



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

Facultad de Psicología

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos
Psicológicos**

**INFLUENCIA DE LAS EMOCIONES POSITIVAS EN LA
SALUD DE LOS CUIDADORES DE ENFERMOS DE
ALZHEIMER**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

José Manuel Ponsoda Tornal

Dirigida por:

Dra. Amelia Díaz Martínez

Programa de doctorado:

295D Psicología de la Personalidad, Intervención, Áreas Clínicas y Sociales

VALENCIA, 2015

AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis la Dra. Amelia Díaz Martínez por su ayuda, dedicación, esfuerzo y profesionalidad mostrada en todo momento.

A mi mujer Carina por su apoyo incondicional, comprensión, paciencia y porque en los momentos más difíciles siempre ha estado a mi lado.

A mi hija Daniela, la gran motivación de mi vida. Su mirada, su sonrisa y sus gestos me han dado mucha fuerza y positividad a lo largo de toda la investigación.

A mis padres Gilberto y Elisa que siempre me han apoyado en todo y gracias a ellos he podido llegar hasta aquí.

A todas las personas que en algún momento se han interesado por el estudio.

Finalmente, a las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer colaboradoras y a los cuidadores familiares participantes, ya que sin ellos no hubiera sido posible llevar a cabo la presente investigación.

ÍNDICE

I. MARCO TEÓRICO.....	1
1.1. Introducción.....	3
1.2. La demencia.....	5
1.2.1. Concepto y definición de demencia.....	5
1.2.2. Incidencia y prevalencia de la demencia.....	6
1.3. La enfermedad de Alzheimer.....	7
1.3.1. Breve reseña histórica de la enfermedad.....	7
1.3.2. Qué es la enfermedad de Alzheimer.....	9
1.3.3. Epidemiología y coste económico de la enfermedad.....	12
1.3.4. Factores de riesgo.....	14
1.3.5. Diagnóstico de la enfermedad.....	14
1.3.6. Criterios diagnósticos.....	15
1.3.7. Evolución de la enfermedad.....	18
1.4. Los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer.....	24
1.4.1. Razones por las que el familiar decide cuidar al enfermo de Alzheimer.....	28
1.4.2. Etapas del cuidado: adquisición del rol de cuidador y fase de duelo.....	29
1.4.3. Sobrecarga asociada al cuidado.....	31
1.4.3.1. El Modelo del Proceso del Estrés de Pearlin.....	34
1.4.4. Consecuencias negativas para la salud de los cuidadores asociadas al cuidado.....	38
1.4.4.1. Repercusiones bio-psico-sociales.....	40
1.4.5. Repercusiones en la calidad de vida y en la relación de ésta con la salud de los cuidadores familiares.....	44
1.4.6. La importancia del apoyo social para los cuidadores.....	46
1.4.7. Beneficios asociados al cuidado.....	47
1.5. La Psicología Positiva.....	51
1.6. Las emociones.....	54
1.7. Emociones positivas y variables asociadas.....	55
1.7.1. Emociones positivas, emociones negativas y psicología clínica.....	59

1.7.2. Emociones positivas y salud.....	61
1.7.3. Emociones positivas y afrontamiento.....	65
1.7.4. Optimismo.....	66
1.7.5. Humor.....	71
1.7.6. Felicidad.....	76
1.7.7. Satisfacción con la vida.....	80
1.7.8. Resiliencia.....	80
1.8. Objetivos e hipótesis.....	84
II. MÉTODO.....	89
2.1. Introducción.....	91
2.2. Diseño.....	91
2.3. Descripción de la muestra.....	91
2.4. Instrumentos utilizados.....	98
2.5. Procedimiento.....	110
III. RESULTADOS.....	113
3.1. Introducción.....	115
3.2. Análisis diferenciales.....	115
3.2.1. Análisis diferenciales entre mujeres cuidadoras y hombres cuidadores.....	116
3.2.2. Análisis diferenciales entre cuidadores más jóvenes y más mayores.....	117
3.2.3. Análisis diferenciales entre cuidadores con buena y mala salud física.....	119
3.2.4. Análisis diferenciales entre cuidadores con buena y mala salud mental.....	120
3.2.5. Análisis diferenciales entre cuidadores que llevan menos y más meses dedicados al cuidado.....	122
3.2.6. Análisis diferenciales entre cuidadores que dedican menos y más horas al día al cuidado.....	124
3.2.7. Análisis diferenciales entre cuidadores con bajo y alto optimismo.....	125

3.2.8. Análisis diferenciales entre cuidadores con baja y alta percepción de beneficio asociado al cuidado.....	127
3.2.9. Análisis diferenciales entre cuidadores con bajo y alto nivel de felicidad.....	128
3.2.10. Análisis diferenciales entre cuidadores con bajo y alto sentido del humor.....	129
3.2.11. Análisis diferenciales entre cuidadores con baja y alta satisfacción con la vida.....	130
3.2.12. Análisis diferenciales entre cuidadores con baja y alta resiliencia.....	132
3.3. Análisis ANOVA y Bonferroni.....	133
3.4. Análisis correlacionales entre las variables.....	135
3.4.1. Análisis correlacionales entre las variables independientes...	135
3.4.2. Análisis correlacionales entre las variables dependientes.....	136
3.4.3. Análisis correlacionales entre las variables dependientes y las variables independientes.....	141
3.5. Análisis de mediación.....	145
3.5.1. El papel mediador del optimismo entre las horas al día cuidando y la sobrecarga.....	145
3.5.2. El papel mediador de la satisfacción con la vida entre las horas al día cuidando y la sobrecarga.....	146
3.5.3. El papel mediador de la calidad de vida entre las horas al día cuidando y la sobrecarga.....	147
3.5.4. El papel mediador del apoyo social entre las horas al día cuidando y la sobrecarga.....	148
3.5.5. El papel mediador de la sobrecarga entre las horas al día cuidando y la mala salud mental.....	149
3.5.6. El papel mediador del apoyo social entre las horas al día cuidando y la mala salud mental.....	150
3.5.7. El papel mediador del optimismo entre las horas al día cuidando y la mala salud mental.....	151
3.5.8. El papel mediador de la felicidad entre la sobrecarga y la salud física.....	152

3.5.9. El papel mediador de la satisfacción con la vida entre la sobrecarga y la salud física.....	153
3.5.10. El papel medidor de la calidad de vida entre la sobrecarga y la salud física.....	154
3.6. Análisis de regresión lineal múltiple.....	156
IV. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	159
4.1. Introducción.....	161
4.2. Conclusiones.....	161
4.3. Discusión.....	177
4.4. Ámbito de aplicación de la investigación, limitaciones encontradas y reflexiones generales.....	188
V. BIBLIOGRAFÍA.....	193
VI. ANEXOS.....	245
1. Hoja de consentimiento Informado.....	247
2. Registro sociodemográfico.....	251
3. Escala de Estilos de Afrontamiento (COPE abreviada).....	255
4. Escala de Carga del Cuidador (ZARIT).....	259
5. Cuestionario de Apoyo Social Funcional (DUKE-UNC).....	263
6. Cuestionario de Salud General (GHQ-12).....	267
7. Escala de Calidad de Vida en Cuidadores Familiares de Enfermos con Enfermedad Grave (QOLLTI-F).....	271
8. Escala de Ganancia en el Cuidado de un Enfermo de Alzheimer (GAIN).....	275
9. Test de Orientación en la Vida (LOT-R).....	279
10. Escala Multidimensional del Sentido del Humor (MSHS).....	283
11. Escala de Felicidad Subjetiva (SHS).....	287
12. Escala de Satisfacción con la vida (SWLS).....	291
13. Escala de Resiliencia (CD-RISC).....	295

I. MARCO TEÓRICO

1.1. Introducción

En la actualidad estamos siendo testigos de un creciente envejecimiento de la población en los países industrializados. Entre 1900 y 1980, la esperanza de vida en los países industrializados creció un 50%, produciendo un incremento del 20-40% en el número de personas con más de sesenta y cinco años (Bergener & Reisberg, 1989). Este envejecimiento de la población, lleva asociado un significativo incremento de las llamadas enfermedades ligadas a la edad, como es el caso de la demencia (Rodríguez & Sánchez, 2004).

En España, la mayoría de las personas dependientes son cuidadas por su familia. A este tipo de cuidado se le conoce como cuidado informal, familiar o no profesional (Rogero-García, 2009). Cuidar a un familiar enfermo de Alzheimer produce consecuencias perjudiciales para la salud física y mental de su cuidador (Garre-Olmo et al., 2000; Pinguart & Sörensen, 2003; Vitaliano, Zhang & Scanlan, 2003), afectando a sus relaciones familiares y sociales, así como también a su situación económico-laboral (Losada, Montorio, Izal & Márquez, 2006).

El progresivo deterioro cognitivo y funcional que provoca la enfermedad de Alzheimer, hace que conforme la enfermedad avanza, la persona afectada sea cada vez más dependiente y precise mayor asistencia. Esta situación, provoca un fuerte impacto en el entorno del paciente, y en especial en su cuidador principal (Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990).

El cuidador familiar de un enfermo de Alzheimer experimenta diversas emociones durante el tiempo que dura el cuidado. En este sentido, la mayoría de los investigadores dedicados al estudio de las emociones, se han centrado en las emociones negativas. La tendencia a estudiar lo que amenaza el bienestar de las personas ha llevado a centrarse fundamentalmente en las emociones negativas y a olvidar las positivas (Sears, 1983). Pero la psicología no sólo se basa en el binomio enfermedad-salud mental, (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Por este motivo, en los últimos años esta tendencia está cambiando y son muchos los psicólogos que investigan la función

adaptativa de las emociones positivas dentro del marco aportado por la Psicología Positiva (Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Diversos estudios vienen demostrando que experimentar emociones positivas puede tener efectos beneficiosos para la salud. Por ello, con la presente investigación nos proponemos investigar la influencia de las emociones positivas en la salud de una muestra de cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer.

En la primera parte de la investigación empezaremos definiendo la demencia, así como su incidencia y prevalencia. A continuación, nos centraremos en la enfermedad de Alzheimer en sí misma: haciendo una breve reseña histórica de la enfermedad, describiendo qué es la enfermedad, su epidemiología y coste económico, los factores de riesgo, el diagnóstico y los criterios diagnósticos, así como también su evolución. Seguidamente, nos centraremos en este caso en los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer: describiendo las razones por las que el familiar decide cuidar al enfermo, las etapas del cuidado, la sobrecarga asociada al cuidado, explicaremos el Modelo del Proceso del Estrés de Pearlin, las consecuencias negativas para la salud de los cuidadores asociadas al cuidado, las repercusiones tanto bio-psico-sociales como en la calidad de vida y en la relación de ésta con la salud de los cuidadores, la importancia del apoyo social, y finalizaremos el punto dedicado a los cuidadores familiares con los beneficios asociados al cuidado. A continuación entraremos de pleno en la Psicología Positiva, adentrándonos en primer lugar en las emociones en general y en segundo lugar de manera más específica en las emociones positivas y variables asociadas: emociones positivas, emociones negativas y psicología clínica, relación existente entre emociones positivas, salud, y afrontamiento. Para terminar el punto dedicado a las emociones positivas y variables asociadas, nos centraremos en las siguientes variables: optimismo, humor, felicidad, satisfacción con la vida y resiliencia. Por último, se presentarán los objetivos e hipótesis que vamos a poner a prueba en este trabajo.

1.2. La demencia

1.2.1. Concepto y definición de demencia

El término demencia deriva del latín "demens, dementatus" y significa: sin mente. A principios del siglo XX, ya se definía la demencia como un estado de deterioro intelectual crónico debido a lesiones específicas cerebrales. En 1914 Esquirol definió la demencia como una afección ordinariamente sin fiebre y crónica, caracterizada por un debilitamiento de la sensibilidad, la inteligencia y la voluntad, con incoherencia de ideas y defecto de la espontaneidad intelectual y moral. El hombre con demencia ha perdido la facultad de percibir espontáneamente los objetos, captar sus relaciones, comparar, preservar el recuerdo por completo y le resulta imposible razonar con éxito.

A partir del año 1970, el interés por los estudios sobre las demencias fue en aumento, ello hizo que en nuestro país aparecieran diversas revisiones y publicaciones importantes sobre el tema, siendo el concepto de demencia tratado por diversos autores (Junqué & Jurado, 1994; Lishman & Ron, 1980). De hecho las referencias sobre las demencias en la literatura médica eran muy escasas hasta hace pocos años (tan solo tres en 1935, veinticinco en 1950, a más de noventa mil en 2007) (Savva & Brayne, 2010).

En 1984, McKhann, Drachman, Folstein, Katzman, Price y Stadlan, explicaron bien el diagnóstico de demencia, refiriéndose al declive de las funciones cognitivas en comparación con el nivel previo del funcionamiento del paciente, determinado por la historia de declive, por las alteraciones apreciadas en el examen clínico y por test neuropsicológicos.

En la actualidad, la demencia se define como un síndrome adquirido, de naturaleza orgánica, que se caracteriza por un deterioro permanente de la memoria y de otras funciones intelectuales, frecuentemente acompañado de otras manifestaciones psicopatológicas y del comportamiento, sin alteración del nivel de la conciencia y con afectación del funcionamiento social y/o laboral de la persona afectada (Sociedad Española de Psiquiatría [SEP], 2000).

Existen muchas definiciones de demencia, pero son muchos los aspectos comunes a todas ellas: es adquirida (existencia de deterioro en relación al nivel previo de funcionamiento de la persona), tiene una causa orgánica, sin alteración del nivel de conciencia (por lo menos hasta el final de la enfermedad), deterioro de varias funciones cognitivas e incapacidad para realizar actividades funcionales premórbidas (Perea & Ladera, 2005).

1.2.2. Incidencia y prevalencia de la demencia

Cuando hablamos de demencia, tanto la incidencia como la prevalencia se incrementan de forma exponencial con la edad en prácticamente todos los estudios. Aunque existen diferencias notables entre los resultados, éstas se deben al uso de metodologías distintas, criterios diagnósticos diferentes, características sociodemográficas de la población estudiada y tasa de respuesta (López-Pousa & Garre-Olmo, 2010; Savva & Brayne, 2010).

La incidencia de la demencia en general, se estima en 5-10 casos por cada 1.000 personas/año con edades comprendidas entre los 64 y los 69 años, y en 40-60 casos por cada 1000 personas/año con edades comprendidas entre los 80 y los 84 años (Savva & Brayne, 2010). Las mujeres por encima de los 55 años tienen el doble de riesgo de padecer demencia que los hombres, tanto por su mayor expectativa de vida como por la mayor incidencia de enfermedades a edades avanzadas, tal y como demuestra el estudio Rotterdam (Ott, Breteler, Van Harskamp, Stijnen & Hofman, 1998). La incidencia anual de demencia en un estudio realizado en España se estimó en 10-15 casos por cada 1.000 personas/año en personas mayores de 65 años de edad (Bermejo-Pareja, Benito-León, Vega, Medrano & Román, 2008).

