modo, los efectos del estrés en los aspectos psicológicos y psicofisiológicos de la salud de los cuidadores informales, advirtiéndose la importancia que alcanzan las manifestaciones de ansiedad (p. ej., Artazcoz, Cruz, Moncada & Sánchez, 1996; Ashi et al., 1995). En este sentido, Rodríguez (2005) insiste en que tanto la prevención como el tratamiento hay que enfocarlos desde tres ámbitos, considerando 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) intervenciones de apoyo a nivel institucional, con modificaciones en las condiciones de desempeño de la tarea del cuidado.

Por todo esto es importante el desarrollo de estudios al respecto que puedan servir de apoyo al diseño de estrategias dirigidas a la prevención del estrés y la carga del cuidador, así como las intervenciones necesarias en las áreas afectadas. Según el estudio de Pérez et al. (2000), entre otros autores (p. ej., Haley et al., 1996; Ferrer, 2001; Flórez,

2001; Prieto, Cabal, Álvarez & Maújo, 1998), se pueden enseñar técnicas de afrontamiento adecuadas a las situaciones estresantes a través de un programa de estimulación psicológica, para la prevención de la carga y la salud general. Es decir, sería muy beneficioso para los cuidadores informales, el aprendizaje de estrategias cognitivas de control emocional para con los ancianos y todo tipo de personas dependientes.

En este trabajo empírico han participado un total de 217 cuidadores informales pertenecientes al registro de cuidadores del Centro de Salud Adoratrices de la ciudad de Huelva. Se ha considerado este centro como el apropiado debido a que abarca un área con población de gran diversidad sociodemográfica, con zonas de alto poder adquisitivo y también otras de nivel moderado o bajo. Aún los estudios directos con cuidadores informales no son tan abundantes como los realizados sobre cuidadores profesionales o formales, por tanto, la muestra de la presente tesis parece relevante para la consecución de los objetivos marcados.

Para la recogida de datos se realizaban citas telefónicas con los cuidadores informales recogidos en la base de datos del Centro de Salud y se establecía una cita en el centro o bien, en la mayoría de los casos, en el domicilio del cuidador. A esta cita acudía el investigador solo o en compañía de la enfermera asignada al dependiente, lo que además mejoraba la sensación de confianza por parte del cuidador. Todos los cuestionarios fueron entregados por doctorandos en Psicología, siempre siguiendo protocolos de consentimiento informado en los que además se aseguraba el anonimato del cuidador. En algunos casos fue necesario leer el cuestionario al cuidador debido a la avanzada edad de algunos de ellos, pero nunca se indujo la dirección de las respuestas, dejando claro que no había opciones correctas o incorrectas.

En la investigación presente se han aplicado siete instrumentos de medida, los cuales se exponen brevemente a continuación. En primer lugar, como medida del nivel de dependencia se ha empleado el índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria (Barthel & Mahoney, 1965). Para la variable carga, se ha utilizado el *Cuestionario de Carga para Cuidadores Informales* que es probablemente el instrumento más utilizado para la evaluación de la carga debido a sus ya contrastadas buenas propiedades psicométricas. Se ha empleado la versión que consta de 22 ítems (Zarit, Orr, & Zarit,

1985; versión en español de Revuelta, 2005) referidos a determinadas situaciones en el cuidado de personas, en las que se le pregunta al sujeto cómo se siente y piensa en relación con las mismas cubriendo áreas frecuentemente mencionadas por los cuidadores como problemáticas. 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 & 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. Tiene diversas formas con distintos números de ítems. La aquí utilizada, es la versión al español de Lobo & Muñoz (1996), y tiene un total de 28. Las dimensiones evaluadas son: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave y 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 cribado 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 –en esta investigación– que los cuidadores presentan trastorno de salud 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 Vaux, Philips, Holly, Thompson, Williams & Stewart (1986) (versión en español de Andújar y Revuelta, 2001). Se consideró esta opción principalmente por las tres subescalas del SSA (familia, amigos y gente en general) y sus buenas propiedades psicométricas.

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 ítems 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. En esta investigación se ha utilizado la adaptación al español de Crespo & Cruzado (1997) que 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.*

Para medir la variable satisfacción vital se ha optado por la *Escala de Satisfacción Vital* de Diener et al. (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. La versión que se aplica es de Revuelta (2005).

Para concluir, se utilizó el *Test de Orientación Vital (TOV)* de Scheier et al. (1994). Esta prueba evalúa la predisposición optimista en relación con las expectativas de resultado y ha sido elaborada por Scheier et al. (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).

12.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE CUIDADORES INFORMALES

La muestra objeto de investigación tiene una serie de características y peculiaridades que serán referidas a continuación señalando las diferencias estadísticamente significativas encontradas.

12.1.1. Diferencias según sexo

Según el sexo, no han aparecido diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas.

En el estudio es mayor la participación de las mujeres que la de los hombres, 181 mujeres y 36 hombres. Esta diferencia de porcentajes (83,4% y 16,6%) se encuentra también en relación con el número total de cuidadores gestionados por el Centro de Salud Adoratrices de donde proviene dicha muestra. Un estudio del IMSERSO (2005), establece que cuando los mayores requieren ayuda su cuidador principal suele ser una mujer (84%). Estos datos también son similares a los del estudio de Escudero et al. (1999) donde el 90,4% de los cuidadores son mujeres. También es mayoritaria la presencia de cuidadoras de mediana edad en la mayoría los estudios realizados en nuestro país (Alonso, Garrido, Díaz, Casquero, & Riera, 2004; Bazo & Domínguez-Alcón, 1996; Mateo et al., 2000; Rivera, 2001) (citados en IMSERSO, 2005).

Por consiguiente, en el estudio se ha tratado con una muestra principalmente femenina y con una minoría significativa en cuanto a cuidadores informales hombres se refiere.

12.1.2. Diferencias según edad

Con respecto a la edad se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en varias de las escalas del cuestionario COPE.

Una de las escalas con diferencias significativas ha sido *religiosidad*, en este caso aparece una menor religiosidad especialmente en el grupo de menor edad comprendido entre los 33 y los 42 años.

También se hallaron diferencias significativas en la escala COPE de *consumo de alcohol o drogas*. En este caso el mayor nivel en la escala se encuentra en los grupos medios de edades para el estudio, en concreto el grupo cuyas edades están comprendidas entre los 53 y los 62 años. Tanto los grupos de menor edad (entre 33 y 42 años) como el de mayor edad (entre los 83 y los 92 años) son los que muestran un menor nivel en dicha escala.

Por último, aparecieron diferencias significativas en la escala COPE de *evasión*. En esta escala los valores más altos se obtienen en el grupo de mayor edad (entre 83 y 92 años).

Además se han obtenido diferencias significativas en función de la edad para la escala de disfunción social del *Cuestionario de Salud General GHQ-28*. En este caso encontramos el mismo patrón que en la escala de *consumo de alcohol o drogas* del cuestionario COPE, es decir tanto los grupos de menor edad (entre 33 y 42 años) como el de mayor edad (entre los 83 y los 92 años) son los que muestran un menor nivel en dicha escala.

Sería necesario un estudio más específico para poder sacar conclusiones al respecto de los datos presentados en función de la edad ya que nuestra muestra poblacional es de una media de edad muy elevada y en los grupos de más edad pueden haber sido seleccionadas de forma natural las personas con mejores hábitos de vida. No obstante, estudios como los de Yueh-Ching Chou et al. (2011) establecen que la edad es uno de los predictores de los niveles de carga en los cuidadores de personas dependientes considerando que una edad superior a 55 años es predictora de un menor nivel de carga que en el caso de cuidadores más jóvenes, con lo cual más investigación al respecto podría llevar a establecer un grupo de riesgo social y conductual en cuidadores con edades comprendidas entre los 42 y los 55 años.

12.1.3. Diferencias según estado civil

En el presente estudio el estado civil de los cuidadores se ha comportado como una de las variables más significativas.