Respecto a la prevalencia existen muchos más estudios. En general, la prevalencia de la demencia está por debajo del 2% en el grupo de personas con edades comprendidas entre los 65 y los 69 años, este valor se duplica cada 5 años y alcanza un 10-17% en el grupo de personas con edades comprendidas entre los 80 y los 84 años, llegando a valores del 30% por encima de los 90 años de edad (Förstl, Maelicke & Weichel, 2007). En España

la prevalencia de la demencia para los mayores de 65 años se sitúa entre el 5.2-16.3% (López-Pousa & Garre-Olmo, 2010), llegando al 22% en los hombres con edades superiores a los 85 años y al 30% en las mujeres del mismo grupo de edad (Antón, 2010). Las predicciones de futuro no son nada alentadoras, ya que indican que la situación no va a mejorar, las proyecciones realizadas para el año 2050 auguran que la prevalencia de la demencia actual se cuadruplicará (Ferri et al., 2005).

Las enfermedades crónicas causaron el 63% de las muertes en el mundo durante 2008 y se espera que causen el 75% en 2020, y entre ellas destaca la demencia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011). Actualmente en el mundo se estima que existen 24,3 millones de personas con demencia y cada año se suman unos 4,6 millones de nuevos casos. Los cálculos establecen que se da un nuevo caso de demencia cada siete segundos y que para el año 2040 el mundo tendrá 81,1 millones de personas con demencia, de los cuales entre el 50-55% serán debido a la demencia tipo Alzheimer (Alzheimer's Disease Internacional, 2009). Finalmente, señalar que de todas las demencias existentes, la enfermedad de Alzheimer es la causa de demencia más frecuente a nivel mundial (OMS, 2012).

1.3. La enfermedad de Alzheimer

1.3.1. Breve reseña histórica de la enfermedad

Aunque no fue el primero que investigó y describió esta enfermedad, sí que debemos el nombre de la misma al Dr. Alzheimer (Maurer & Maurer, 2006).

En noviembre de 1906 Alois Alzheimer describió el caso de la paciente Auguste Deter a un grupo de psiquiatras reunidos en un congreso de Tübingen. Su conferencia se tituló "*Sobre una enfermedad específica de la corteza cerebral*". Sin embargo, su investigación no le valió el reconocimiento médico entonces. Poco después su jefe en la clínica de Múnich, Emil Kraepelin, fundador de la nueva psiquiatría, decidió incluir la descripción de los síntomas de Auguste Deter en la octava edición de su libro *Psychiatrie*, publicado en

1910 y la bautizó como “enfermedad de Alzheimer” a pesar de que Alzheimer no fue el primero en describirla. Ya habían hablado de ella antes Oskar Fischer, Francesco Bonfiglio y Graetano Perusini (Ruiz, 2007).

Parte de la descripción realizada por el Dr. Alzheimer fue la siguiente (Belloch, Sandín & Ramos, 2004, p. 775):

Una mujer de 51 años de edad se mostró celosa hacia su esposo como primer signo detectable de la enfermedad. Pronto observó una pérdida de memoria rápidamente progresiva. No podía encontrar el camino en su propio domicilio. Transportaba objetos de un lado para otro y los tiraba. A veces creía que alguien quería asesinarla y empezaba a gritar en voz muy alta.

Su capacidad para recordar se hallaba gravemente alterada. Cuando se le señalaban objetos la paciente los nombraba en su mayoría correctamente, pero después lo olvidaba todo de nuevo. Al leer, pasaba de una línea a otra o leía cartas con un énfasis sin sentido... Al hablar, frecuentemente empleaba frases confusas y algunas expresiones parafrásicas (contenedor de leche en vez de taza). A veces sentía que la estaban golpeando. Había preguntas que obviamente no comprendía. Parecía que ya no fuera a comprender más la utilización de ciertos objetos. Su marcha se hallaba conservada y podía emplear correctamente ambas manos por igual. Los reflejos rotulianos se hallaban presentes y sus pupilas eran reactivas.

Durante la evolución posterior, los fenómenos que se interpretaron como síntomas focales a veces eran apreciables y a veces menos, pero siempre eran únicamente de carácter leve. Sin embargo, progresó hasta la demencia generalizada. Al cabo de cuatro años y medio de enfermedad sobrevino la muerte. Al final la paciente se hallaba completamente estuporosa; yacía en su cama con las piernas flexionadas y pese a todo tipo de precauciones presentó úlceras de decúbito.

El Dr. Alois Alzheimer murió el 19 de diciembre de 1915, a los 51 años, cinco años después de la publicación del libro de Kraepelin. Las lesiones histopatológicas del cerebro de Auguste Deter han podido ser estudiadas de nuevo y se publicaron en 1998 en la revista *Neurogenetics* (Graeber, Kösel, Grasbon-Frodl, Möller & Mehraein, 1998).

1.3.2. Qué es la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer, es una entidad clínico-patológica degenerativa y progresiva, que se caracteriza clínicamente por la presencia de deterioro cognitivo y demencia y neuropatológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas. La enfermedad de Alzheimer es, con diferencia, el tipo de demencia más frecuente, representa hasta el 70% de los casos de demencia. En la mayoría de los casos aparece de forma esporádica pero también existen casos familiares, algunos de los cuales se asocian a mutaciones conocidas de transmisión autosómica dominante (Alberca, 2009; Molinuevo & Peña-Casanova, 2009). Se caracteriza por un inicio insidioso y un curso lentamente progresivo que típicamente se manifiesta por la presencia de problemas de memoria pero que, conforme progresa, implica otras funciones cognitivas además de alterar otros aspectos de la persona, como la conducta o la personalidad (Alberca & López-Pousa, 2002). También afecta a la capacidad para aprender y recordar sucesos, al lenguaje (anomia y afasia) y a la función ejecutiva (Cummings & Cole, 2002). Provoca el declive en el funcionamiento intelectual abarcando funciones como la atención, memoria, lenguaje, praxias, gnosias y funciones ejecutivas (Arango, Fernández & Ardila, 2003).

La enfermedad de Alzheimer, es una enfermedad muy incapacitante, progresivamente provoca deterioro cognitivo y pérdida de habilidades, reduce las actividades cotidianas y disminuye la calidad de vida de quien la padece (Almkvist & Winblad, 1999; Brod, Steward, Sands & Walton, 1999; Lawton, 1994; Lopera et al., 1997; Rabins & Black, 2007; Wierenga & Bondi, 2007).

Su etiología es desconocida. En función de la edad de inicio se clasifica en: enfermedad de Alzheimer de inicio precoz, si se inicia antes de los 65 años

o de inicio tardío, si comienza después de los 65 años. A su vez estas dos formas se clasifican en dos subtipos: familiar, si hay historia familiar, o esporádica, si no hay antecedentes familiares (Berciano, 2006). Aunque se desconoce la causa de la enfermedad, ésta parece ser el resultado de la interacción de múltiples factores genéticos y ambientales, entre ellos, el que parece tener un mayor peso, es la edad (Menor, Peraita & Elosúa, 2001).

Hasta hace unos años, la explicación más aceptada sobre su origen era la hipótesis colinérgica (Peña-Casanova, 1999) que relacionaba la aparición de la patología con la reducción de la síntesis del neurotransmisor acetilcolina. Hoy en día se trata de explicar por la atrofia cerebral (inflamación, disminución en el peso y volumen) que se observa en el estudio *post mortem*. El análisis microscópico del tejido revela la concentración anormal de proteínas beta-amiloide y Tau que provoca placas seniles y ovillos neurofibrilares en la corteza cerebral e hipocampo, con la consecuente pérdida de neuronas y sinapsis entre ellas (American Psychiatric Association [APA], 2002).

La enfermedad de Alzheimer se ha convertido en un problema social muy grave para millones de familias y para los sistemas nacionales de salud de todo el mundo y es una causa importante de muerte en los países desarrollados. Sin embargo, lo que hace que tenga un impacto socio-sanitario tan fuerte es que se trata de una enfermedad irreversible, incurable y representa una importante carga para las familias de los enfermos (Kettl, 2007).

Podemos hacernos una idea de las repercusiones de esta enfermedad leyendo el siguiente párrafo:

Cada año, cientos de miles de ciudadanos comienzan a perder su capacidad para recordar si han apagado la estufa o cerrado la puerta de casa. Se les hace difícil nombrar los objetos familiares, encontrar la palabra adecuada o hacer el saldo de un talonario de cheques...De 3 a 10 años después estarán gravemente demenciados, es decir, privados de su razón. Serán incapaces de hablar, pensar o cuidar de sí mismos... La mayoría de esos individuos son ancianos, pero sus síntomas no son

el resultado del propio envejecimiento. Padecen la enfermedad de Alzheimer (Wurtman, 1985, p. 38).

Los rasgos clínicos de la enfermedad se centran en tres grandes ámbitos (Peña-Casanova, 1999):

1. Alteraciones cognitivas: alteraciones de la memoria y de otras capacidades mentales. Cognitivamente, los síntomas se manifiestan en distintas áreas y diversos niveles de gravedad, según la fase evolutiva y en función de cada caso en concreto. En la forma más habitual de la enfermedad se alteran la memoria, la orientación, las capacidades verbales, la función visuoespacial y las capacidades ejecutivas.
2. Alteraciones funcionales: alteraciones de las capacidades necesarias en la vida diaria, produciendo pérdida progresiva de la independencia. Tradicionalmente, la enfermedad de Alzheimer se ha analizado exclusivamente desde el punto de vista del ámbito cognitivo (capacidades mentales o neuropsicológicas); pero, esta aproximación es incompleta, ya que el trastorno mental tiene un impacto directo o indirecto sobre las capacidades del sujeto para vivir el día a día (capacidades funcionales). De hecho el diagnóstico de demencia requiere la existencia de un trastorno funcional en las actividades sociales y laborales. A fin de lograr diversos objetivos, la situación clínica del paciente se puede analizar en el plano de su alteración funcional y su consecuente dependencia del entorno familiar.
3. Alteraciones psicológicas y del comportamiento: los enfermos de Alzheimer muestran numerosas alteraciones en su comportamiento, tales como agresividad, gritos, alucinaciones, ansiedad, depresión, deambulación incesante, trastornos del sueño, etc. Estos trastornos psicológicos y del comportamiento tienen una importancia capital en el proceso de la enfermedad, ya que acostumbran a ser los síntomas que más afectan a la familia y cuidadores. No obstante, todos los enfermos no van a presentar las mismas alteraciones, o todas y cada una de las

alteraciones posibles. Existe una gran heterogeneidad de síntomas, pese a que ciertas alteraciones son muy frecuentes.

Las manifestaciones mencionadas en los tres ámbitos anteriores se presentan de forma variable, dependiendo de la fase evolutiva de la enfermedad en la que se encuentre el enfermo y de muchos factores tales como el nivel educativo, el sexo, la profesión, la personalidad previa a la enfermedad, etc. (Peña-Casanova, 1999).

En cuanto al pronóstico de la enfermedad, la expectativa de vida se encuentra considerablemente disminuida (40%) (Ganguli, Dodge, Shen, Pandav & DeKosky, 2005), constituyendo un fuerte predictor de mortalidad en ancianos, con más relevancia que las enfermedades cardiovasculares, la diabetes o la enfermedad de Parkinson (Tschanz et al., 2004).

1.3.3. Epidemiología y coste económico de la enfermedad

El aumento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad a edades avanzadas en los países más desarrollados conlleva una expansión de la morbilidad y de la situación de dependencia de las personas. Cuando la dependencia es debida al padecimiento de la enfermedad de Alzheimer, la evidencia epidemiológica muestra la relación existente entre la edad y la frecuencia de la enfermedad. Las tasas de prevalencia se incrementan notablemente en las poblacionales más envejecidas (Fratiglioni, De Ronchi & Agüero-Torres, 1999; Moïse, Schwarzinger & Um, 2004).

Se estima que, para el año 2050, la población mayor de 60 años en el mundo alcanzará los 2000 millones de personas (OMS, 2012). Este envejecimiento de la población se asocia al incremento de la dependencia, especialmente a partir de los 65 años. A partir de esa edad, una de las causas más frecuentes de dependencia viene dada por las demencias, entre las que destaca por su alta incidencia la enfermedad de Alzheimer (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2007). El estudio Rotterdam, constata que tanto la incidencia como la prevalencia de la enfermedad de

Alzheimer, se incrementa a partir de los 65 años y se duplica a partir de los 85 años (Ott et al., 1998).

La incidencia de la enfermedad, aumenta significativamente a partir de los 65 años de edad (1,5 casos por cada 1000 personas/año), llegando a 69,2 casos por cada 1000 personas/año en las personas mayores de 90 años en España (Bermejo-Pareja et al., 2008). A partir de los 65 años, la incidencia se duplica cada 5 años y se triplica cada 10 (Bachman et al., 1993; Kay, 1991). El riesgo de padecer la enfermedad una vez alcanzados los 65 años, está en torno al 6% para los hombres y prácticamente se duplica en las mujeres (Seshadri et al., 1997).

En cuanto a la prevalencia, ésta se sitúa entorno al 0,6-0,7% en Europa entre los 65 y los 69 años según el estudio Eurodem, y también se incrementa con la edad (1,8% en hombres y 4,3% en mujeres en el grupo de edad de 75 a 79 años; 6,3 y 8,4% en el grupo de 80 a 84 años; 8,8 y 14,2% en el de 85 a 89 años, y 17,6 y 23,6% en mayores de 89 años) (Hofman et al., 1991). En España la prevalencia está alrededor del 6% en mayores de 70 años (Gascón-Bayarri et al., 2007).

El coste económico de la demencia en España se aproxima a los 6.000 millones de euros anuales (valor en 2004, homogeneizado en poder adquisitivo con los otros países de la Unión Europea) (Andlin-Sobocki, Jonsson, Wittchen & Olesen, 2005). Aunque estudios realizados en nuestro país aproximarían esas cifras solamente para la enfermedad de Alzheimer (Boada et al., 1999).

La previsión es que para el año 2030 puede aumentar la cifra de pacientes con demencia y con enfermedad de Alzheimer hasta en un 75% (Mount & Downton, 2006), mientras que la población activa para hacer frente a ese reto decaerá drásticamente (Wancata, Musalek, Alexandrowicz & Krautgartner, 2003).

El 30% de las familias financian el importe de la asistencia personal de estos enfermos y un 28% de las mujeres de estos pacientes se ven obligadas a

abandonar sus trabajos (Cacabelos, 1989). Esta enfermedad, es junto al sida, el cáncer, y las enfermedades cardio y cerebrovasculares, uno de los principales causantes del gasto sanitario y de mayor campo en investigación (Jorm, 1994).

1.3.4. Factores de riesgo

En la **Tabla 1.1.** aparecen resumidos los principales factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer:

Tabla 1.1. Factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer (Fratiglioni et al., 2000; Launer & Hofman, 2000; Martínez-Lage & Moya, 2003).

Edad	Es el factor de riesgo más importante para sufrir Alzheimer. Incremento de la incidencia y de la prevalencia a mayor edad.
Género	Las mujeres presentan un riesgo relativo superior.
Factores genéticos	Mutaciones en cualquiera de los genes de app (proteína precursora del amiloide) y de ps-1 y ps-2 (presenilinas 1 y 2) son causantes de algunos casos de enfermedad de Alzheimer precoz. El alelo E-4del gen de la apo e (lipoproteína E) está asociado con la enfermedad de Alzheimer esporádica.
Factores toxicoambientales	El tabaco.
Factores nutricionales	Hipercolesterolemia, obesidad, déficit de vitamina B12 y de folatos, dieta sin antioxidantes, alcoholismo.
Factores sanitarios	Depresión, hipertensión, menopausia, andropausia, hiperhomocisteinemia.
Factores socioeconómicos y culturales	Analfabetismo o bajo nivel cultural aumentan la probabilidad de sufrir enfermedad de Alzheimer en edades avanzadas, respecto a los individuos con mejor educación y estatus socioeconómico.

1.3.5. Diagnóstico de la enfermedad

El diagnóstico clínico de la enfermedad de Alzheimer se basa en una serie de elementos: historia clínica del deterioro cognitivo, confirmación por un informador del deterioro cognitivo del paciente, alteración cognitiva constatada mediante la aplicación de test neuropsicológicos y evidencia de deficiente funcionamiento funcional en las actividades instrumentales de la vida diaria (López-Pousa, Vilalta & Llinás, 1996). El diagnóstico definitivo de la enfermedad se realiza mediante el análisis anatomopatológico postmortem (Alberca & López-Pousa, 2002; Weiner & Lipton, 2005).

1.3.6. Criterios diagnósticos

En las últimas tres décadas se ha dispuesto de diversos grupos de criterios clínicos diagnósticos de la enfermedad de Alzheimer, los cuales han ido evolucionando a lo largo de los años. Los actuales criterios clínicos diagnósticos de la enfermedad de Alzheimer son los criterios CIE-10 (OMS, 1992), los criterios NIA-AA (Mckhann et al., 2011) que sustituyen a los criterios NINCDS-ADRDA (Mckhann et al., 1984), y los criterios DSM-5 (APA, 2013).

De los criterios diagnósticos actuales existentes, en la **Tabla 1.2.** expondremos los criterios del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA), por ser los más utilizados y validados por estudios clínico-patológicos, así como también los más empleados en la práctica clínica diaria para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer probable y posible.

Tabla 1.2. Criterios diagnósticos NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer (Mckhann et al., 1984).

Criterios para el diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer probable:

- A. Demencia, diagnosticada mediante examen clínico y documentada con el minexamen mental de Folstein, la escala de demencia de Blessed, u otras similares, y confirmada con test neuropsicológicos.
- B. Deficiencias en dos o más áreas cognitivas.
- C. Empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas.
- D. No alteración del nivel de conciencia.
- E. Comienzo entre los 40 y los 90 años, con mayor frecuencia después de los 65.
- F. Ausencia de alteraciones sistémicas u otras enfermedades cerebrales que pudieran producir el deterioro progresivo observado de la memoria y de las otras funciones cognitivas.

Apoyan el diagnóstico de "enfermedad de Alzheimer probable":

- A. Deterioro progresivo de alguna función cognitiva específica (afasia, apraxia y agnosia).
 - B. Alteraciones conductuales y en la realización de las actividades diarias habituales.
 - C. Antecedentes familiares de trastorno similar, especialmente si obtuvo confirmación anatomopatológica, y
 - D. Pruebas complementarias:
 - 1. líquido cefalorraquídeo normal, en las determinaciones estándar.
 - 2. EEG normal, o con alteraciones inespecíficas.
 - 3. Atrofia cerebral en TAC, objetivándose progresión de la misma en observación seriada.
-

Aspectos clínicos compatibles con el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable”, tras excluir otras causas de demencia:

- A. Mesetas en la progresión de la enfermedad.
- B. Síntomas asociados de depresión, insomnio, incontinencia, ideas delirantes, ilusiones, alucinaciones, accesos emocionales, físicos o verbales, alteraciones de la conducta sexual, pérdida de peso.
- C. Otras alteraciones neurológicas en algunos pacientes, especialmente en los que se hallan en fase avanzada, como hipertensión, mioclonías o alteración de la marcha.
- D. Convulsiones, en fase avanzada de la enfermedad.
- E. TAC cerebral normal para la edad del paciente.

Aspectos que convierten el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable” en incierta o improbable:

- A. Instauración brusca o muy rápida.
- B. Manifestaciones neurológicas focales como hemiparesia, alteración de la sensibilidad o de los campos visuales, o incoordinación en fases tempranas de la evolución.
- C. Convulsiones o alteraciones de la marcha al inicio o en fases muy iniciales de la enfermedad.

Diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer posible:

- A. Demencia, con ausencia de otras alteraciones sistémicas, psiquiátricas y neurológicas que puedan causar esa demencia, pero con una instauración, manifestaciones o patrón evolutivo que difieren de lo expuesto para el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable”.
- B. Presencia de una segunda alteración, cerebral o sistémica, que podría producir demencia pero que no es considerada por el clínico como la causa de ésta.
- C. En investigación, cuando se produce deterioro gradual e intenso de una única función cognitiva, en ausencia de otra causa identificable.

Criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer definitiva:

- A. Criterios clínicos de “enfermedad de Alzheimer probable”.
 - B. Comprobación histopatológica, obtenida a través de biopsia o autopsia.
-

Los criterios NINCDS-ADRDA sirvieron de base para el desarrollo de los conocimientos actuales de la enfermedad, pero presentaban algunas limitaciones. En 2011, el grupo dirigido por McKhann planteó una puesta al día de los criterios NINCDS-ADRDA de 1984 de su misma autoría. El National Institute of Aging (NIA) y la Alzheimer’s Association (AA) publicaron su propuesta de revisión de los criterios NINCDS-ADRDA para la enfermedad de Alzheimer creando los criterios NIA-AA. Los criterios NIA-AA de demencia por enfermedad de Alzheimer (**Tabla 1.3.**), diferencian entre demencia por enfermedad de Alzheimer probable (con posibilidad de grado aumentado de certeza) o posible, y en ambos casos con posibilidad de evidencia de proceso

fisiopatológico de enfermedad de Alzheimer. Las dos primeras categorías se recomiendan en práctica clínica diaria, mientras que el sustrato fisiopatológico se reserva para la investigación. McKhann et al. (2011) refieren que, aunque el uso de biomarcadores incrementa la certeza sobre el proceso fisiopatológico subyacente al síndrome demencial, éstos no deben usarse en la práctica clínica.

Tabla 1.3. Criterios de demencia por enfermedad de Alzheimer NIA-AA (McKhann et al., 2011).

Criterios de demencia por enfermedad de Alzheimer probable:

Criterios centrales. Cumple criterios de demencia NIA-AA, con las siguientes características:

1. Inicio insidioso.
2. Empeoramiento progresivo, referido u observado.
3. En función de los dominios cognitivos afectados de inicio:
 - Forma amnésica (la más frecuente).
 - Forma no amnésica (trastorno del lenguaje, de las capacidades visuoespaciales, disfunción ejecutiva).
4. No se debe aplicar el diagnóstico de probable si hay patología vasculocerebral concomitante, sintomatología relevante de enfermedad por cuerpos de Lewy, o de variante conductual de la demencia frontotemporal, demencia semántica, o cualquier otra enfermedad o toma de fármacos con impacto cognitivo.

Criterios de demencia por enfermedad de Alzheimer probable con grado de certeza aumentado:

Cumple criterios centrales de demencia NIA-AA por enfermedad de Alzheimer probable, más:

1. Deterioro progresivo documentado.
2. Mutaciones genéticas (APP, PSEN 1,2).

Criterios de demencia por enfermedad de Alzheimer probable con evidencia de proceso fisiopatológico (investigación clínica):

Criterios centrales de demencia por enfermedad de Alzheimer probable, más:

1. Biomarcadores de amiloidosis cerebral: niveles bajos de betaamiloide 1-42 en LCR, PET positivo a ligandos de amiloide.
2. Biomarcadores de neurodegeneración : niveles elevados de Tau y pTau en LCR, hipometabolismoparietotemporal en el PET de glucosa, atrofia temporal desproporcionada en la RMN.

Criterios de demencia por enfermedad de Alzheimer posible:

Criterios centrales:

1. Curso atípico.
2. Etiología mixta: enfermedad cerebrovascular, sintomatología de enfermedad por cuerpos de Lewy, otra enfermedad o fármaco con efectos en cognición.

Criterios de demencia por enfermedad de Alzheimer posible con evidencia de proceso fisiopatológico (investigación clínica)

1. Criterios clínicos de demencia no Alzheimer (demencia por cuerpos de Lewy, frontotemporales, etc.) con biomarcadores positivos para enfermedad de Alzheimer.

Recientemente, en junio de 2013 se publicó en lengua inglesa la última versión del DSM, el DSM-5 (APA, 2013). El actual DSM-5 presenta cambios respecto a la versión anterior, entre ellos, el cambio en la numeración, al sustituirse la forma románica “V” por la árabe numeral “5”. Destacar el cambio del título del capítulo “Delirio, Demencia, Amnesia” y otros trastornos cognoscitivos al actual “Trastornos neurocognitivos”, resaltar también que el término “Demencia” ha sido eliminado y reemplazado por el término “Trastorno Neurocognitivo Mayor”. En el DSM-5, se reconoce un nivel menos grave de deterioro cognitivo, el “Trastorno Neurocognitivo Leve”, el cual permite diagnosticar síndromes menos discapacitantes. Para todos los subtipos etiológicos, como es el caso de la enfermedad de Alzheimer, el DSM-5 plantea el diagnóstico en base a una nueva terminología: Trastorno Neurocognitivo Mayor o Leve debido a la enfermedad de Alzheimer posible o probable (APA, 2013).

1.3.7. Evolución de la enfermedad

La evolución de la enfermedad de Alzheimer puede variar mucho de un enfermo a otro. A lo largo del proceso evolutivo de la enfermedad, la neurodegeneración puede extenderse por un gran número de regiones del córtex sin seguir un patrón establecido. En función de la zona del cerebro afectada, se ven perjudicadas las diferentes capacidades cognitivas asociadas a ésta. La heterogeneidad clínica resultante se ve influenciada también por diferentes factores personales y sociales como la edad de inicio, la histopatología, el nivel educativo o la competencia profesional anterior (Menor et al., 2001). No obstante, es necesario crear una gradación de las demencias, para poder establecer su pronóstico, posible evolución así como evaluar su tratamiento y requerimientos sociales y familiares de dicha enfermedad (Bermejo, 1995).

En la bibliografía actual se describen dos formas de exponer el proceso evolutivo de la enfermedad de Alzheimer:

- Una de ellas, establece tres fases evolutivas:
 - **FASE I** (Inicial, Leve o Ligera).
 - **FASE II** (Intermedia o Moderada).
 - **FASE III** (Final o Severa).

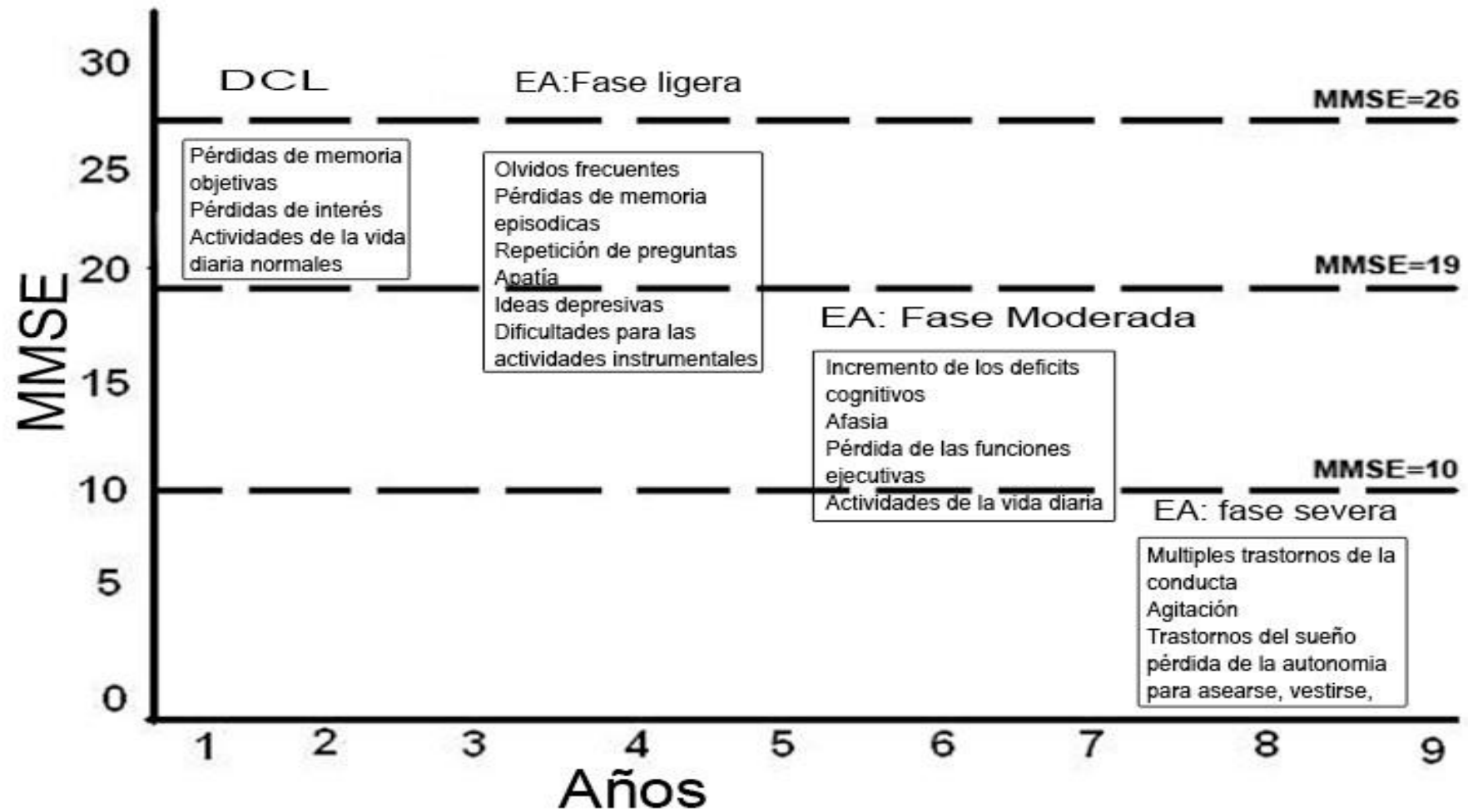
- La otra evalúa la degradación mediante la Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg (1982) que clasifica la enfermedad en siete niveles evolutivos, y contempla la evolución del deterioro desde el adulto normal, sin trastorno cognitivo (GDS 1), hasta la fase más avanzada de la enfermedad de Alzheimer (GDS 7).