En las escalas COPE, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en 13 de las 15 escalas de las que se compone. Se enumeran a continuación; en *búsqueda de apoyo social* los mayores niveles de apoyo social se encuentran en los participantes casados y el menor en los separados y divorciados. La escala de *religión* también resulta con diferencias estadísticamente significativas y volvemos a encontrar mayores niveles en los participantes casados de la muestra. En cuanto a *consumo de alcohol o drogas* los niveles más altos aparecen en el grupo de solteros de la muestra. En la a escala de *planificación y afrontamiento activo* la mayor media se encuentra en el grupo de casados. En la escala de *abandono de los esfuerzos de afrontamiento* el mayor nivel se obtiene en el grupo de participantes viudos. En la escala *centrarse en las emociones y desahogarse* de nuevo el grupo de viudos presenta los mayores niveles. En la escala de *aceptación* el mayor nivel aparece en el grupo de divorciados. En la escala de *refrenar el afrontamiento* también es el grupo de divorciados el que presenta mayores valores. En la escala de *concentrar esfuerzos para solucionar la situación* los mayores valores aparecen en solteros y casados, siendo los valores más bajos para separados, divorciados y viudos. En la escala de *crecimiento personal* los valores más bajos se encuentran en el grupo de separados y viudos. En la escala de *reinterpretación positiva* el valor más alto corresponde al grupo de casados. En la escala de *actividades distractoras de la situación* el valor de la variable más alto también se encuentra en el grupo de casados, y por último en la escala de *evasión* hallamos los valores más elevados en viudos y casados.

Observando en conjunto todos estos valores parece que el grupo que claramente obtiene unos resultados más positivos en el cuestionario COPE es el grupo de casados, por el contrario los grupos de divorciados y viudos puntúan más alto en escalas no deseables. Algunos estudios corroboran menores de niveles de estrés en personas casadas o en pareja frente a personas solteras por ejemplo Maestrepieri (2010), realizó un estudio en el que se observa una producción menor de hormonas relacionadas con el estrés en personas casadas o comprometidas en pareja.

Además también aparecieron diferencias significativas en la escala total del GHQ 28 obteniéndose los valores más elevados en el grupo de viudos. No obstante, puede que la mayor edad de este grupo determine sus peores niveles en dicha escala. En escala de *ansiedad e insomnio* el grupo de viudos vuelve a aparecer con los mayores

niveles, pero en cambio en la subescala de *disfunción social* el grupo de divorciados es el que aparece con mayores niveles, de nuevo seguidos por el grupo de viudos.

Asimismo, resultaron igualmente significativas las diferencias en los totales de las escalas de *Evaluación del Apoyo Social*, el *Test de Orientación Vital*, y la *Escala de Satisfacción Vital*, en las tres los menores valores corresponden a divorciados y separados.

12.1.4. Diferencias según titulación

Teniendo en cuenta los niveles de formación académica de los participantes aparecieron diferencias estadísticamente significativas en las escalas COPE de *religión*, *abandono de los esfuerzos de afrontamiento* y en *centrarse en las emociones y desahogarse*. En las tres escalas los grupos de mayor formación académica (personas con el bachillerato o estudios universitarios) obtuvieron los niveles más bajos. Estos datos pueden suponer un mejor afrontamiento de las personas con estudios a las tareas de cuidado, o bien simplemente haber detectado una mayor capacidad en estos grupos para dar una respuesta socialmente deseable en preguntas referidas al esfuerzo y superación personal.

También aparecieron diferencias estadísticamente significativas en la escala total del GHQ 28 y en las subescalas de *síntomas somáticos*, *disfunción social* y *depresión grave*. En general se observan mayores niveles de estas escalas en el grupo de personas con el bachillerato, pero no en cambio en el grupo de universitarios por lo que, al menos en nuestro estudio, no es posible establecer con seguridad una relación clara.

12.1.5. Diferencias según relación entre cuidador y receptor

Según el mencionado estudio del IMSERSO (2005), cuando los mayores requieren ayuda su cuidador principal suele ser una mujer (84%), de edad intermedia ($M = 53$ años), ama de casa (44%) y en la mayoría de las ocasiones hija (50%) o cónyuge (16%). Datos similares se encuentran en el estudio de Escudero et al. (1999) donde el 90,4% de los cuidadores son mujeres, el 54% hijas, tienen una edad media de 59 años, aunque el 69% de los cuidadores es mayor de 64 años. También es mayoritaria la

presencia de cuidadoras de mediana edad en casi todos los estudios realizados en nuestro país (Alonso et al., 2004; Bazo & Domínguez-Alcón, 1996; Mateo et al., 2000; Rivera, 2001) (citados en IMSERSO, 2005). La muestra utilizada en esta investigación estaba formada por mujeres en un 83,4% de los casos y una media de edad es de 62 años. El 25,3% eran pareja de las personas dependientes, un 41% hijos y un 8,3% hermanos, siendo con diferencia los tres grupos más numerosos.

Según el tipo de relación entre el cuidador y el receptor aparecen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la escala de Zarit. Los mayores niveles de carga se dan en los hijos y en la pareja de la persona dependiente, que por cercanía serían en los que recae una mayor cantidad de tareas y esfuerzo. En un tercer lugar aparece la suegra, aún por encima de padres o hermanos del dependiente. Este caso podría explicarse por una disconformidad en el cuidado de la persona.

A su vez, dentro de las subsescalas del GHQ 28 son significativas las diferencias en la subescala de ansiedad e insomnio con valores más altos en parejas, hijos y hermanos.

En las diferentes subescalas del cuestionario COPE, resultan significativas la escalas de *búsqueda de apoyo social* con niveles más elevados para nietos y nuera; la de *religiosidad*, la de *humor*, la escala de *abandono de los esfuerzos de afrontamiento*, la de *aceptación*, la de *crecimiento personal*, la escala de *actividades distractoras de la situación* y la escala de *evasión*. En general dichos datos son difíciles de interpretar en este estudio debido a que la gran mayoría de la muestra de cuidadores son hijos o la pareja de la persona dependiente y en general ambos muestran valores similares en las diferentes subescalas y es esto lo que resulta más interesante a destacar. La diferencia más notable entre estos dos grupos estaría en el abandono de los esfuerzos de afrontamiento, donde parece que los hijos tienden a “rendirse” antes que la pareja de la persona dependiente.

Además, también resultan significativas las escalas de Evaluación del Apoyo Social con un mayor valor en el caso de los padres de la persona dependiente y el Test de Orientación Vital donde destacan los nietos con mayores niveles.

12.1.6. Diferencias según tiempo empleado en labores de cuidado

Según el tiempo empleado en el cuidado se dan diferencias significativas en el esfuerzo físico requerido que es mayor cuanto más tiempo se dedica al cuidado al igual que sucede con el esfuerzo psicológico.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de *ansiedad e insomnio* del GHQ 28, aunque en este caso los mayores niveles aparecen en cuidadores que dedican muchísimo o poco tiempo en el cuidado. En este segundo caso un análisis más detallado revela que estos valores pueden deberse más bien a que en el grupo de personas que dedican poco tiempo al cuidado en una mayoría llevan haciéndolo durante muchos años. No obstante los datos referidos a la investigación actual son similares a los obtenidos por Fornés, Ponsell y Guasp (2001), referidos 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. De esto podemos afirmar 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.

Aparecen diferencias significativas, a su vez, en las escalas de *Satisfacción Vital*, con mayores niveles en los cuidadores que dedican un tiempo moderado a estas tareas y los valores más bajos en personas que dedican altas cantidades de tiempo. Por último, en el Test de Orientación Vital se encuentra un patrón similar al anterior. Estos datos parecen indicar un cierto valor positivo de las tareas de cuidado siempre que estas no requieran una cantidad excesiva de tiempo y que no se alarguen indefinidamente durante muchos años.