Para la realización de la presente investigación, hemos optado por utilizar la modalidad de las tres fases evolutivas.

En la **Figura 1.1.** (Feldman & Woodward, 2005, citado por la Fundación Alzheimer España [FAE], 2014) se muestra la progresión de los síntomas de la enfermedad de Alzheimer. En el eje vertical aparecen representadas las puntuaciones del Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein, Mchugh & Fanjiang, 1975; Lobo Esquerra, Gómez Burgada, Sala & Seva-Díaz, 1979) una de las pruebas más utilizadas para la evaluación del deterioro cognitivo. El eje horizontal corresponde a los años transcurridos desde el inicio de la enfermedad.

En la página siguiente se muestra la progresión de la sintomatología en el transcurso de la enfermedad.

Figura 1.1. Progresión de la sintomatología en el transcurso de la enfermedad de Alzheimer (Feldman & Woodward, 2005, citado por la FAE, 2014).



Tomando como referencia la descripción que la FAE (2014) hace de cada una de las fases de la evolución de la enfermedad de Alzheimer, a continuación se describen de forma detallada las tres fases que sirven para definir el estado de la persona y que resumen los déficits más significativos en cada una de ellas:

FASE I

Memoria

El enfermo olvida sus citas, las llamadas telefónicas, el nombre de las personas, los objetos familiares. Tiene dificultades para seguir una conversación, se equivoca en sus cuentas, no paga las facturas.

Comportamiento

Está sujeto a bruscos cambios de humor. Monta en cólera cuando se percata de que ha perdido el control sobre los elementos que le rodean. Tiene tendencia a aislarse en un entorno familiar que conoce bien: sale menos y no quiere ver a sus amigos.

Lenguaje y comprensión

Aunque el enfermo continúe razonando y comunicándose bien con los otros, tiene problemas para encontrar las palabras precisas, sus frases son más cortas, mezcla ideas que no tienen relación directa entre sí.

Coordinación de gestos espontáneos y movimientos corporales

En esta fase, el enfermo todavía está bien. No se pierde y aún puede conducir, se viste solo y come bien.

Actividades de la vida diaria

Es capaz de realizarlas sin demasiados problemas, incluso sus actividades profesionales. De hecho, todavía no está afectado más que por pérdida de memoria.

FASE II

Memoria

La memoria se altera progresivamente. El enfermo olvida los sucesos recientes. No se acuerda de lo que acaba de comer; acusa a sus amigos de abandonarlo porque no vienen a visitarlo. No puede asimilar o comprender los hechos nuevos: el matrimonio o el fallecimiento de un pariente. Sin embargo, el recuerdo de hechos lejanos persiste aunque los sitúe mal en el tiempo en que transcurrieron: el enfermo pide noticias de su madre fallecida recientemente o menciona a personas a las que no ha visto desde hace años.

Comportamiento

Este es el momento de las reacciones agresivas, desproporcionadas respecto al motivo que las ha desencadenado. Puede acusarle a Vd. de robarle si no encuentra su monedero; grita e incluso se vuelve agresivo si se insiste para que se bañe. Cuanto más depende de otros más se irrita. Su fatiga aumenta y no hace nada sin que se le estimule. Experimenta miedos injustificados; un ruido, una cortina que se mueve o una luz pueden desencadenarlos. Camina durante horas de un lado a otro. Se levanta durante la noche y prepara su maleta para volver a casa.

Lenguaje y comprensión

El conjunto de la comunicación con los demás se hace más difícil: habla menos, su vocabulario se empobrece, repite siempre las mismas palabras o las mismas frases durante horas. Cuando responde a las preguntas lo hace lentamente, buscando las palabras y no acaba las frases.

Coordinación de gestos

Sus gestos son imprecisos: se abrocha mal los botones, sostiene mal su tenedor o su cuchillo. Pierde el equilibrio. Se golpea con facilidad y las caídas son frecuentes. Se mueve lentamente y necesita que lo ayuden para ir a su habitación o al baño. Pueden aparecer movimientos anormales como temblores, contracturas musculares o convulsiones.

Actividades de la vida diaria

Su creciente confusión hace que le resulte cada vez más difícil enfrentarse a la vida diaria. No es capaz de elegir:

- Entre sus ropas, pues se viste sin importarle como, y sin tener en cuenta la estación o los convencionalismos sociales.
- Entre los platos que ponen en la mesa.
- Entre las etapas habituales de su baño o ducha: cuándo quitarse la ropa, cuándo enjabonarse o cuándo secarse.

Pierde su autonomía ya que no puede conducir, ni viajar en metro o en autobús sin compañía. Se pierde incluso en un trayecto que le es familiar.

Puede dedicarse a actividades peligrosas para sí mismo y para los demás como abrir la llave del gas sin encenderlo, u olvidar su cigarrillo y prender fuego por accidente. El enfermo ha de ser vigilado las 24 horas del día, lo que significa que sus familiares deben prestarle atención constante.

FASE III

Memoria

El enfermo olvida los hechos recientes y pasados. No reconoce a su cónyuge o a sus hijos. Sin embargo, conserva la memoria emocional. Se da cuenta de la persona que le cuida, le ayuda y le quiere. Este hecho debe estar siempre presente en la mente de quien se ocupa de él.

Comportamiento

Su humor es imprevisible: grita, llora, se agita. No reacciona coherentemente ante una situación, ni comprende una explicación.

Lenguaje y comprensión

El enfermo balbucea, repite palabras sin pies ni cabeza, y sólo utiliza correctamente algunas palabras concretas. No comprende lo que se le dice.

Coordinación de los gestos

No controla sus gestos. No sabe levantarse, sentarse o andar. Le cuesta trabajo tragar. No controla los esfínteres y aparece la incontinencia.

Actividades de la vida diaria

Éstas han desaparecido totalmente. Con mucha frecuencia permanece en la cama, lo que conduce a la aparición de llagas en los puntos de presión e infecciones respiratorias.

La muerte sobreviene generalmente debido a una enfermedad asociada (cáncer, accidente cardíaco o vascular cerebral), a veces como consecuencia de permanecer encamado (infecciones de las llagas, infecciones respiratorias y/o urinarias...).

1.4. Los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer

El cuidador familiar es la persona que cuida a otro familiar que precisa ayuda para realizar actividades de la vida diaria. Aproximadamente un 6% de la población española es cuidadora informal o familiar y el perfil general es el de una persona de unos 50 años de edad, mujer en el 84% de los casos, casada y con estudios primarios (IMSERSO, 2005a).

La ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia del año 2006, define el cuidado no profesional o familiar, como la atención prestada a personas en situación de dependencia en

su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

En el Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2005b) se define el cuidado familiar como el prestado por parientes, amigos o vecinos. Este conjunto de redes suele caracterizarse por su tamaño reducido, por la existencia de afectividad en la relación y por realizar el cuidado con un compromiso de cierta permanencia o duración, no de forma ocasional. Esta definición no es tan genérica como la de la ley de 2006, al integrar el volumen de la red encargada de los cuidados, la afectividad entre la persona dependiente y su cuidador, así como también la temporalidad de los cuidados.

Entre el 80 y el 85 % de estos enfermos son atendidos por sus familiares en el domicilio (Brody, Puolxhock & Masciocchi, 1978). Estos cuidadores son los primeros en identificar los síntomas y problemas que pueda tener el enfermo, proporcionan atención y cuidado en: nutrición, higiene, eliminación, toma de medicación, cambios posturales, alteraciones cutáneas...

En España, en el 12% de las viviendas familiares se proporciona alguna ayuda a personas mayores (IMSERSO, 1995). Cuidar a un familiar dependiente, tiene un fuerte impacto económico, además de importantes implicaciones a nivel de política social, ya que se reduce o evita el uso de recursos formales, lo que disminuye el gasto público (Brown, 1996). Sólo en el año 2008 los cuidadores familiares emplearon aproximadamente 4600 millones de horas al cuidado, lo que implica un porcentaje de más del 5% del PIB de ese año (Oliva, & Osuna, 2008).

Como ya se ha indicado anteriormente, los familiares son la principal fuente de ayuda a las personas mayores que presentan dificultades para cuidar de sí mismas (Gatz, Bengtson & Blum,, 1990; IMSERSO, 1995). Son principalmente las mujeres, las que asumen el papel de cuidadoras principales (Bover-Bover, 2006; Crespo & López, 2008; García, Mateo & Maroto, 2004; Vaquiro & Stieповich, 2010). La frecuencia y el tiempo de cuidado es mucho

mayor en mujeres que en hombres, esto hace que se sientan más sobrecargadas (Larrañaga, Martín, Bacigalupe, Bergiristáin, Valderrama & Arregi, 2008). Las mujeres, también asumen más tareas de atención personal e instrumental al enfermo, se implican más en las actividades de acompañamiento y de vigilancia, se encargan de los cuidados más pesados, rutinarios, de mayor carga y dedicación (García et al., 2004).

En relación a la edad de los cuidadores familiares, en la mayor parte de los casos, las personas de mayor edad son las encargadas de proporcionar los cuidados al enfermo (Stone, Cafferata & Sangl, 1987).

Entre los cuidadores familiares, siempre hay un cuidador principal, el cual se define como la persona que pasa la mayor parte del día con la persona que recibe los cuidados (IMSERSO, 2007). La mayor probabilidad de desempeñar este rol la tiene el/la cónyuge, en el caso de que esté capacitado para ello. En el caso de que esto no ocurra, el rol recae normalmente en algún hijo adulto, generalmente en una hija. Estos cuidadores dedican mucho tiempo al cuidado, aproximadamente más de la mitad de ellos dedican, como promedio, de 4 a 5 horas al día durante los 7 días de la semana al cuidado de su familiar enfermo (IMSERSO, 1995; Stone et al., 1987). El miembro de la familia que asume el rol de cuidador principal, sufre las consecuencias más perjudiciales de esta tarea (Crespo & López, 2008).

Ser cuidador principal de un familiar enfermo de Alzheimer, no es algo esperado ni elegido voluntariamente. La situación de “normalidad” se transforma en una situación de preocupación y desconocimiento. Las tareas que conlleva aparejado el rol de cuidador de un enfermo de Alzheimer se van asumiendo progresivamente. El proceso de cuidado está marcado por muchas pequeñas e inesperadas transiciones, que ocurren a medida que la enfermedad progresa. Una de las cosas que provoca mayor estrés en el cuidador familiar de un enfermo de Alzheimer es el deterioro progresivo del enfermo, pues el cuidador tiene la sensación de perder el control de la situación, ya que lo que ha aprendido en una fase concreta de la enfermedad puede no servir para la siguiente fase. Esta situación hace que, conforme

progresa la enfermedad, el cuidador ha de ir adaptándose a nuevas situaciones (Feinberg, 2002).

De forma paralela a lo anterior, es importante señalar que este cambio en la vida de las familias se produce en un contexto en el que existe desconocimiento sobre qué es la enfermedad de Alzheimer, cómo se tiene que atender al enfermo, y qué recursos existen. Igualmente, esta situación se produce en un contexto social en el que los valores de la sociedad transmiten la obligación de dedicarse por completo al cuidado de un familiar enfermo, dejando de lado los intereses así como las necesidades personales y esta tarea recae fundamentalmente en las mujeres de la familia, tal y como reflejan las estadísticas (IMSERSO, 2005). El cuidado de larga duración, como en el caso de la demencia, está entre 8 y 10 años de media, aunque puede llegar hasta los 20 años (Rogers & Arango, 2006).

El enfermo y su cuidador tienen que afrontar a diario nuevas demandas que conllevan la puesta en marcha de recursos para poder hacer frente a las mismas provocando altos niveles de estrés (Feldberg, Tartaglini, Clemente, Petracca, Cáceres & Stefani, 2011). En la enfermedad de Alzheimer, las alteraciones de conducta y el deterioro progresivo de las funciones del enfermo son los aspectos que más estrés produce en el cuidador (Majerovitz, 1995). Cuidar de un familiar con demencia produce más estrés que cuidar de un anciano con otra enfermedad, ya que el cuidador experimenta más cambios en su estilo de vida, mayor limitación social, más alteraciones en la relación cuidador-enfermo, menos intimidad y poca gratificación del enfermo hacia su cuidador (Artaso, Goñi & Biurrun, 2003). Un estudio realizado por el IMSERSO (1995) sobre la situación del cuidado informal en España, determinó que la falta de tiempo libre y con ello la reducción de las actividades sociales, el deterioro de su salud, la pérdida de intimidad, los sentimientos de malestar, la carga económica y los problemas laborales son las mayores repercusiones de su tarea como cuidadores.

En relación a lo anterior, el progresivo deterioro cognitivo y funcional que provoca la enfermedad, hace que el enfermo presente cada vez mayor

discapacidad y en consecuencia mayor dependencia. Ante esto, el cuidador familiar debe de incrementar las horas al día cuidando al enfermo, esta situación conlleva la reducción de la autonomía personal, pérdida de la intimidad y de relacionarse socialmente. Al aumentar el número de horas al día como cuidador, se puede producir una disminución en las horas dedicadas al trabajo y en algunos casos a la totalidad de ellas, lo que provoca pérdida de contacto social y de ingresos económicos (Murman, Chen, Powell, Kuo, Bradley & Colenda, 2002).

1.4.1. Razones por las que el familiar decide cuidar al enfermo de Alzheimer

Según Montorio, Izal y Díaz (1999) algunas de estas razones serían las siguientes:

1. Motivación altruista. Son las personas que cuidan de su familiar por amor, cariño y para mantener el bienestar del ser querido.
2. Por reciprocidad. Son los cuidadores que deciden cuidar al familiar enfermo por que en algún momento de su vida éste ha hecho lo mismo por él.
3. Por gratitud. Proporciona al cuidador una satisfacción interna, ya que considera que el enfermo se lo agradece.
4. Por sentimiento de culpa. Debido a que en el pasado el cuidador no se comportó de la manera que él creía conveniente con el enfermo.
5. Para evitar la censura. De parte de algún otro miembro de la familia, de la comunidad que le rodea o de la sociedad.
6. Por obligación. No queda más remedio, el cuidador no dispone de los recursos económicos para poder hacer frente a una residencia, no

dispone de ayudas de otros familiares cercanos o su forma de pensar le impide generar otras alternativas de cuidado.

7. Relaciones previas. Los cuidadores que antes de la dependencia mantenían una relación más cercana e íntima con la persona cuidada, la conocían mejor y mantenían con ella una buena relación basada en el afecto son los que suelen presentar con más frecuencia una motivación altruista. Es frecuente encontrar en este grupo a los familiares más cercanos de la persona cuidada. Estas personas cuidan a sus familiares porque «sienten» sus necesidades, anhelos e intereses y quieren ayudarles a aumentar su bienestar y sentirse mejor.

Aquellos cuidadores que han mantenido con el enfermo una mala relación antes de que éste necesitara de sus cuidados, o aquellos cuya relación ha sido menos cercana y menos familiar, muestran menos motivaciones altruistas, siendo las motivaciones predominantes el sentido de obligación familiar, la evitación de la censura y la aprobación social (Montorio et al., 1999).

1.4.2. Etapas del cuidado: adquisición del rol de cuidador y fase de duelo

1. Adquisición del rol de cuidador

El inicio del cuidado suele ser inesperado y la adquisición de la tarea de cuidador no es asumido “al azar” (Pearlin & Aneshensel, 1994; Seltzer & Li, 2000). El tiempo que un cuidador está en su rol de cuidador no es tan importante como determinar cómo los cuidadores adquieren su papel durante el inicio del cuidado de la demencia (Gaugler, Zarit, & Pearlin, 2003).

Siguiendo a Meuser y Marwit (2001) en la primera fase de la enfermedad, los hijos tienden a negar los síntomas de la enfermedad, buscan otras explicaciones y tratan de no hablar del futuro o de sus propias emociones, mientras que las parejas lo aceptan mejor y predomina en ellas la tristeza por la pérdida de compañía e intimidad. En la segunda fase, los hijos pasan de la fase de negación a sentir emociones como enfado, frustración o envidia por no

poder llevar la misma vida que llevan otros. En cambio, en las parejas, la pena se acompaña de empatía y compasión por el ser querido. En la tercera fase, los hijos sienten fundamentalmente pena, en cambio las parejas sienten enfado, ira y frustración. Entre las diferentes fases del cuidado, la fase de adquisición del rol del cuidador y la última fase, en la que se aproxima o tiene lugar el fallecimiento del familiar, pueden tener un impacto especial en la vida de los cuidadores.

Los cuidadores que tienen una entrada menos abrupta en el cuidado es menos probable que institucionalicen a su familiar y se adaptan mejor al cuidado a lo largo del tiempo (Gaugler et. al., 2003).

2. Fase de duelo

En la relación de cuidado de una persona con demencia, la experiencia de pérdida y duelo en el cuidador es diferente a otros procesos de duelo. Una de las características más importantes del duelo de los cuidadores de personas con demencia es que comienza con el diagnóstico de la enfermedad. El tiempo que transcurre desde el diagnóstico hasta la llegada de la muerte, va a ser vivido con pena, ansiedad, incertidumbre y miedo (Holley & Mast, 2009).

Las pérdidas relacionadas con la persona enferma, se denominan “duelo anticipado” y para Rando (1986) es el fenómeno que engloba el proceso de duelo, estrés, interacción, planificación y reorganización psicosocial que se estimula y empieza, en parte, como respuesta a la toma de conciencia de la eminente pérdida (muerte) de un ser querido y en el reconocimiento de la pérdida asociada al pasado, al presente y al futuro del cuidador.

Según Stroebe, Stroebe y Hansson (1993) los cuidadores de enfermos con demencia tienen que hacer frente a dos tareas para no llegar al duelo patológico. La primera es refiere a ponerse en contacto con el dolor a través de emociones y sentimientos. La segunda consiste en reconstruir y reorganizar su vida en las circunstancias actuales. Si no se cumple ninguna de las dos o solamente una de ellas, podría llevar a la no superación del duelo.

1.4.3. Sobrecarga asociada al cuidado

La *carga* es la interpretación que hace el cuidador ante los estresores derivados del cuidado, de lo que puede seguirse un mejor o peor ajuste según lo positivo o negativo de la valoración, así como de los recursos y habilidades del cuidador (Montorio, Fernández de Trocóniz, López & Sánchez, 1998). Utilizando la escala de Zarit, Reeve y Bach-Paterson (1980) se han encontrado variables predictoras de *carga* tales como depresión y salud física (Lawton, Moss, Kleban, Glicksman & Rovine, 1991; Vitaliano, Russo, Young, Teri, & Maiuro, 1991), apoyo social y asertividad (Muela, Torres & Peláez, 2001), etc. En el campo de la gerontología el sentimiento de sobrecarga se ha utilizado como un factor relacionado con el uso de servicios de larga estancia, así como en la calidad de vida de los cuidadores (Artaso et al., 2003; Chapell & Reial, 2002).

Las pérdidas cognitivas, conductuales y afectivas asociadas con la progresión de la demencia, hacen que el cuidado de personas con esta enfermedad sea más difícil y se perciba más carga que el cuidado de otros enfermos (Arai, Zarit & Sugiura, 2002; Laserna et al., 1997; Ory, Hoffman, Yee, Tebbstedt & Schulz, 1999).

La sobrecarga experimentada por los cuidadores familiares representa un riesgo para su salud física y mental. La sobrecarga, perjudica la salud física y emocional, la vida social y el nivel económico de los cuidadores de enfermos con demencia (Zarit, Todd & Zarit, 1986). En este sentido, independientemente del grado de dependencia del paciente, la percepción del cuidador de los problemas, su capacidad para enfrentarse a ellos, la percepción de autoeficacia y el respaldo social son determinantes en la percepción de la sobrecarga. (Coen, Swanwick, O'Boyle & Coakley, 1997; Mangone, Sanguinetti, Baumann, González, Pereyra & Bozzola, 1993). El nivel de escolarización también es importante, los cuidadores con menos estudios tienen más dificultad para comprender la enfermedad y disponen de menos estrategias para afrontar los problemas por lo que la carga subjetiva suele ser mayor (De Vugt et al., 2004).

Un estudio sobre las necesidades del cuidador principal del enfermo de Alzheimer en fase terminal, concluye que la actividad que les supone mayor carga de trabajo a los cuidadores es con un 80% la higiene, al igual que la que le dedica mayor tiempo, un 77% de su tiempo. El baño-aseo es la tarea que mayor carga conlleva al cuidador y en la que precisan de mayor ayuda. Además, los cuidadores consideran la necesidad de ayuda en otras actividades como la administración de nutrición, de medicación, movilización de cambios posturales y prevención de úlceras por presión (Mears & Sánchez, 2005).

Las mujeres cuidadoras, presentan más sobrecarga, se sienten más solas y sienten que tienen menos apoyo de la familia que los hombres cuidadores (Bédard, Kuzik, Chambers, Molloy, Dubois & Lever, 2005).

La edad del cuidador y la relación familiar con el enfermo son dos elementos importantes en el grado de sobrecarga. Las parejas de pacientes padecen menor sobrecarga que otros familiares como las hijas y/o nueras. En este sentido, algunos estudios han señalado un incremento de aparición de depresión y ansiedad cuando la relación entre cuidador y enfermo es más lejana (Bédard et al., 2005). En cuanto a la edad, los cuidadores más mayores son más vulnerables que los cuidadores más jóvenes a experimentar sobrecarga, debido a las expectativas de vida que se tienen en edades más avanzadas en cuanto a liberarse de responsabilidades familiares como cuidar de los hijos, por lo que encargarse del cuidado de un familiar enfermo de Alzheimer por parte de cuidadores más mayores puede percibirse como algo fuera de su “reloj vital” (Novak & Guest, 1992). Por otro lado, conforme se avanza en edad, hay más probabilidad de padecer enfermedades, así como también una reducción de la capacidad física, lo que contribuirá a percibir mayor sobrecarga.

Pese a lo anterior, no siempre los cuidadores más mayores son más vulnerables que los cuidadores más jóvenes a percibir sobrecarga, en el caso específico de las mujeres cuidadoras jóvenes han aparecido mayores niveles de sobrecarga asociada al cuidado, debido a que las cuidadoras jóvenes pueden percibir mayor coste de oportunidad asociado al cuidado, relacionado

con conflictos al compaginar el trabajo remunerado con tareas de cuidado de larga duración (Biurrun, Artaso & Goñi, 2003; García et al., 2004).

En relación al tiempo que el cuidador lleva dedicado al cuidado de su familiar enfermo de Alzheimer, siguiendo a George y Gwyther (1984) a más tiempo como cuidador menos sobrecarga. Esto que a priori puede parecer contradictorio, se explica mediante la hipótesis adaptativa (Novak & Guest, 1989) según la cual, conforme pasa el tiempo el cuidador va desarrollando más destrezas en el cuidado, va adquiriendo más información sobre de la enfermedad y recurre más a los recursos sociales disponibles.

Otras investigaciones (Artaso et al., 2003; Muela, Torres & Peláez, 2002; Rodríguez del Álamo, 2002) han identificado los siguientes factores de riesgo de sobrecarga psicofísica en el cuidador:

En relación al enfermo:

- Demencia ya intensa o profunda.
- Larga duración desde el diagnóstico de la enfermedad.
- Alucinaciones, delirios o confusión (psicosis y delirium).
- Agresividad, agitación y negativismo.
- Incontinencia, vómitos y escaras (llagas).
- Que impide dormir por la noche (voceo, paseos).
- Con múltiples otras dolencias médicas.

En relación al cuidador:

- Con mala salud física previa.
- Con historial previo de depresión o de trastornos de personalidad.
- Sin cónyuge, pareja o amigos íntimos.
- Ya mayor o anciano.
- Sin otra actividad aparte del cuidar.
- Sin otros parientes que convivan en el domicilio.
- Bajo nivel económico.

- Ausencia de apoyos socio-sanitarios inmediatos (en especial médico de cabecera poco accesible y centros de día no disponibles).
- Desconocimiento de la enfermedad.

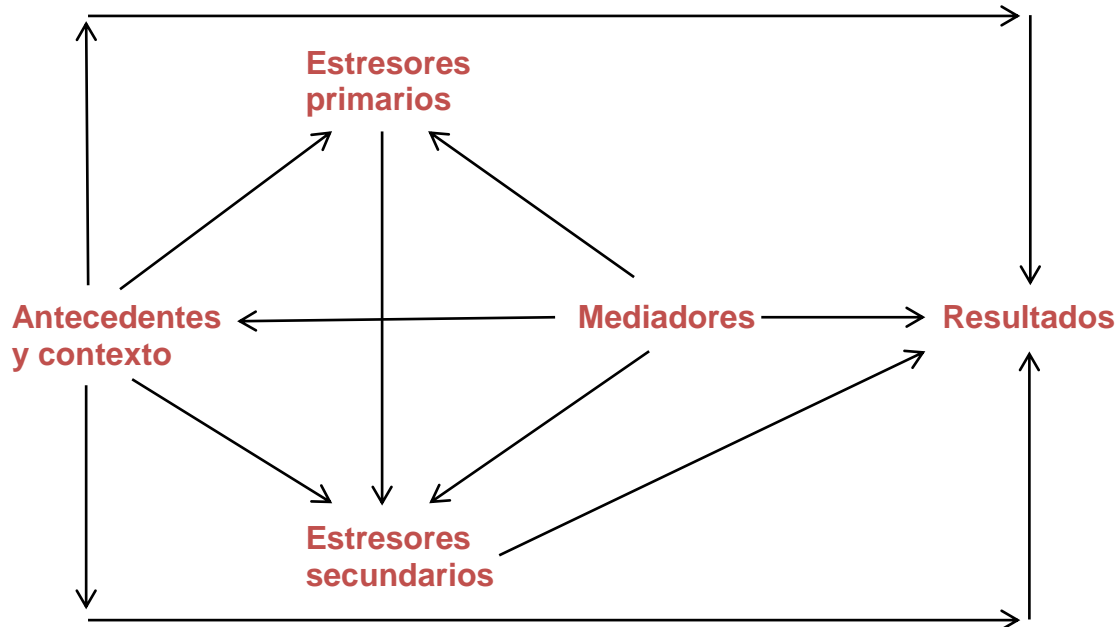
En ocasiones el cuidador de un familiar enfermo de Alzheimer puede desarrollar lo que se conoce como el **síndrome del cuidador quemado o síndrome de burnout**. Existe un acuerdo casi unánime en fijar 1974 como el año de origen del estudio sobre el Burnout (Freudenberger, 1974). Existen diversas definiciones de Burnout, todas aplicables a la situación del cuidador familiar de un enfermo de Alzheimer: sensación de fracaso y existencia agotada o gastada debida a la sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajo (Freudenberger, 1974); experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal (Pines & Kafry, 1978); síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal (Maslach & Jackson, 1981).

Se considera que el burnout está producido por el estrés continuado de tipo crónico en un batallar diario contra la enfermedad, con tareas monótonas y repetitivas, con sensación de falta de control sobre el resultado final, y que puede agotar las reservas psicofísicas del cuidador (Goode, Haley & Roth 1998). Los cuidadores “quemados” presentan actitudes y sentimientos negativos hacia los enfermos a los que cuidan, desmotivación, depresión-angustia, trastornos psicósomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización, comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas reales, y sentimientos de estar desbordado por la situación (Rodríguez del Álamo, 2002).

1.4.3.1. El Modelo del Proceso del Estrés de Pearlin

Uno de los modelos más utilizados para explicar la sobrecarga producida por los cuidados de enfermos con demencia en el ámbito del cuidado familiar, es el **Modelo del Proceso del Estrés** (Pearlin et al., 1990; Pearlin, 1992; Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit & Whitlatch, 1995; Pearlin & Skaff, 1995; Gaugler, Zarit & Pearlin, 1999). El modelo especifica las variables que pueden

predecir las consecuencias negativas del cuidado en la salud de los cuidadores. A continuación se presenta un esquema y se explica dicho esquema.



1. **Variables contextuales** en las que desarrolla en el cuidado, tales como las variables sociodemográficas del cuidador y del enfermo (género, edad, nivel de estudios, estado civil...), el vínculo familiar, el tiempo dedicado al cuidado, etc.