Dentro de las subescalas del cuestionario COPE, aparecen como significativas las diferencias en las escalas de *planificación y afrontamiento activo* que vuelve a mostrar el patrón anterior con mayores niveles en cuidadores que usan una cantidad moderada de tiempo en estas tareas. En cambio en el caso de la escala de *negación* hay una relación inversa entre el tiempo empleado y el valor, es decir a mayor tiempo empleado menor negación del problema. Por último en la escala de *concentrar*

esfuerzos para solucionar la situación, los valores obtenidos son mayores en los cuidadores que dedican poco o moderadamente su tiempo en las tareas de cuidado.

12.1.7. Diferencias según el tipo de ayuda recibida para el cuidado

Si tenemos en cuenta las diferentes ayudas recibidas en el cuidado, se pueden apuntar los siguientes datos.

Para las ayudas económicas se encuentran diferencias significativas en las escalas de Satisfacción Vital con un valor mayor en el caso de no recibir ayudas económicas y también en la cantidad de esfuerzo psicológico, el cual es mayor en los cuidadores con ayudas económicas otorgadas. Estos datos pueden interpretarse en el sentido en el que a los cuidadores solo se les otorgan ayudas económicas en el caso de casos muy severos de dependencia, con lo que sus posibles efectos beneficiosos no serían apreciables.

Lo mismo sucede en el caso de las ayudas a domicilio, en ellas aparecieron diferencias significativas en el estado de salud autopercebido antes de comenzar con las tareas de cuidado el cual era considerablemente mejor que el actual en personas que tienen este tipo de ayudas asignadas. En cambio, sí parece que la relación actual con el familiar dependiente es significativamente mejor en el caso de que se dispongan de ayudas a domicilio.

Si el participante disfrutaba de algún programa de respiro en las tareas de cuidado se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el estado de salud anterior a las labores de cuidado que era significativamente mejor al actual.

Por último, en los casos en los que disfrutaban de sustituciones en sus labores de cuidado se encontraron diferencias significativas en el esfuerzo psicológico necesario siendo claramente menor en las personas con sustituciones. También en la salud actual del cuidador que parece haber mejorado. También se hallan diferencias significativas en el valor de la escala de Zarit con una mejoría en los niveles de carga del cuidador así como en GHQ 28 y todas sus subescalas con mejorías en todas ellas. Además, dentro de las subescalas del COPE, se han encontrado diferencias significativas en la escala búsqueda de apoyo social que es mayor en personas con esta ayuda, y en consumo de

alcohol o drogas y negación ambas de menor nivel en beneficiarios de ayudas de sustitución.

Los programas de sustitución se han entendido como aquellos en los que el cuidador dispone de varios días “libres” en los cuales el dependiente se encuentra con otro familiar o en un centro ocupacional/asistencial. En nuestro estudio parece ser el método más efectivo para prevenir y/o mejorar diversos aspectos de la vida de los cuidadores, así como para que se produzca una reducción de la carga sufrida por el cuidador. Por lo tanto, es necesario seguir haciendo análisis en este sentido, y de confirmarse, encauzar las ayudas en esta dirección.

12.1.8. Diferencias según salud autopercebida

Según Badia, Lara y Roset (2004) un 84% de los cuidadores experimentan algún problema físico, además siete de cada diez padecen dolores de cabeza y cansancio (Roca et al., 2000). Más de la mitad de los cuidadores presentan trastornos del sueño y problemas osteomusculares (Ashi et al., 1995; Badia et al., 2004; Gómez-Ramos & González-Valverde, 2004; Roca et al., 2000). Si comparamos los no cuidadores con los cuidadores, estos últimos, presentan mayor cantidad de sintomatología física (Baumgarten et al., 1992; Baumgarten et al., 1994), peor salud percibida (Baumgarten et al., 1992; Grafström, Fratigoli, Sandman & Winblad, 1992; Rose-Rego, Strauss, & Smith, 1998), mayor dolor y malestar (Badia et al., 2004) y una mayor carga física (Ory, Hoffman, Yee, Tebbstedt & Schulz, 1999). Además los cuidadores tienen un mayor riesgo de hipertensión (Shaw, Patterson, Ziegler, Semple, & Grant, 1999) y mayor cantidad de alergias, afecciones de la piel, cefaleas, lumbalgias, trastornos gástricos e intestinales (Franqueza, 2003). Duermen menos horas (Kiecolt-Glaser, Dura, Speicher, Trask, & Glaser, 1991), presentan una respuesta inmunológica reducida (Irwin & Paterson, 1994; Kiecolt-Glaser et al., 1991; Kiecolt-Glaser & Glaser, 1994) y de hecho les tardan más en cicatrizar las heridas (Kiecolt-Glaser & Marucha, 1995). Asimismo, tienen mayores concentraciones de GABA e insulina (Pomara, Deptula, Galloway, LeWitt, & Stanley, 1989; Vitaliano, Scanlan, Krenz, Schwartz, & Marcovina, 1996) y unos mayores niveles de glucosa, insulina, colesterol, triglicéridos, presión sanguínea y obesidad (Vitaliano, Scanlan, Siegler, McCormick, & Knopp, 1998).

En el presente estudio la salud autopercebida de los cuidadores muestra diferencias significativas tanto para esfuerzo físico como para esfuerzo psicológico y en general se observan altos niveles de esfuerzo cuando los participantes valoran su salud como “muy mala”.

También se aprecia a través de una relación significativa que cuanto peor es la salud del cuidador peor es su relación con el dependiente.

Además aparecen diferencias significativas en la escala de Zarit, cuanto peor valora su salud el cuidador mayores niveles de carga se obtienen, encontrándose los mayores niveles de carga en “muy mala” y los menores niveles de carga en una autovaloración de la salud como “muy buena”.

Tanto en las cuatro subescalas del GHQ 28; síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave, así como en su valor total aparecen diferencias significativas con la salud autopercebida, en todas estas escalas parece haber una progresión de mejora cuanto mejor se valora la salud por parte del cuidador.

En el cuestionario COPE resultan significativas la escala de búsqueda de apoyo social, la de aceptación, la escala de concentrar esfuerzos para solucionar la situación y la de actividades distractoras de la situación.

A su vez también resultas significativas las diferencias respecto a las escalas de Evaluación del Apoyo Social, Satisfacción Vital y el Test de Orientación Vital, de nuevo en estas tres escalas, se puede observar un aumento claro de los valores, al mismo tiempo que mejora la autopercepción de salud de los cuidadores.

12.2. RELACIONES ENTRE VARIABLES

Las variables estudiadas en esta investigación establecen una serie de vínculos y asociaciones que se han agrupado en seis tipos de relaciones entre las variables: 1) correlaciones entre variable sociodemográficas, 2) correlaciones entre variables psicológicas, 3) correlaciones entre variables psicológicas y sociodemográficas, 4) correlaciones entre los diferentes tests realizados, 5) correlaciones de los tests con las variables psicológicas y demográficas, 6) correlaciones entre las subescalas del

Cuestionario COPE y las variables sociodemográficas, y 7) correlaciones entre las subescalas del Cuestionario COPE y las variables psicológicas.

12.2.1. Correlaciones entre variable sociodemográficas

Dentro del estudio se observan correlaciones entre diversas variables de carácter sociodemográfico. Una de ellas se establece de forma positiva entre el estado civil del cuidador con la necesidad de ayuda para todo por parte del dependiente. Puesto que en nuestra escala de estado civil mayores valores representan estar en pareja (casado o pareja de hecho) y los menores niveles corresponden con estar viudo o no tener pareja, podemos entender que la correlación se refiere a que personas viviendo en pareja cuidan a personas con un mayor grado de dependencia.

El nivel de formación académica, en su caso correlaciona con la edad del participante, algo normal si tenemos en cuenta la evolución que ha sufrido España en sus niveles de escolarización en las últimas décadas. También hay una correlación negativa con el tiempo empleado en tareas de cuidado debido quizás a una menor cantidad de tiempo disponible por parte de los cuidadores con alto nivel académico. Se halla una correlación también negativa con la dependencia del familiar, es decir, éstos serían más autónomos y por último una relación positiva con el trabajo del cuidador. Debemos recordar que los participantes más formados académicamente eran los más jóvenes y por tanto en edad de trabajar.