2. **Estresores**, los cuales se dividen en:

- **Estresores primarios objetivos**, son las demandas del cuidado que el cuidador tiene que hacer frente: deterioro cognitivo del enfermo, alteraciones de conducta y grado de dependencia.
- **Estresores primarios subjetivos**, hacen referencia a la valoración subjetiva que hace el cuidador de las demandas del cuidado. Si las demandas superan las capacidades del cuidador, provocan la *sobrecarga de rol*. Cuando el cuidador se siente atrapado en su rol, se produce la *cautividad de rol*. La merma de actividades

compartidas y de intercambios afectuosos entre el cuidador y el enfermo producen la *pérdida de intercambio*.

Desarrollar la tarea de cuidador puede hacer que los estresores primarios se extiendan a otras áreas de la vida del cuidador fuera de la situación de cuidado, provocando los llamados **estresores secundarios**, que objetivamente son, los conflictos laborales y familiares, las dificultades económicas y la disminución de las actividades sociales y de tiempo libre; denominándolo **tensiones de rol**. Por otro lado, los autores también proponen dimensiones subjetivas, serían las conocidas como **tensiones intrapsíquicas**, las cuales suponen, la pérdida de la autoestima, de la confianza del cuidador en su capacidad para asistir al enfermo, de la identidad personal, falta de competencia y cautividad en la tarea.

3. Variables mediadoras. Los cuidadores sometidos a los estresores explicados anteriormente pueden desarrollar ansiedad, depresión, problemas físicos, etc. aunque esto dependerá de dos variables mediadoras: **las estrategias de afrontamiento** y **el apoyo social**. Estas variables ayudan a los cuidadores a reducir los efectos de la tarea de cuidar al enfermo. En el uso de estas variables mediadoras es donde se hallan las principales diferencias entre los cuidadores (Zarit et al., 1986; Pearlin et al., 1990).

Para definir **las estrategias de afrontamiento** el modelo más utilizado en el estudio del cuidado informal y sus consecuencias sobre la salud ha sido el modelo transaccional del estrés, conceptualizado por Lazarus & Folkman, (1984). Siguiendo dicho modelo Pearlin & Skaff, (1995) identifican dos funciones principales de afrontamiento:

- **Afrontamiento centrado en el problema.** Hace referencia a las acciones llevadas a cabo por el cuidador, como cambiar su forma de actuar ante conductas problemáticas del enfermo, buscar información para mejorar en las tareas asistenciales, realizar otras actividades no sólo las de cuidado, reajustar el horario o ambiente de cuidado, etc.

- **Afrontamiento centrado en la emoción.** Hace referencia a los pensamientos o conductas realizadas por el cuidador, como encontrar significado al cuidado, rezar, intentar no pensar en los problemas asociados al cuidado, etc. con el propósito de reducir los problemas emocionales que conlleva el desempeño de su labor.

Afrontar los estresores a los que están sometidos los cuidadores familiares de manera activa, se asocia con menos depresión (Goode et al., 1998; Haley et al., 1996). Por el contrario usar la evitación como estrategia de afrontamiento se asocia con mayor depresión (Haley et al., 1996; Lutzky & Knight, 1994; Matson, 1994; Shaw et al., 1997), más ansiedad (Matson, 1994; Shaw et al., 1997; Vedhara, Shanks, Wilcock & Lightman, 2001), peor salud mental (Hinrichsen & Nierderehe, 1994; Lutzky & Knight, 1994), y más interferencia de la salud en las actividades cotidianas (Vedhara et al., 2001). Por lo tanto, el uso de la evitación como estrategia de afrontamiento, perjudica la salud mental de los cuidadores; mientras que afrontar activamente los problemas, beneficia la salud mental de los cuidadores.

Siguiendo la línea del modelo de Lazarus & Folkman (1984), Montorio, Yanguas & Díaz-Veiga (1999) señalan que entre los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer, el uso de ambos tipos de afrontamiento (centrado en el problema o centrado en la emoción) puede resultar beneficioso, y dependerá de la concordancia entre la naturaleza del estresor y el tipo de estrategia utilizada. De este modo, usar una estrategia centrada en el problema cuando el estresor no es controlable puede resultar contraproducente, produciendo un aumento del malestar del cuidador al no solucionar el problema. En este caso la estrategia utilizada no sería adecuada, resultando más recomendable el uso de un afrontamiento centrado en la emoción. Esto sugiere que las estrategias de afrontamiento son más o menos eficaces en función de la situación a la que se aplican más que por la propia estrategia en sí. Una estrategia apropiada en una situación determinada puede no serlo en otra diferente y viceversa. Hay una línea de investigación que apoya este punto de vista: Scheier & Carver (1987) destacaron la importancia de la variable de personalidad *optimismo disposicional*. Diversas investigaciones confirman esta relación (Scheier &

Carver, 1992, 1993), incluso en cuidadores de enfermos de Alzheimer (Hooker, Monahan, Shifren & Hutchinson, 1992). Los optimistas utilizan estrategias de afrontamiento diferentes a las usadas por los pesimistas (Scheier & Carver, 1987,1993), los optimistas no sólo tienden a usar más estrategias de afrontamiento centradas en el problema que los pesimistas, sino que, además, también utilizan estrategias centradas en la emoción cuando no existen posibilidades reales de solucionar el problema (Scheier, Weintraub & Carver, 1986).

El **apoyo social** en el contexto concreto de los cuidadores de enfermos con demencia, hace referencia por una parte a la asistencia instrumental, entendida como la ayuda profesional y/o familiar que recibe el cuidador para asistir al enfermo, y por otra parte al apoyo emocional, que serían los sentimientos de ayuda que recibe el cuidador por parte de otras personas.

4. Resultados o consecuencias para la salud física y mental del cuidador tales como la ansiedad, la depresión, agotamiento, etc. que podrían provocar el abandono de la tarea de cuidador. También habría que tener en cuenta las diferencias individuales, concretamente la positividad versus negatividad en el desempeño de la tarea de cuidado. El resultado final, dependerá del manejo que tenga el cuidador de las variables planteadas en el modelo.

1.4.4. Consecuencias negativas para la salud de los cuidadores asociadas al cuidado

La definición más importante en la actualidad con respecto a lo que por salud se entiende, es la propuesta por la OMS (1948), plasmada en el preámbulo de su Constitución. Según la OMS (1948) la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La psicología de la salud en el abordaje de la demencia tipo Alzheimer, considera la evaluación, estudio y tratamiento, tanto del enfermo como de su

cuidador, ya que ambos son víctimas de esta enfermedad (Aldana-Sierralta, 2009; Brannon & Feist, 2001). Los cuidadores presentan peores indicadores de salud en general, más días de incapacidad laboral y mayor uso de los recursos sanitarios que los no cuidadores (Cochrane, Goering, & Rogers, 1997).

La salud de los cuidadores se ve muy comprometida por el hecho de prestar los cuidados (Fernández de Larrinoa, Martínez, Ortiz, Carrasco, Solabarrieta & Gómez, 2011; López, Orueta, Gómez-Caro, Sánchez, Carmona de la Morena & Alonso, 2009; Palomino, González, & Blanco, 2008; Rogero-García, 2010). Las situaciones de estrés a las que están expuestos estos familiares, les hace más vulnerables a padecer problemas físicos y psicológicos (López & Crespo, 2007), mayor riesgo de mortalidad (Schulz & Beach, 1999) y de institucionalizar al paciente (Cohen, Gold, Shulman, Tracey, McDonald, & Wargon, 1993), mayor aislamiento social, falta de tiempo libre, deterioro de la calidad de vida y de su situación económica (Roca et al., 2000; Schulz & Beach, 1999).

Asimismo, este tipo de cuidadores tienen más problemas que los que cuidan a otro tipo de enfermos: con apoplejía (Draper, Poulos, Cole, Poulos & Ehrlich 1992), con cáncer (Clipp & George, 1993), o ancianos con problemas físicos pero sin demencia (Ory et al., 1999). Los cuidadores familiares de enfermos con demencia también presentan con frecuencia reacciones desadaptativas, sentimientos de soledad, e incapacidad para enfrentarse a la labor de cuidar, deterioro en las relaciones personales, sociales, laborales y tiempo libre, como consecuencia del estrés mantenido que lleva asociado el cuidado (González-Salvador, Arango, Lyketsos & Barba, 1999).

Una investigación llevada a cabo en Barcelona, por Roca y Úbeda (2000) sobre las repercusiones del cuidar en la salud y calidad de vida de los cuidadores familiares de personas dependientes, demostró que los cuidadores presentaron: dolores de espalda, cansancio y alteraciones del sueño. Los cuidadores percibieron una peor salud en el caso de cuidar a personas con alteraciones en la salud mental y enfermedades neurodegenerativas. Además los problemas de salud percibidos por los cuidadores eran mayores conforme

aumentaba el nivel de dependencia de la persona cuidada. Cuidar de un familiar con deterioro cognitivo, problemas de conducta, etc. es una fuente generadora de mucho estrés con importantes repercusiones para el bienestar físico, psicológico y social del cuidador (Montgomery & Borgatta, 1989; Montorio, Díaz-Veiga & Izal, 1995).

En relación al género del cuidador, los cuidadores presentan menos malestar físico y psicológico-emocional que las cuidadoras. Las cuidadoras padecen más problemas de ansiedad y depresión, menor bienestar subjetivo y calidad de sueño, peor salud física y más sedentarismo (Crespo & López, 2008; Larrañaga et al., 2008; Møller, Gudde, Folden, & Linaker, 2009). Se ha asociado la peor salud en la mujer, con respecto al hombre, a su mayor implicación en el cuidado, así como al mayor número de horas dedicadas al mismo (Masanet & La Parra, 2011).

No obstante, las capacidades y habilidades de las que dispongan los cuidadores de enfermos de Alzheimer son muy importantes. Como ya se ha visto en el **Modelo del Proceso del Estrés** (Pearlin et al., 1990; Pearlin, 1992; Aneshensel et al., 1995; Pearlin & Skaff, 1995; Gaugler et al., 1999) la manera en la que la salud de los cuidadores de enfermos de Alzheimer puede verse afectada por las tareas propias del cuidado, depende de un proceso de múltiples interacciones entre estresores primarios y secundarios, apoyo social y recursos y estrategias de afrontamiento.

1.4.4.1. Repercusiones bio-psico-sociales

Desde el punto de vista del modelo bio-psico-social, se considera que cuidar a un enfermo de Alzheimer va minando progresivamente la salud del cuidador, ya que este ha de enfrentarse a muchos estresores, los cuales se relacionan con la “sobrecarga”, término con el que se conoce el estrés en el ámbito del cuidado (Pearlin, 1994; Zarit et al., 1986; Zarit & Knight, 1996).

Siguiendo la definición de salud de la OMS (1948), en la actualidad, las aproximaciones a los conceptos de salud/enfermedad son pluridimensionales y

recogen aspectos bio-psico-sociales. Desde esta perspectiva los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer están afectados en las tres dimensiones mencionadas (física, psicológico-emocional y social):

1. Dimensión física

El empeoramiento de la salud física de los cuidadores está muy estudiado y existe un gran acuerdo entre los autores (Roth, Haley, Owen, Clay & Goode, 2001). Se han observado alteraciones cardiovasculares (Laserna et al., 1997; Vitaliano, Young, Russo & McCann, 1994), síntomas inespecíficos como la astenia y el malestar general, alteraciones del sueño (hipersomnias diurna, insomnio, alteraciones del ciclo sueño-vigilia), cefaleas, diabetes, úlcera gastroduodenal, anemia y alteraciones osteomusculares como tendinitis, dolor articular, cervialgias, dorsalgias y lumbalgias (Baumgarten, 1989; Pruchno & Potashnik, 1989). En la misma línea, Elliott, Burgio y DeCoster (2010) hallaron problemas osteomusculares, fracturas, esguinces y trastornos del sueño.

Los cuidadores familiares son más propensos a padecer enfermedades crónicas, tales como: artritis, asma, palpitaciones, hipertensión, diabetes mellitus, dolor de cabeza y acidez estomacal (Korn, Logsdon, Polissar, Gomez-Beloz, Waters & Rýser, 2009). También se ha observado un deterioro en su sistema inmunitario (Vitaliano et al., 2003), lo que les puede hacer más vulnerables a padecer infecciones (Irwin & Patterson, 1994; Kiecolt-Glaser & Glaser, 1994; Kiecolt-Glaser, Glaser, Gravenstein, Malarkey & Sheridan 1996; Vedhara et al., 1999).

2. Dimensión psicológico-emocional

Cuidar a un familiar enfermo de Alzheimer, genera problemas psicológicos y dolor emocional (Meuser & Marwit, 2001). Los cuidadores de familiares con demencia, son un grupo de alto riesgo para el desarrollo de problemas emocionales y trastornos psiquiátricos (Clipp & George, 1990).

Diversos estudios han demostrado que los cuidadores presentan mayores niveles de síntomas depresivos y problemas de salud mental (Marks, Lambert, & Choi, 2002; Pinguart & Sorensen, 2003; Zarit, 2006), así como agresividad hacia el paciente u otras personas (Conde, 1998; Laserna et al., 1997; Rodríguez del Álamo, 2002). También padecen significativos niveles de ira (Gallagher-Thompson, 1994), pérdida de autoestima (Flórez, Adeva, García, & Gómez, 1997; Skaff & Pearlin, 1992), estrés, bajo estado de ánimo, pérdida de sensación de control y autonomía, depresión, sentimiento de culpa y frustración (Rogeró-García, 2010). En la misma línea, se ha observado que los cuidadores sufren diferentes grados de depresión, ansiedad y conflictos familiares (Conde, 1998; Laserna et al., 1997; Rodríguez del Álamo, 2005).

La ansiedad, el estrés y los estados distímicos como la depresión mayor son las principales repercusiones a nivel psicológico de la sobrecarga experimentada por los cuidadores. Estas repercusiones disminuyen la capacidad para resolver problemas, la capacidad de afrontamiento e incrementan la percepción de gravedad de los síntomas asociados a la demencia, aumentando la demanda de recursos asistenciales y el consumo de fármacos por parte del cuidador (Covinsky et al., 2003).

Un estudio realizado por el IMSERSO (2005) sobre las repercusiones en la salud mental de los cuidadores, concluye que algo más de un tercio de los mismos, manifiestan haber tomado medicación (menos proporción entre los hombres) y un 11% han tenido que solicitar ayuda de un psicólogo o de un psiquiatra. Además, la frecuencia de prescripción de fármacos para la depresión, la ansiedad y el insomnio es entre dos y tres veces mayor entre los cuidadores de personas dependientes que en el resto de la población (Family Caregiver Alliance, 2001).