El hecho de que conviva o no con el familiar se asocia a la edad del cuidador y de forma inversa a la dependencia de éste. En general a mayor edad del cuidador es más probable que convivan juntos, y en este caso suele ser la pareja del dependiente, también puede que el vivir juntos produzca que se perciba a la otra persona como “menos” dependiente al no requerirse desplazamientos al domicilio.

Los casos en los que el dependiente necesita ayuda para todo se asocian además de al estado civil, ya mencionado, al nivel de dependencia del mismo y al tiempo ocupado, situaciones todas ellas que parecen dentro de la lógica.

12.2.2. Correlaciones entre variables psicológicas

El esfuerzo psicológico realizado por el cuidador se asocia con el esfuerzo físico y de forma inversa con la salud actual autopercebida del cuidador, datos que parecen lógicos pero importantes para establecer la conexión entre salud autopercebida, esfuerzo físico y esfuerzo psicológico. De esta forma el esfuerzo físico, además de con el psicológico, se asocia también inversamente a la salud autopercebida actual del cuidador.

La relación actual con el cuidador se asocia a la relación que tenían antes y a la salud autopercebida actual del cuidador. Así vemos de nuevo que la situación de salud del cuidador y no sólo la del dependiente son importantes en las tareas de cuidado.

Se puede destacar en este apartado que otros estudios, como los realizados por Wilson, Harold, Stearns, Clipp (2007) señalan que los síntomas depresivos del cuidador, se asocian positivamente a la cantidad de tiempo perdido en el trabajo, es decir los cuidadores con síntomas depresivos en edad de trabajar solicitan un mayor número de bajas en el trabajo. Izawa et al. (2010) indican que los síntomas depresivos de los cuidadores están asociados también con el estado de ánimo de la persona que cuidan aun cuando se controlen variables como la carga del cuidador.

12.2.3. Correlaciones entre variables psicológicas y sociodemográficas

El tiempo empleado en las tareas de cuidado se asocia al esfuerzo físico y al esfuerzo psicológico.

El esfuerzo psicológico además de con las variables ya mencionadas, también se asocia a la recepción de ayudas económicas de forma positiva, es decir a mayor esfuerzo psicológico mayores ayudas económicas. En este caso no parece que las ayudas económicas sirvan de “alivio” en las tareas de cuidado, o bien porque no son útiles o porque no son de la cuantía suficiente. Sí parecen ser útiles las ayudas de sustitución en las labores de cuidado que se asocian de forma inversa al esfuerzo psicológico.

Una mejor salud autopercebida se asocia a la no convivencia con el familiar y de forma positiva nuevamente con la recepción de ayudas de sustitución en el cuidado.

12.2.4. Correlaciones entre los diferentes tests realizados

El cuestionario Zarit de carga del cuidador se asocia de forma estadísticamente significativa con todas las subescalas del GHQ 28; síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Además también correlaciona con el valor total de dicho test. Es decir parece existir una marcada relación entre la salud general y el nivel de carga al que es sometido el cuidador en su día a día.

Por otro lado también resulta significativa la asociación inversa con el valor total del cuestionario de Satisfacción Vital. De nuevo una mayor carga en el cuidador supone una menor satisfacción vital.

Por su parte la escala de satisfacción vital también se asocia significativa e inversamente con la subescala de síntomas somáticos, con la de ansiedad e insomnio, con la de depresión grave y el propio total del GHQ 28. A su vez, resultan significativas las asociaciones con el Test de Evaluación del Apoyo Social y el Test de Orientación Vital volviendo a poner de manifiesto la relación de estos constructos.

Por último, el test de Evaluación del Apoyo social se asocia inversamente con la subescala de depresión grave del GHQ 28, y positivamente con la escala de Satisfacción Vital y el test de Orientación Vital.

12.2.5. Correlaciones de los tests con las variables psicológicas y demográficas

En el caso del cuestionario Barthel se obtiene una asociación al esfuerzo físico de forma inversa (una mayor puntuación en este test supone una menor dependencia). También es necesario destacar que los ítems del test se refieren en su mayoría a actividades motoras de la vida diaria, por lo que parece lógico que valores bajos en el cuestionario Barthel impliquen un mayor esfuerzo físico.

El cuestionario Zarit se asocia a la relación entre cuidador y cuidado de forma inversa, es decir una mejor relación entre ambos se relaciona con menores cargas de cuidado. Con el esfuerzo psicológico se da una correlación positiva y a mayor carga, mayor esfuerzo. Resulta interesante destacar que aunque sea por estrecho margen en el caso del esfuerzo físico esta asociación no llega a ser significativa. También se

encuentran relaciones significativas estadísticamente con las ayudas de sustitución, con la salud autopercebida del cuidador y con la calidad actual en su relación con el familiar, las tres de tipo inverso, y por último con los problemas de comportamiento de la persona a la que cuidan, mayores problemas de comportamiento, mayor puntuación en el cuestionario Zarit.

El valor total del GHQ 28 se asocia inversamente a la relación actual con el familiar, y positivamente con el esfuerzo físico y el esfuerzo psicológico. En el estudio también aparece de nuevo una relación inversa entre el cuestionario de salud general GHQ 28 y los programas de sustitución lo que señala de nuevo la posible eficacia de estos programas. Además hay otras relaciones inversas con la salud actual del cuidador, con la calidad de la relación con el familiar al que cuida y de manera positiva, con el nivel de ayuda que necesita la persona dependiente, con el nivel de dependencia y con los problemas de comportamiento del dependiente. Williamson et al. (2005) indican que uno de los aspectos más perjudiciales para el cuidador son los problemas de comportamiento por parte del dependiente, de hecho, la literatura al respecto señala con frecuencia los problemas de conducta del dependiente como un predictor para el estrés del cuidador (p.ej., Hooker, Monahan, Bowman, Frazier, & Shifren, 1998; Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995).

Si diferenciamos entre las escalas del GHQ 28; la de síntomas somáticos se asocia inversamente con la relación de parentesco con el dependiente (una relación más lejana se relaciona con peores resultados en el cuestionario de salud), y de forma positiva con el esfuerzo físico y el esfuerzo psicológico. También al contrario de lo que ocurre con los programas de sustitución (con una relación inversa en la que hay mejores niveles de salud cuando hay programas de sustitución funcionando) se establece una relación positiva con la recepción de ayudas económicas, esto significaría que las personas que reciben ayudas económicas presentan una peor salud en el GHQ 28. De nuevo se interpretan estos datos en dos direcciones, o bien las ayudas económicas solo llegan a personas que se encuentran en una situación precaria, o en todo caso, se establece que no son lo efectivas que deberían ser, más allá de esto puede que incluso se puedan presentar ambas situaciones por lo que en un futuro sería interesante hacer un estudio exclusivo analizando los distintos programas de ayuda ofrecidos actualmente para los cuidadores de personas dependientes con el fin de comprobar la eficacia de

cada uno de ellos. Si como se presenta en este trabajo las ayudas más efectivas son las de sustitución, debería ser en ellas en las que se invirtiesen más recursos.

Siguiendo con las relaciones de la escala de síntomas somáticos del GHQ 28 se da una relación inversa con la salud actual del cuidador y con la relación actual con la persona que cuida. De forma positiva hay relación con la necesidad de ayuda para todo por parte del dependiente, con la dependencia del familiar y con los problemas de comportamiento de la persona que cuida.

La subescala de ansiedad e insomnio se asocia con el esfuerzo físico y el esfuerzo psicológico, inversamente a la realización de sustituciones, la salud actual del cuidador, con la relación actual con la persona que cuida y con la relación de parentesco con el dependiente. Otras relaciones positivas se establecen con la necesidad de ayuda para todo por parte del dependiente, con la dependencia del familiar, con el tiempo ocupado en cuidado y con los problemas de comportamiento.