La depresión que puede desarrollar el cuidador se puede relacionar con la enfermedad cuando la demencia aparece en edades tempranas, según el grado de dependencia en las actividades de la vida diaria, control de los trastornos neuropsiquiátricos del enfermo, y cuando las características del

cuidador se asocian con tener una renta baja, una relación previa distante o muchas horas al día dedicadas al cuidado (Mahoney, Regan, Latoma & Livignston, 2005). La depresión, acompañada de síntomas de ansiedad y estrés también se asocia a la carga subjetiva y al número de horas diarias cuidando (Hirts, 2005; Izal, Montorio, Márquez, Losada & Alonso, 2001). Estudios epidemiológicos demuestran que las tasas de diagnósticos psiquiátricos, son mayores en los familiares que cuidan a enfermos de Alzheimer que en la población general (Cochrane et al., 1997).

También se ha observado una discreta atenuación de la respuesta matutina de cortisol (González, De Andrés & Moya, 2011), tanto en cuidadores jóvenes como de edad avanzada (Lovell & Wetherell, 2011; Vedhara et al., 2002). Las alteraciones en la respuesta de cortisol confirman una desregulación del eje hipotálamo-hipofisoadrenal, indicador de estrés crónico muy analizado en diversas patologías como la depresión o el estrés post-traumático (Ellenbogen, Hodgins, Claire-Dominique, Couture, & Adam, 2006; Wessa, Rohleder, Kirschbaum, & Flor, 2006).

La tristeza, la depresión, la ansiedad y la ira, son las reacciones más habituales en los cuidadores como respuesta a las muchas decisiones dolorosas, ambiguas y confusas que tienen que tomar (Cohen, Colantonio & Vernich, 2002). Los cuidadores que presentaban más sobrecarga, depresión y estrés percibido, presentaban mayor intensidad en algunas emociones negativas tales como: tensión, disgusto, culpabilidad, susto, enfado, irritabilidad, nerviosismo y preocupación (Yanguas et al., 2010).

3. Dimensión social

Los cuidadores familiares sufren mayor aislamiento social, menos tiempo libre, mayor reducción de las aficiones, falta de tiempo para ellos mismos (Zarit et al., 1980; Grafström & Winblad, 1995), menos intimidad y también disminución de la gratificación por parte del enfermo (Coon & Edgerly, 1999). La gran cantidad de tiempo dedicado al enfermo hace que el cuidador focalice su vida social en la relación de cuidado. Por ello, el bienestar emocional del

cuidador depende mucho de sus relaciones familiares y especialmente, de su relación con el enfermo (Raschick & Ingersoll, 2004). La mayoría de cuidadores sienten que cuidar de la persona con demencia incide negativamente en su vida cotidiana con consecuencias en el ocio, tiempo libre y relaciones familiares (IMSERSO, 2005).

1.4.5. Repercusiones en la calidad de vida y en la relación de ésta con la salud de los cuidadores familiares

La calidad de vida en términos generales hace referencia al bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida (Dubos, 1976). La calidad de vida es un concepto subjetivo, ya que está influida por la personalidad y el entorno en el que la persona vive y se desarrolla (Dimenäs, Dahlöf, Jern & Wiklund, 1990). También es un concepto multifactorial, ya que abarca varios dominios, incluyendo su naturaleza subjetiva (Clark, 1995).

Según la OMS (WHOQOL GROUP, 1995) la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos de su entorno.

El concepto de calidad de vida es un constructo multidimensional, incluye componentes objetivos y subjetivos de diversos ámbitos de la vida (Cummins & Cahill, 2000). Los componentes objetivos hacen referencia a cuestiones sociodemográficas, así como también a la disponibilidad y acceso a bienes y servicios. Los componentes subjetivos se refieren al bienestar subjetivo, estando compuesto por dos dimensiones: una de carácter emocional (afectos positivos y afectos negativos) y otra de carácter cognitivo, la satisfacción con la vida (Moyano & Ramos, 2007).

Como ya se ha visto anteriormente, cuidar de un familiar enfermo de Alzheimer puede llegar a ser muy estresante y puede perjudicar tanto la salud física como la salud mental del cuidador. En este sentido, hay que encontrar formas adecuadas de apoyar a la familia y a los cuidadores, y en consecuencia ayudar a mejorar la calidad de vida de los mismos (Belle et al., 2006). La calidad de vida del cuidador del enfermo de Alzheimer, debe ser evaluada por el papel que desempeña como predictor de ingreso en residencia. En este sentido, Argimon, Limon, Vila & Cabezas (2005) demostraron que el riesgo de ingreso en residencia es seis veces mayor en los pacientes con cuidadores que evaluaron su propia calidad de vida como “mucho peor” respecto al año anterior.

Pese a que el concepto calidad de vida está presente desde la época de los antiguos griegos, la instauración del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un importante auge desde la década de los años 90. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se nutre de los conceptos de salud, estado de salud y calidad de vida, y agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como los externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud (Badía, 1995). La CVRS, es el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la disminución provocada por una enfermedad, accidente, tratamiento o política (Patrick & Erickson, 1993).

La CVRS es subjetiva, a iguales estados de salud, pueden corresponder percepciones distintas de calidad de vida (Testa & Simonson, 1996). La CVRS es latente, no puede observarse directamente, sólo puede ser deducida de forma indirecta a través de indicadores y es multidimensional (Siegrist, Broer & Junge, 1996).

Badía, Lara y Roset (2004) evaluaron la CVRS, el tiempo de dedicación y la carga percibida por los cuidadores principales informales (CPI) de los enfermos de Alzheimer en España, así como el tipo y la cantidad de ayuda

recibida. Los resultados indicaron que los CPI presentan una peor CVRS en el cuestionario EuroQoL-5D que la población general, excepto en la dimensión de cuidado personal. El 84% de los CPI presentan problemas de salud física y el 94,4% problemas de salud mental. Según la escala de Zarit, el 46,5% de los CPI tenían una sobrecarga moderada, y el 34,7% una sobrecarga severa. El tiempo de dedicación fue de más de 8 horas al día en el 72,1% de los casos y más de 20 horas al día en el 39,6% de ellos. Sólo el 26,9% recibió alguna ayuda sociosanitaria y el 76,5% algún tipo de ayuda de las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer. Como conclusión se observó que los cuidados realizados por el CPI afectan negativamente a su estado de salud y a su CVRS.

1.4.6. La importancia del apoyo social para los cuidadores

El apoyo social tiene efectos amortiguadores del estrés y de la sobrecarga, también disminuye el impacto a las diversas condiciones de riesgo a enfermedades tales como la ansiedad, la depresión y los trastornos psicosomáticos (Badía, Salamaero & Alonso, 2002).

Para comprender el efecto que puede tener el apoyo social en los cuidadores, existen dos modelos que explican la relación existente entre apoyo social y salud (Blair, 1985; Castro, Campero & Hernández, 1997). Por un lado, está el modelo del efecto directo, el cual sostiene que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otro lado, está el modelo del efecto amortiguador (Cohen & Mckay, 1984) que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes.

El apoyo social como efecto amortiguador señala que el apoyo social interviene como variable mediadora en la relación entre estrés y enfermedad. Esto puede ocurrir de dos formas: En la primera, el apoyo social permite a redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes (Lazarus & Folkman, 1984) o bien inhibe los procesos psico-

patológicos que podrían desencadenarse sin apoyo social. La segunda forma en la que el apoyo social amortigua los efectos del estrés es evitando que los individuos definan una situación como estresante. La certeza de un individuo de disponer de muchos recursos materiales y emocionales puede evitar que defina como estresante la situación que otros individuos definirían como tal. Esto evita que se genere respuesta psico-fisiológica, lo que a su vez repercute en beneficio de la salud (Castro et al., 1997; Lazarus, 2000).

La falta de apoyo social (Pushkar-Gold, Cohen, Shulman, Zucchero, Andres & Etezadi, 1995) y en concreto la falta de satisfacción con los lazos sociales se relaciona con una peor salud mental del cuidador (Stuckey & Smith, 1997). No obstante, según Smerglia, Miller, Sotnak & Geiss (2007) pese a que en ocasiones un tipo específico de apoyo social ha mostrado tener un efecto positivo para el estrés percibido por los cuidadores, en general, no se han evidenciado efectos relevantes de esta variable a la hora de amortiguar las consecuencias del cuidado sobre la salud del cuidador.

1.4.7. Beneficios asociados al cuidado

A pesar de que el cuidado se asocia con efectos negativos sobre el bienestar de los cuidadores, se han observado algunos efectos positivos como una mejor relación con los demás, crecimiento personal, propósito en la vida o autoaceptación (Marks et al., 2002).

El estrés es considerado como algo negativo. No obstante tiene muchos aspectos positivos. Los manuales y libros sobre el estrés, suelen indicar al comienzo que el estrés tiene consecuencias positivas y negativas. Sin embargo la mayoría de ellos (Bensabat, 1984; Fernández, 1993) sólo desarrollan sus consecuencias negativas. Muchos autores señalan los aspectos positivos del estrés. Labrador (1992) considera que la exposición a situaciones de estrés no es en sí misma "mala". Es más, según Labrador (1992) las mejores realizaciones del organismo se consiguen en esas condiciones en las que, en general, el organismo con niveles más elevados de secreción de catecolaminas realiza mejor, de manera más rápida y precisa, y de forma más duradera las

conductas necesarias. Según Fernández (1993) con los neologismos importados del mundo anglosajón, eustress y distress, podemos diferenciar los aspectos positivos y negativos del estrés.

Selye (1936) hizo muchas y originales propuestas a la fisiología, endocrinología y psicología en relación al estrés. Su innovador uso del término "stress" como un proceso negativo llevó a malentendidos, y aunque fue corregido por él mismo, muchos de sus seguidores continuaron con el malentendido. Selye diferenció con claridad entre la existencia de un estrés positivo o "buen estrés" (eustress) y un estrés negativo o "mal estrés" (distress) (Spector, 1997; Szabo, 1998).

En sus primeras definiciones (Selye, 1956) el estrés es la respuesta general del organismo ante cualquier exigencia. Es un patrón de respuesta adaptativo, es el responsable de ajustar el organismo a las distintas condiciones ante las que debe dar una respuesta adecuada. Así pues, el estrés es para este autor algo positivo.

Anteriormente se han expuesto las muchas consecuencias negativas que sufren los cuidadores familiares. Pese a ello, los cuidadores familiares relatan consecuencias beneficiosas de su rol. Es muy simplista considerar que todos los cuidadores son unas víctimas escondidas de la enfermedad de sus familiares (Wells & Kending, 1997). Mientras que las primeras investigaciones sobre cuidadores de enfermos se centraban en el estudio de la carga del cuidador, George y Gwyther (1986) empezaron a evaluar indicadores de bienestar, indicando la ventaja de tener una concepción múltiple de lo que implica ser cuidador, y así poder establecer comparaciones con los que no son cuidadores. Una visión del cuidado de enfermos, que incluye sus aspectos positivos y negativos, facilita una visión integrada de la vida de los cuidadores. Los aspectos positivos y negativos del cuidado de un enfermo no son dos aspectos incompatibles, sino que estos dos elementos pueden coexistir y tienen distintos factores asociados (Skaff & Pearlin 1992).

Cuidar de una persona mayor dependiente también puede tener consecuencias positivas como generar sentimientos positivos y bienestar psicológico (Crespo & López, 2007; Zabalegui et al., 2004). En esta línea, en un estudio realizado por Cohen et al., (2002) un 73% de los cuidadores señalaron tener sentimientos positivos en al menos un aspecto del cuidado de su familiar. Las mayores fuentes de satisfacción estuvieron relacionadas con la sensación de compañía, de utilidad y de estar cumpliendo con su deber u obligación. Asimismo los cuidadores también refirieron momentos placenteros o divertidos durante el desempeño de su tarea. Otro de los hallazgos del estudio es que los cuidadores que tenían más sentimientos positivos presentaron menos depresión, menos sobrecarga y mejores autoevaluaciones con respecto a su salud. Estos resultados reflejan satisfacción en las áreas inter e intrapsíquicas tal y como habían conceptualizado Nolan, Grant y Keady (1996).

García et al. (2009) encontraron que los cuidadores con más orgullo, satisfacción y entusiasmo, sentían más satisfacción con el cuidado, mientras que aquellos que sentían más vergüenza, estaban más insatisfechos. En la misma línea, existen diversos factores que influyen en la manera de experimentar y abordar el cuidado de forma adaptativa. Estos factores son: ser cuidador por iniciativa propia, no trabajar fuera del hogar, utilizar la religión como estrategia de afrontamiento, tener muchas oportunidades para el crecimiento personal, tener cohesión familiar (Cohen et al., 2002; Czaja, Eisdorfer & Schulz, 2000). Los autores que estudian los aspectos positivos asociados al cuidado de los enfermos con demencia, señalan que aquellos cuidadores que tienen más sentimientos positivos de su situación de ser cuidadores, presentan menos depresión, menos sobrecarga, mejor salud subjetiva (Cohen et al., 2002; Hilgeman, Allen, DeCoster & Burgio, 2007; Pinquart & Sörensen, 2003) y más bienestar emocional (Hilgeman et al., 2007).

Una investigación llevada a cabo en 1996 por la National Alliance for Caregiving en conjunción con la American Association of Retired Persons, observó que más de la mitad de los cuidadores de los 1160 entrevistados, indicaban que los sentimientos que mejor describían su situación de ser cuidador eran sentimientos positivos: felicidad y amor. Aunque también estaban

presentes los sentimientos negativos (obligación, ira, tristeza, carga), estos eran mucho menos habituales (Ory et al., 1999). Lawton et al. (1991) identificaron que los aspectos positivos del cuidado son: sentimientos de placer, de satisfacción personal, de proximidad con el enfermo, de incremento de la autoestima y del propio sentido vital.

En general, todos estos aspectos positivos asociados al cuidado se engloban bajo el término **beneficios del cuidado (uplifts)**, concepto que abarca además sentimientos tales como los relativos al aprecio por la cercanía con el receptor de cuidados o al orgullo derivado de la propia capacidad para afrontar las crisis (Kramer, 1997).