La escala de disfunción social se asocia inversamente con los programas de sustitución y con la salud actual del cuidador, apareciendo de nuevo la relación entre apoyo social y salud.

Por último la escala de depresión grave se asocia inversamente con la realización de sustituciones, con la salud actual del cuidador y con la relación actual con la persona que cuida. Es importante señalar que la subescala de depresión grave también se asocia inversamente con la relación de parentesco con el dependiente, de ésta y otras relaciones con el parentesco anteriormente mencionadas (Cuestionario de Zarit, total del GHQ 28 y tres de sus subescalas de síntomas somáticos, de ansiedad e insomnio y depresión grave) se puede extraer cierto beneficio en que el cuidador y el dependiente sean familia.

El test de Evaluación del Apoyo Social se asocia inversamente con el esfuerzo psicológico, mientras que en el caso del esfuerzo físico esta asociación no llegar a ser significativa. También se asocia con la salud actual autopercebida por el cuidador e inversamente con la necesidad de ayuda para todo por parte del dependiente y con los problemas de comportamiento del familiar.

El test de Satisfacción Vital se asocia significativa e inversamente con el esfuerzo físico y el esfuerzo psicológico de igual modo que con la recepción de ayudas

económicas. Hay relaciones, esta vez de signo positivo, con la salud del cuidador y con la relación que tiene con la persona que cuida. Además se hallan otras tres inversas con la dependencia de la persona que cuida, con el tiempo ocupado por las tareas de cuidado y con los problemas de comportamiento de la persona dependiente.

El cuestionario de Orientación Vital se asocia inversamente con el esfuerzo psicológico y con el tiempo ocupado y positivamente con la salud actual autopercebida del cuidador. Tal vez se pueda establecer algún tipo de relación entre la disposición de tiempo libre o para uno mismo y una mejor planificación y orientación vital.

12.2.6. Correlaciones entre las subescalas del cuestionario COPE y las variables sociodemográficas

La subescala de búsqueda de apoyo social del cuestionario COPE correlaciona significativa y positivamente con el estado civil del cuidador, con los programas de sustitución del cuidador y con la salud actual del cuidador. Además se relaciona inversamente con la situación en la que el familiar necesita ayuda para todo.

La subescala de religiosidad correlaciona con la edad del cuidador, con su estado civil e inversamente con su esfuerzo psicológico.

La subescala de humor correlaciona inversamente con el esfuerzo físico realizado y positivamente con el estado de salud anterior al cuidado del familiar.

La escala de consumo de alcohol o drogas correlaciona inversamente con los programas de sustitución y positivamente con la el estado antes de las tareas de cuidado.

La subescala de planificación y afrontamiento activo correlaciona inversamente con el tiempo ocupado en el cuidado, y positivamente con la relación anterior al cuidado con el familiar.

En la subescala de abandono de los esfuerzos de afrontamiento no hemos encontrado correlaciones significativas con el resto de variables sociodemográficas.

La subescala de centrarse en las emociones y desahogarse correlaciona estadísticamente de forma inversa con la relación actual con el familiar.

En la subescala de aceptación no hemos encontrado correlaciones significativas con el resto de variables sociodemográficas.

La subescala de negación correlaciona inversamente con el tiempo ocupado en el cuidado y con los programas de sustitución.

En la subescala de refrenar el afrontamiento no hemos encontrado correlaciones significativas con el resto de variables sociodemográficas.

La subescala concentrar esfuerzos para solucionar la situación correlaciona estadísticamente de forma inversa con el tiempo ocupado en el cuidado y positivamente con la relación anterior con el familiar.

La subescala crecimiento personal correlaciona con el estado civil, la relación anterior al cuidado con el familiar y la relación actual. Además correlaciona inversamente con el tiempo ocupado, el esfuerzo psicológico.

La subescala de reinterpretación positiva correlaciona con el estado civil del cuidador y con la relación anterior que tenía con el familiar. También hay una relación inversa con el esfuerzo psicológico y con los problemas de comportamiento del dependiente.

La subescala de actividades distractoras de la situación correlaciona inversamente con el esfuerzo físico y el esfuerzo psicológico, así como con las ayudas económicas recibidas. Por otro lado en el estudio aparecen relaciones positivas con la relación anterior con el familiar y con la salud autopercebida actual del cuidador.

Por último, la subescala de evasión correlaciona inversamente con el esfuerzo físico realizado en las tareas de cuidado.

12.2.7. Correlaciones entre las subescalas del cuestionario cope y las variables psicológicas

La subescala de búsqueda de apoyo social del cuestionario COPE correlaciona significativamente con la escala de Apoyo social, con la escala de Satisfacción Vital, y con la escala de Orientación Vital. La relación de estas tres escalas muestra una asociación clara entre nuestras relaciones sociales y nuestra satisfacción personal así

como con nuestra capacidad de orientar metas hacia la consecución de objetivos buscados.

La subescala de religiosidad correlaciona con el GHQ 28 total y con sus subescalas de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio y disfunción social. Además también correlaciona con la escala de Apoyo social, con la escala de Satisfacción Vital y con la escala de Orientación Vital.

La subescala de humor correlaciona con la escala de Satisfacción Vital y con la escala de Orientación Vital.

La escala de consumo de alcohol o drogas correlaciona con el valor total de la escala de Zarit, con el GHQ 28 total y con sus subescalas de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio y disfunción social. Además también correlaciona con la escala de Apoyo social, con la escala de Satisfacción Vital y con la escala de Orientación Vital.

La subescala de planificación y afrontamiento activo correlaciona con la escala de Zarit, con la escala de Apoyo social, con la escala de Satisfacción Vital y con la escala de Orientación Vital.

La subescala de abandono de los esfuerzos de afrontamiento correlaciona con la escala de Zarit, con el GHQ 28 total y con sus subescalas de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y la de depresión grave. Además también correlaciona con la escala de Apoyo social, y con la escala de Orientación Vital.

La subescala de centrarse en las emociones y desahogarse correlaciona estadísticamente con la escala de Zarit, con el GHQ 28 total y con sus subescalas de síntomas somáticos y ansiedad e insomnio. Además también correlaciona con la escala de Apoyo social.

La subescala de aceptación correlaciona con el GHQ 28 total y con sus subescalas de síntomas somáticos y ansiedad e insomnio. Además también correlaciona con la escala de Apoyo social y con la escala de Orientación Vital.

La subescala de negación correlaciona con el Zarit, con la escala de Apoyo Social, con la de Satisfacción Vital y con la escala de Orientación Vital.

La subescala de refrenar el afrontamiento correlaciona con el Zarit, con el GHQ 28 total y con sus subescalas de síntomas somáticos y ansiedad e insomnio. También correlaciona con la escala de Apoyo Social y con la escala de Orientación Vital.

La subescala concentrar esfuerzos para solucionar la situación correlaciona con el valor total de la escala Zarit, con el GHQ 28 total y con sus subescalas de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio. Además también correlaciona con la escala de Apoyo social, con la escala de Satisfacción Vital, y con la escala de Orientación Vital.

La subescala crecimiento personal correlaciona con la escala de Apoyo social, con la escala de Satisfacción Vital, y con la escala de Orientación Vital.

La subescala de reinterpretación positiva correlaciona con la escala de Apoyo social, con la escala de Satisfacción Vital, y con la escala de Orientación Vital.

La subescala de actividades distractoras de la situación correlaciona con la escala de Apoyo social, con la escala de Satisfacción Vital, y con la escala de Orientación Vital.

Por último, la subescala de evasión correlaciona con la escala de Apoyo social, con la escala de Satisfacción Vital, y con la escala de Orientación Vital. También correlaciona con el Zarit y con el GHQ 28 total, junto con sus subescalas de síntomas somáticos y ansiedad e insomnio.

12.3. CLASIFICACIÓN DE VARIABLES EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE CARGA

El uso del análisis discriminante permite realizar una clasificación de las variables. En el presente trabajo dicha clasificación se ha hecho en función de la Entrevista de Carga para Cuidadores Informales. Con dichas puntuaciones se han formado dos grupos a partir de la media, por un lado los cuidadores *bajos en carga* y de otro los *altos en carga*, refiriéndose la primera calificación a los sujetos que han obtenido puntuaciones por debajo de la media y, la segunda, a los que se han situado por encima de ella.

Tras el procesamiento para el análisis de los casos, fueron tomados como válidos 190 valores de los 217 con los que cuenta la muestra. De éstos 94 formaban parte del grupo bajo en carga y 96 se encontraban dentro del grupo alto en carga.

Posteriormente en la prueba de igualdad de las medias de los grupos se han obtenido diferencias significativas con respecto a sus puntuaciones en: esfuerzo psicológico, disfrute de programas de sustitución, puntuaciones totales del GHQ 28, escala de síntomas somáticos del GHQ 28, escala de ansiedad e insomnio del GHQ 28, escala de depresión grave del GHQ 28, escala de centrarse en las emociones y desahogarse del COPE, escala de evasión del COPE y en la escala de satisfacción vital (ESV).

12.3.1. Introducción conjunta de valores

Se han realizado muchos estudios destinados a conocer los factores asociados con la salud de los cuidadores pero, en muchas ocasiones, se han centrado en el análisis de las características de la persona que es cuidada y su nivel de dependencia para saber cómo estas influyen en la salud del cuidador, pasando por alto, la mayoría de las veces, sus propias características. Sin embargo, otros estudios realizados (Zanetti et al., 1998) y diversas revisiones de literatura sobre cuidadores informales (Baumgarten, 1989; Ory et al., 2000; Schulz et al., 1995) llevan a establecer que la salud del cuidador y la carga a la que es sometido en las tareas de cuidado son variables más importantes que las variables relacionadas con la persona cuidada. Esto ha hecho que en la presente investigación se analicen variables del cuidador informal como son; la salud general, la satisfacción vital o las estrategias de afrontamiento y siempre teniendo como base una medición de la carga a la que es sometido el cuidador informal en sus tareas.

A partir del valor de los coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas obtenidas en el análisis de los datos, puede deducirse que la importancia de las variables a la hora de predecir el grupo de pertenencia siguen esta secuencia: GHQ 28 total, escala de síntomas somáticos del GHQ 28, escala de ansiedad e insomnio del GHQ 28, escala de centrarse en las emociones y desahogarse del COPE, escala de Satisfacción Vital, disfrute de programas de sustitución, escala de depresión grave del GHQ 28, escala de evasión del COPE y el esfuerzo psicológico empleado.

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 1 y al contrario por debajo de la media. Para las de signo negativo la conclusión sería al contrario. En promedio, los sujetos del grupo 0 (bajos en carga) se hallan en las puntuaciones negativas de la función y los del 1 (altos en carga) en las positivas. Por tanto, este análisis discriminante ha explicado la carga de los cuidadores basándose en las diferencias existentes en función de las seis variables independientes señaladas.

Por su parte, La matriz estructura, que contiene las correlaciones entre las variables discriminantes y la función estandarizada 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, tomando una de ellas la información que comparten.

Por último, el porcentaje global correctamente clasificados ha sido de un 80,5%, siendo el nivel de acierto elevado tanto en el grupo de baja carga como en el de alta carga.

12.3.2. Método por pasos

Con este método se procede de igual forma que con el anterior y se seleccionaron para esta técnica aquellas variables que maximizaban las diferencias entre los grupos, concretamente, esfuerzo psicológico, disfrute de programas de sustitución, puntuaciones totales del GHQ 28, escala de síntomas somáticos del GHQ 28, escala de ansiedad e insomnio del GHQ 28, escala de depresión grave del GHQ 28, escala de centrarse en las emociones y desahogarse del COPE, escala de evasión del COPE y escala de satisfacción.

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.

Las variables que, finalmente, quedaron incluidas en las funciones discriminantes, fueron: la escala de ansiedad e insomnio del GHQ 28, la escala de

centrarse en las emociones y desahogarse del COPE, la escala de satisfacción vital y el disfrute de programas de sustitución.

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: escala de centrarse en las emociones y desahogarse del COPE, escala de satisfacción vital, disfrute de programas de sustitución y la escala de ansiedad e insomnio del GHQ 28.

Por último, el porcentaje global correctamente clasificados ha sido de un 78,9%, siendo el nivel de acierto elevado tanto en el grupo de baja carga como en el de alta carga.

La investigación presentada sobre la carga del cuidador informal puede ayudar a entender mejor la naturaleza de algunos trastornos asociados a las tareas de cuidado de personas dependientes y el papel que pueden jugar los avances científicos y técnicos para modificar las condiciones en que se desarrolla dicha actividad.

En el estudio presente se analizan cuáles pueden ser las variables discriminantes que 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: los cuidadores informales. Además, se es plenamente consciente de las consecuencias positivas y negativas que ello puede generar para quienes conforman el objeto de la atención de dichos cuidados: las personas con algún tipo de dependencia. En definitiva, como sugieren Gil, García y Rodríguez (2001), se trata principalmente de intentar pronosticar las consecuencias del estrés de los cuidadores para tener la capacidad de intervenir de forma preventiva sobre los fenómenos desencadenantes y mediadores que pueden modular la carga.

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. Así, el apoyo emocional es el que más protegía del estrés (Miller, Townsend, Carpenter, Montgomery, Stull, & Young, 2001) y los cuidadores con mayor apoyo emocional y nivel de habilidad tenían menor riesgo de presentar depresión (Yates, Tennstedt, & Chang, 1999).

Además, un mayor apoyo percibido disminuyó el efecto de los estresores sobre el cuidador, en parte manteniendo o aumentando su control situacional (Atienza, Collins, & 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.

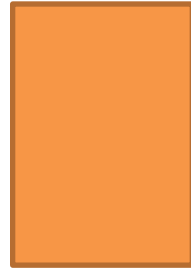
Después del análisis de los trabajos consultados, y la reflexión de los resultados hallados en este estudio, se plantean a continuación diversas cuestiones que pueden servir de estímulo o guía, con idea de continuar investigando en el futuro:

En primer lugar, parece relevante mejorar apropiadamente los niveles de ansiedad de los cuidadores y las posibles alteraciones del sueño que se estén produciendo. Para ello, es recomendable dominar alguna técnica de relajación y hacer ejercicio físico. Esto sugiere la puesta en marcha de actividades saludables para el cuidador. Unido a ello, interesa especialmente tomar conciencia de la salud autopercebida que poseen los cuidadores, dada la importancia que adquiere tanto para la carga como para la presencia de trastornos de salud. También sería necesario analizar el momento presente del ciclo vital del cuidador y hacer un balance realista, con perspectivas futuras de mejora y autocuidado, teniendo en cuenta que la satisfacción vital es una de las variables que en el presente estudio ha determinado la pertenencia a grupos de alta carga. Para ello, es necesario que el cuidador también sea “cuidado” desde las instituciones. En la presente investigación las ayudas de sustitución se han entendido como aquellas en las que el cuidador dispone de varios días “libres” en los cuales el dependiente se encuentra con otro familiar o en un centro ocupacional/asistencial. Este tipo de ayuda se ha relacionado con mejores niveles en

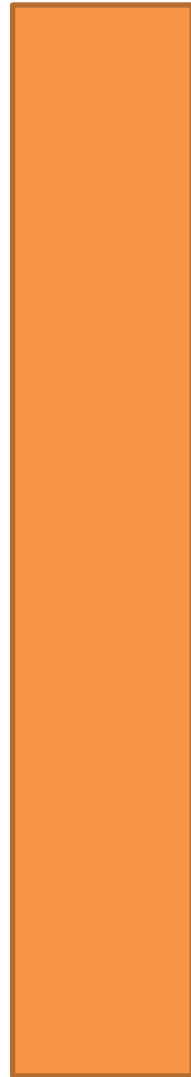
casi todas las escalas deseables para el cuidador y si los resultados son replicados con éxito buena parte de los recursos de la ley de dependencia deberían ir destinados a este tipo de ayudas, en lugar de a otras, a priori menos efectivas, como serían por ejemplo las ayudas económicas.

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. Se puede concluir que en el presente estudio los cuidadores informales con menor nivel de carga tienen el siguiente perfil: a) estar casados o tener una pareja sentimental con la que conviven, b) tener más de 55 años, c) vivir en el mismo hogar que la persona dependiente, y d) disponer de algo de tiempo libre para uno mismo.

En definitiva, con relación a la carga, aparecen niveles más altos en los cuidadores con peor estado de salud general, problemas del estado de ánimo y en aquellos que utilizan modos de afrontamiento pasivos y centrados en la emoción (la escala de centrarse en las emociones y desahogarse del COPE). Parece que el uso de la evitación no disminuye sino que incrementa los problemas de salud mental de los cuidadores, mientras que afrontar activamente los problemas contribuye a una disminución de los problemas de salud mental del cuidador (Crespo & López, 2007). Huir deliberadamente del problema puede contribuir a una reducción inicial del malestar, pero finalmente sólo consigue su ampliación. No obstante, pese a que la evitación no parece recomendable como estrategia de afrontamiento, la eficacia de los distintos tipos de afrontamiento puede depender tanto de la naturaleza de los estresores como del nivel de malestar emocional que presente el cuidador (McKee et al., 1997; Morris & Morris, 1993; Muela, Torres, & Peláez, 2002). La alta autoestima y la sensación de autoeficacia están relacionadas con unos niveles inferiores de ansiedad (Laserna et al., 1997), depresión (Laserna et al., 1997; Semple 1992; Skaff & Pearlin, 1992; Zunzunegui et al., 1999; Zunzunegui et al., 2002), ira (Semple 1992), y una menor presencia de síntomas físicos (Pearlin, 1994). Una percepción positiva de sí mismo y de sus capacidades por parte del cuidador contribuye a un mejor afrontamiento de la carga a la que se ven sometidos.

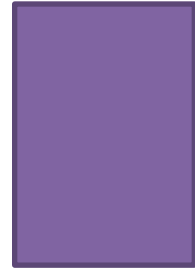


Anexo

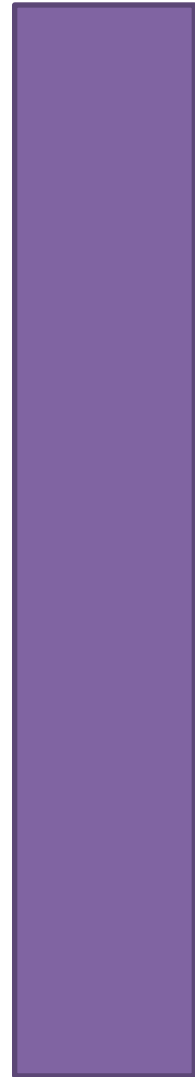


A continuación se identifican los apartados que contiene el cuadernillo que se empleó para la aplicación de las pruebas:

1. Portada.
2. Consentimiento informado.
3. Cuestionario sociodemográfico y de aspectos del cuidado.
4. *Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria de Barthel* (Barthel & Mahoney, 1965).
5. *Entrevista de carga para cuidadores informales de Zarit* (Zarit, Orr, & Zarit, 1985; versión en español de Revuelta, 2005).
6. *Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-28)* (versión en español de Lobo y Muñoz, 1996).
7. *Evaluación del Apoyo Social* (Vaux, Philips, Holly, Thompson, Williams & Stewart, 1986; versión de Andújar y Revuelta, 2001).
8. *Cuestionario COPE* (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; versión de Crespo y Cruzado, 1997).
9. *Escala de Satisfacción Vital* (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985).
10. *Test de Orientación Vital Revisado* (Scheier, Carver & Bridges, 1994; versión de Revuelta y Andújar, 2005).



Bibliografía



BIBLIOGRAFÍA

- Abizanda, P., Gallego, J., Sánchez, P. y Díaz, C. (2000). Instrumentos de valoración geriátrica integral en los servicios de Geriátrica de España: uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo. *Geriátrica 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.
- 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, 61-80.
- 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.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª edición). Washington, DC: Autor.
- Artacoz, 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.
- 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.

- Badia, X., Lara, N. y Roset, M. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Atención Primaria*, 34, 170-177.
- Baumgarten, N. (1989). The health of persons giving care to the demented elderly. A critical review of the literature. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42, 1137-1148.
- Baumgarten, M., Battista, R. N., Infante-Rivard, C., Hanley, J. A., Becker, R. y Gauthier, S. (1992). The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 61-70.
- Baumgarten, M., Hanley, J. M., Infante-Rivard, C., Battista, R., Becker, R. y Gauthier, S. (1994). Health of family members caring for elderly persons with dementia. *Annals of Internal Medicine*, 120, 126-132.
- Bazo, M., Domínguez, A. (1996). El cuidado familiar de 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.
- 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.
- Bowling, A. (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and un successful survival of ederly people in the community: an analysis of concepts and a review of the evidence. *Family Practice*, 8, 68-83.

- Bowlby, J. (2003). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Carver, Ch. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. Nueva York: Norton.
- Carver, Ch. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Ciudad, A. (1999). Envejecimiento y salud: el papel de la familia y las instituciones. *Metas*, 19, 47-51.
- 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.
- Cox, T. (1978). *Stress*. Nueva York: Mc Millan.
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La intervención 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.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes*. Cuidarse para cuidar. Madrid: Ed. Pirámide.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg Thompson, S., Carusi, D. A. y Gorahein, 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.
- 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.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- 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.
- Rietveld, S., Everaerd, W. & Creer, T.L. (2000). Stress-induced asthma: a review of research and potential mechanisms. *Clinical and Experimental Allergy*, 30, 1058-1066.
- Everly, G. S. (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nueva York: Plenum.
- Ferrer, F. (2001). Estrés en profesionales de enfermería de nueva incorporación. *Rol de enfermería*, 24, 3, 177-180.
- 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.
- 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., Ponsell, E. y Guasp, E. (2001). Ansiedad y estrés en enfermería. *Rol del Enfermería*, 24, 1, 51-56.
- Franqueza, M. C. (2003). ¿Quién cuida al cuidador? *Informaciones Psiquiátricas*, 172, 221-249.
- 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.
- 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.
- Gómez-Ramos, M. J. y González-Valverde, F. M. (2004). El cuidador del paciente con demencia: aplicación del test Índice del Esfuerzo del Cuidador. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39, 154-159.
- González, M. (1997). Morbilidad psiquiátrica en los familiares cuidadores de ancianos con demencia. Tesis doctoral. Departamento de Psiquiatría. Universidad Complutense de Madrid.

- Grafström, M., Fratigoli, L., Sandman, P. O. y Winblad, B. (1992). Health and social consequences for relatives of demented and non demented elderly: A population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 861-870.
- 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.
- Guimarães, O. y Partezani, R. (1999). Representaciones del cuidador familiar ante el anciano con ACV. *Rol de Enfermería*, 22, 6, 453-464.
- Haley, W. E. (1997). The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology*, 48, 25-29.
- Haley, W. E., Roth, D. L., Coleton, M. I., Ford, G. R., West, C. A., 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.
- Herrera, C., Silverira, P., Díaz, M. y Lara, L. (1999). Aspectos psicológicos relacionados con la aparición del síndrome del cuidador. Supl. 3. Medicentro. Santa Clara. Villa Clara.
- Holmes, T. y Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- 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. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 53B, 73-85.
- Hunt, G. G., Ginzler, E. G., & Barrett, L. (2004). *Caregiving in the U.S.* Bethesda, MD: National Alliance for Caregiving and American Association of Retired Persons.

- IMSERSO (2005). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". Colección de estudios: Serie Dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Irwin, M. y Patterson, T. L. (1994). Neuroendocrine and neural influences on stress-induced suppression of immun function. En E. Light, G. Niederehe, y B. D. Lebowitz (Eds.), *Stress effects on family caregivers of alzheimer's patients. Research and interventions* (pp. 76-92). Nueva York: Springer Publishing Company.
- Izawa, S., Hasegawa, J., Enoki, H., Iguch, A. & Kuzuya, M. (2010). Depressive symptoms of informal caregivers are associated with those of community-dwelling dependent care recipients. *Internaitional Psychogeriatrics*, 22:8, 1310-1317.
- Katz, S, Ford, A. B., Moskowitz, R. W. et al. (1963). Studies of illness in the age. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R. et al. (1970). Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*, 10, 20-30.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Dura, J. R., Speicher, C. E., Trask, O. J. y Glaser, R. (1991). Spousal caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic Medicine*, 53,345-362.
- Kiecolt-Glaser, J. y Glaser, R. (1994). Caregivers, mental health, and immune function. En E. Light, G. Niederehe, y B. D. Lebowitz (Eds.), *Stress effects on family caregivers of alzheimer's patients. Research and interventions* (pp. 64-75). Nueva York: Springer Publishing Company.
- Kiecolt-Glaser, J. K. y Marucha, P. T. (1995). Slowing of wound healing by psychological stress. *Lancet*, 346, 1194-1196.

- 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.
- Laserna, J. A., Castillo, A., Peláez, E. M., Navío, L. F., Torres, C. J., Rueda, S., Ramírez, M. N. y Pérez, M. (1997). Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicología Conductual*, 5, 364-373.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- 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). Enviromental 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.
- 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.

- López, P., Vilorio, A., Pallardo, B., Cerrada, A., Lázaro, 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.
- Maestripieri, D. (2010). Testosterone congeners; marriage and committed romance reduce stress-related hormone production. *Psychology & Psychiatry Journal*, 89.
- Martínez, J. (2004). *Estrés laboral*. Madrid: Prentice Hall.
- 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.
- McKee, K. J., Whittick, J.E., Ballinger, B.B., Gilhooly, M. M. L., Gordon, D. S., Mutch, W. J. y Philp, I. (1997). Coping in family supporters of elderly people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 323-340.
- 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.
- Miller, L. H. y Smith, A. D. (1997). *The Stress Solution*. Washington DC: American Psychological Association.
- 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.

- Muela, J. A., Torres, C. J. y Peláez, E. M. (2002). Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*, 14, 558-563.
- Ochoa, E. (1998). Intervenciones psicosociales, demencias y enfermedad de Alzheimer: presente y futuro. *Geriatrka*, 14, 9, 33-37.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Carta Constitucional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ory, M. G., Hoffman, R. R., Yee, J. L., Tebbstedt, S. y Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *Gerontologist*, 39, 177-185.
- Ory, M. G., Yee, J. L., Tennstedt, S. L. y Schulz, R. (2000). The extend and impact of dementia care: unique challenges experienced by family caregivers. En R. Schulz (Ed.), *Handbook on dementia caregiving. Evidence-based interventions for family caregivers* (pp. 1-32). Nueva York: Springer Publishing Company.
- Palenzuela, D. (1990). *Personalidad y psicología clínica*. Universidad de Salamanca: Crisol.
- 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.
- Pearlin, L. I. (1994). Conceptual strategies for the study of caregiver stress. In E. Light, G. Niederehe y B. D. Lebowitz (Eds.), *Stress effects on family caregivers of alzheimer's patients. Research and interventions* (pp. 3-21). Nueva York: Springer Publishing Company.

- Pelechano, V. (1991). Familia, stress y enfermedad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 55, 730-774.
- Pelechano, V., Matud, P. y De Miguel, A. (1994). Estrés no sexista, salud y personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 317-519.
- Pérez López, C. (2005). *Métodos estadísticos avanzados con SPSS*. Madrid: Thompson España.
- 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., Iruarrizaga, I. y Camuñas, N. (2000). Prevención y control del estrés en el ámbito hospitalario. *Interpsiquis*, 1.
- 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.
- 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.
- Pomara, N., Deptula, D., Galloway, M. P., LeWitt, P. A. y Stanley, M. (1989). CSF GABA in caregiver spouses of Alzheimer patients. *American Journal of Psychiatry*, 146, 787-788.
- 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.

- Proot, I. M., Abu-Saad, H. H., Crebolder, H. F., Goldsteen, M., Luker, K. A., & Widdershoven, G. A. (2003). Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home: Balancing between burden and capacity. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 113-121.
- 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.
- 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.
- Revuelta Pérez, F. y Andújar Barroso, R. T. (2005). *Adaptación al español de la Escala de Satisfacción Vital*. Documento 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. (2008). *La Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit, Orr y Zarit (1985)*. Documento no publicado.
- Roca, M., Úbeda, I., Fuentelsaz, C., López, R., Pont, A., García, L. y Pedreny, R. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria*, 26, 53-67.
- Rodin, B. y Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.
- Rodríguez, M. (2005). Implicaciones para el personal de salud de las situaciones dilemáticas. *Interpsiquis*.

- Rose-Rego, S. K., Strauss, M. E. y Smyth, K. A. (1998). Differences in the perceived well-being of wives and husbands caring for persons with Alzheimer's disease. *Gerontologist*, 38, 224-230.
- 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.
- 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.
- Scheier, M. F. y Carver, Ch. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, 35, 771-791.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. Nueva York: McGraw Hill.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworth.

- Semple, S. J. (1992). Conflict in Alzheimer's caregiving families: Its dimensions and consequences. *Gerontologist*, 32, 648-655.
- Shaw, W. S., Patterson, T. L., Ziegler, M. G., Semple, S. J. y Grant, I. (1999). Accelerated risk of hypertensive blood pressure recordings among Alzheimer caregivers. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 215-227.
- Skaiff, M. M. y Pearlin, L. I. (1992). Caregiving: Role engulfment and the loss of self. *Gerontologist*, 32, 656-664.
- 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.
- 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.
- Vila, J. (1997). Necesidades de los familiares de los pacientes con demencia.
- Vitaliano, P. P., Scanlan, J. M., Krenz, C., Schwartz, R. S. y Marcovina, S. M. (1996). Psychological distress, caregiving, and metabolic variables. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51, 290-299.
- Vitaliano, P., Scanlan, J. M., Siegler, I. C., McCormick, W. C. y Knopp, R. H. (1998). Coronary heart disease moderates the relationship of chronic stress with the metabolic syndrome. *Health Psychology*, 17, 520-529.
- 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.

- Williamson et al. (2005). Caregiver Resentment: Explaining Why Care Recipients Exhibit Problem Behavior. *Rehabilitation Psychology*, 50, 215-223.
- Wilson, M. R., Harold, C. V., Stearns, S. C. y Clipp, E. C. (2007). Depression and Missed Work among Informal Caregivers of Older Individuals with Dementia. *Journal of Family and Economic Issues*, 28, 684-698.
- 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.
- Ybema, J. F., Kuijer, R. G., Hagedoom, M., & Buunk, B. P. (2002). Caregiver burnout among intimate partners of patients with a severe illness: An equity perspective. *Personal Relationships*, 9(1), 73-88.
- Yueh-Ching Chou, Li-yeh Fu, Li-Chan Lin y Yue-Chune Lee. (2011). Predictors of subjective and objective caregiving burden in older female caregivers of adults with intellectual disabilities. *International Psychogeriatrics*, 23, 562–572.
- Zanetti, O., Frisoni, G. B., Bianchetti, A., Tamanza, G., Cigoli, V. y Trabucchi, M. (1998). Depressive symptoms of Alzheimer caregivers are mainly due to personal rather than patient factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 358-367
- 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.

Zunzunegui, M. V., Béland, F., Llácer, A. y Keller, I. (1999). Family, religion, and depressive symptoms in caregivers of disabled elderly. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 364-369.

Zunzunegui, M. V., Llácer, A. y Béland, F. (2002). The role of social and psychological resources in the evolution of depression in caregivers. *Canadian Journal on Aging*, 21, 355-368.