Según los datos del meta-análisis de Pinquart y Sörensen (2003), que puede considerarse el más exhaustivo sobre el tema, y en el que se identifican 228 estudios que valoran el efecto de diversos aspectos positivos del cuidado (en concreto, satisfacción, aspectos placenteros o ganancias percibidas), dichos beneficios se asocian con menos carga subjetiva y menos depresión, amortiguando, el efecto negativo de la situación de asistencia sobre el estado emocional del cuidador. No obstante, y dada la naturaleza correlacional de los datos obtenidos, se pueden hacer interpretaciones alternativas como que los cuidadores con mayor malestar emocional puedan percibir en menor medida los aspectos positivos asociados al cuidado. Además, los resultados de Pinquart y Sörensen (2003) evidencian la ausencia de relación entre la percepción de beneficios del cuidado y los estresores objetivos de la situación (tareas, horas dedicadas al cuidado...), lo cual apunta a que la percepción de beneficios depende de otros aspectos de la relación cuidador-receptor de cuidados, aspectos entre los que se incluyen la cercanía mutua, la motivación o características de la propia personalidad del cuidador.

Yee y Schulz (2000) encuentran que en las mujeres, ayudar a sus esposos dependientes se relaciona con una reducción de los niveles de depresión y ansiedad. Para Collins y Jones (1997) los esposos de una persona con demencia son más positivos que las esposas a la hora de juzgar su situación de pareja. Un 25% de estos encuentra que tienen una relación

agradable como pareja desde el inicio de la enfermedad y un 12% cree incluso que su relación ha mejorado desde que su empezó la enfermedad.

Uno de los estudios pioneros en la satisfacción de los cuidadores de enfermos de Alzheimer (Lawton et al., 1991) relata que ésta también difiere en función del vínculo familiar que exista entre el cuidador y el enfermo. En el caso de los esposos la satisfacción con el cuidado no está relacionada con aspectos del estresor (gravedad de los síntomas del enfermo, salud del cuidador y ayuda recibida por el cuidador) pero sí que determina el mayor estado de ánimo positivo. Los hijos cuidadores muestran que una mayor carga objetiva (más tareas a realizar como bañar, dar de comer, vestir, transportar...) se asocia tanto a una mayor satisfacción como a una mayor carga subjetiva. Además en éstos, a diferencia de los esposos, una mayor satisfacción con el cuidado no se asocia con un mejor estado emocional positivo.

Por lo tanto, no todas las situaciones asociadas al cuidado son negativas ni tienen un efecto perjudicial para los cuidadores. Cada vez son más los trabajos que se centran en los aspectos positivos del cuidado. Por ejemplo, López, López-Arrieta & Crespo (2005) encontraron que existen diferentes características de los cuidadores que están asociadas a la obtención de satisfacción en su tarea de cuidadores, tales como una buena relación afectiva con el familiar cuidado, ser cuidador por iniciativa propia, no trabajar fuera del hogar y utilizar la religión como estrategia de afrontamiento son características de los cuidadores que se asocian a una mayor satisfacción con el cuidado.

Finalmente es importante señalar, que los aspectos positivos asociados al rol de cuidador se asocian, con mayor depresión y dolor tras la muerte del enfermo (Boerner, Schulz & Horowitz, 2004).

1.5. La Psicología Positiva

El inicio formal de lo que se denomina Psicología Positiva lo constituyó la conferencia inaugural de Martin Seligman para su periodo presidencial de la American Psychological Association (Seligman, 1999). La Psicología Positiva

está permitiendo definir con más precisión el bienestar humano y está incorporando el estudio de elementos positivos (fortalezas, emociones positivas) que amplían el marco de investigación y actuación de la propia psicología (Vázquez & Hervás, 2008).

Las intervenciones médicas, psicológicas, políticas, sociales o económicas tienen como uno de sus objetivos mejorar la calidad de vida de las personas (Vázquez, 2009b). Muchas decisiones que tomamos a diario, las tomamos valorando el nivel de felicidad que conseguiremos nosotros mismos o nuestros seres queridos (Gilbert, 2006). No obstante, históricamente las intervenciones en la salud se han centrado más en la reducción del dolor, el sufrimiento y las carencias que en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas (Vázquez, 2009a).

Durante muchos años la psicología se ha centrado sólo en el estudio de la patología del ser humano, dando lugar a un marco teórico de carácter patogénico. La focalización exclusiva de la psicología en lo negativo, ha llevado a asumir un modelo de la existencia humana que ha olvidado e incluso negado las características positivas del ser humano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) y ha contribuido a adoptar una visión pesimista del ser humano (Gilham & Seligman, 1999). La felicidad, el optimismo, el sentido del humor etc. se han ignorado o si se han explicado, ha sido de manera superficial.

Los estudios sobre estados de ánimo negativos (depresión, ira, etc.) son veinte veces más frecuentes que los que estudian estados emocionales positivos (Pressman & Cohen, 2005). No obstante, el foco tradicional en el síntoma y la enfermedad, progresivamente está cambiando hacia un concepto de salud cada vez más amplio que incluye aspectos del funcionamiento óptimo personal y no sólo la ausencia de enfermedad. Esta concepción más positiva de la salud ya quedó plasmada en el preámbulo de la Constitución de la OMS (1948).

En cuanto a las teorías y modelos positivos, en general son más recientes en comparación con el largo desarrollo histórico de los modelos

explicativos de los trastornos mentales (Deci & Ryan, 2000; Keyes & Waterman, 2003; Ryff & Keyes 1995; Seligman, 2002). La Psicología Positiva fomenta la salud física y psicológica de la persona. En lugar de centrarse sólo en la enfermedad mental, considera necesario que se preste más atención a la fortaleza humana, que actúa a modo de barrera contra las adversidades y las experiencias traumáticas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Para Seligman, el concepto de Psicología Positiva no es nuevo en psicología, antes de la Segunda Guerra Mundial los objetivos principales de la psicología eran tres: curar los trastornos mentales, hacer las vidas de las personas más productivas y plenas e identificar y desarrollar el talento y la inteligencia de las personas. Sin embargo, tras la guerra, diferentes circunstancias llevaron a la psicología a centrarse únicamente en el trastorno mental y el sufrimiento humano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Ya existían tendencias positivistas en la corriente humanista de la psicología de los años 60, representada por autores tan reconocidos como Carl Rogers, Abraham Maslow o Erich Fromm. No obstante, la Psicología Humanista no ha gozado de una base empírica sólida y ha dado lugar a una inmensa cantidad de movimientos de autoayuda poco fiables (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

La Psicología Positiva no pretende crear otra variante de la psicología (Linley, Joseph, Harrinton & Wood, 2006). Los principios tanto teóricos como prácticos de la Psicología Positiva, se han aplicado a todos los aspectos de la psicología del ser humano y a sus contextos de existencia. Se habla de personas resistentes a la adversidad, de organizaciones positivas, de crecimiento postraumático, etc. por ello la Psicología Positiva ya goza de una cierta validación empírica (Duckworth, Steen & Seligman, 2005; Seligman, Ernst, Gillham, Reivich & Linkins, 2009; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; Sin & Lyubomirsky, 2009).

1.6. Las emociones

Las emociones tienen su sede biológica en un conjunto de estructuras nerviosas llamado sistema límbico, que incluye el hipocampo, la circunvalación del cuerpo calloso, el tálamo anterior y la amígdala. La amígdala, es la principal gestora de las emociones y su lesión anula la capacidad emocional de las personas. Las conexiones neuronales entre estas estructuras ubicadas en el cerebro reptiliano y la parte moderna del cerebro, el neocortex, son muchas y directas, lo cual asegura una comunicación muy adaptativa evolutivamente hablando (Ledoux, 1996).

Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como las que implican peligro, amenaza, pérdida, novedad, etc. Estas reacciones son universales, producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva). Desde el punto de vista psicológico, emociones como alegría, miedo, ansiedad o ira, son emociones básicas que se dan en todas las personas, tienen un sustrato biológico considerable, son agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás y a su vez, pueden actuar como motivos de la conducta (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001).

Definir las emociones no es fácil. En la actualidad continúa siendo objeto de debate e investigación el origen, la estructura interna, las diferencias entre estados afectivos, etc. (Diener, 1999; Ekman, 1994; Parkinson, 1996, 2001). Existe cierto consenso en algunas de las características de las emociones básicas, se puede considerar que las emociones son tendencias de respuesta con mucho valor adaptativo, que tienen manifestaciones a nivel fisiológico, en la expresión facial, en la experiencia subjetiva, etc. que son intensas pero breves en el tiempo y que surgen ante la evaluación de algún acontecimiento antecedente (Fredrickson, 2001). Esta definición se ajusta mejor al estudio de emociones negativas tales como miedo, ira, asco, tristeza, etc. que al estudio de emociones positivas como alegría, esperanza, fluidez, etc. sobre todo

porque las emociones negativas se asocian a tendencias de respuestas claras y específicas y las positivas no tanto (Fredrickson & Levenson, 1998). Por ejemplo, cuando una persona tiene miedo sus sistemas de alerta se activan, se dispone rápidamente a huir o a protegerse, su expresión facial refleja una imagen única y reconocida de forma universal por cualquier persona (Ekman, 1989). Por el contrario, cuando una persona experimenta alegría la respuesta es más ambigua, puede dar saltos de alegría, pero también puede bromear, ayudar a otros, etc. La utilidad de estas respuestas para la supervivencia no parece ser tan evidente porque no es inmediata, pero no por eso debe obviarse. De hecho, es posible intuir otros beneficios derivados de las emociones positivas que, pese a que tal vez puede que no encajen en los modelos teóricos existentes, sí que las haría merecedoras de desarrollar modelos específicos (Ekman, 1994).

1.7. Emociones positivas y variables asociadas

En general, los investigadores han prestado poca atención al estudio científico de las emociones positivas. Fredrickson (2003) señala la importancia de las emociones positivas como medio para resolver muchos de los problemas que generan las emociones negativas y cómo a través de las emociones positivas las personas se pueden sobreponer a los momentos de dificultad y salir fortalecidas de ellos. Las emociones positivas pueden ser canalizadas hacia la prevención, el tratamiento y el afrontamiento, de forma que sean muy útiles para afrontar los problemas (Fredrickson, 2000). Las emociones positivas resuelven problemas relacionados con el crecimiento personal y el desarrollo. Experimentar emociones positivas lleva a estados mentales y modos de comportamiento que indirectamente preparan a la persona para enfrentarse con éxito a las dificultades y adversidades venideras (Fredrickson, 2001). Las emociones positivas facilitan la puesta en marcha de conductas más flexibles, menos predeterminadas y ayudan a ampliar nuestros repertorios de conducta (Isen, 1999). En el ámbito clínico, si somos capaces de instalar, mantener, o apoyarnos en esos elementos positivos, se puede favorecer repertorios adaptativos y un mejor funcionamiento en general.

Otro aspecto de mucho interés clínico es que las emociones positivas tienen también un efecto amortiguador del estrés (Fredrickson, Mancuso, Branigan & Tugade, 2000) como han demostrado diversos estudios como por ejemplo, la reactividad cardiovascular (Fredrickson & Levenson, 1998). Los efectos del humor en condiciones de alto estrés (Carbelo & Jáuregui, 2006; Martin, 2007) son un buen ejemplo de este papel, no siempre explorado con el rigor necesario pero de gran interés clínico (Salameh & Fry, 2004). Las emociones positivas han mostrado, en muchos estudios controlados, tener efectos significativos sobre el comportamiento humano (**Tabla 1.4.**).

Tabla 1.4. Algunos efectos derivados de experimentar estados afectivos positivos, hallados en la literatura experimental (Aspinwall & Staudinger, 2003; Avia & Vázquez, 1998; Fredrickson, 2001; Isen, 1993, 1999).

- El juicio hacia los demás y hacia uno mismo es más indulgente.
 - Hace codificar y recuperar mejor recuerdos positivos.
 - Amplía el campo visual.
 - Genera un pensamiento más flexible y creativo.
 - Genera más repertorios de conducta.
 - Permite el cambio por razones positivas, no como huida.
 - Reduce la duda.
 - Se generan conductas altruistas.
 - Permiten contrarrestar afectos negativos.
 - Se tolera mejor el dolor físico.
 - Favorece la resistencia ante las adversidades.
-

En los últimos años son muchos los psicólogos que han empezado a investigar la función adaptativa de las emociones positivas dentro del marco aportado por la Psicología Positiva (Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). En este contexto, las emociones positivas se están convirtiendo en un valioso recurso terapéutico y en un poderoso recurso para transformar la vida de muchas personas en algo satisfactorio y con sentido.

El énfasis en los estados psicológicos positivos, como factores protectores de la salud física y mental, y especialmente la relación existente entre estados psicológicos positivos y la repercusión en el desarrollo de enfermedades, pone de manifiesto que los estados positivos a nivel psicológico

no sólo forman parte integral de la salud, sino que pueden tener influencia tanto en la aparición de enfermedades y problemas físicos así como también en los procesos de recuperación. La percepción de las personas sanas, marcada por un sentimiento positivo de uno mismo, un sentimiento de control personal y una visión optimista del futuro, son recursos que no sólo permiten afrontar las dificultades diarias, sino que tienen mucha importancia para afrontar situaciones muy estresantes y amenazantes de la propia existencia (Taylor, Kemeny, Reed, Bower & Gruenewald, 2000). Tener una buena salud física o mental no sólo es no tener enfermedades, sino en disfrutar de unos recursos y capacidades que permitan resistir adversidades (Almedom & Glandon, 2007). Y lo que es más importante, ese estado de bienestar favorece que la persona alcance mayor desarrollo psicológico, social y comunitario (Fredrickson, 2009).

Los factores psicológicos positivos pueden tener una relación tan fuerte con la salud como los negativos. Diversos estudios han demostrado que mantenerse optimista, aunque sea de forma poco realista (Reed, Kemeny, Taylor & Visscher, 1999; Reed, Kemeny, Taylor, Wang & Visscher, 1994; Taylor, Kemeny, Aspinwall, Schneider, Rodríguez & Herbert, 1992) y encontrar un significado ante la adversidad (Bower, Kemeny, Taylor & Fahey, 1998) parece que son factores protectores de la salud física. Los estados positivos de la mente pueden llevar a una vida más llena de sentido y también a una existencia más saludable. Con procedimientos metodológicos rigurosos, con procedimientos de medida adecuados, y los mecanismos necesarios de control de las influencias biológicas y psicosociales, en la actualidad se puede demostrar científicamente la validez de estas ideas (Taylor et al., 2000).

Fredrickson ha abierto una línea de investigación centrada en las emociones positivas y en su valor adaptativo (Fredrickson, 1998, 2000, 2001, 2003; Fredrickson & Branigan, 2000). Recientemente ha planteado la teoría "Broaden and Build Theory of Positive Emotions" (Fredrickson, 1998, 2001) la cual defiende que emociones positivas como la alegría, el entusiasmo, la satisfacción, el orgullo, la complacencia, etc. comparten la propiedad de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de las personas y de

construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis.

Experimentar emociones positivas es agradable y placentero a corto plazo y además tiene efectos beneficiosos más duraderos, ya que prepara a los individuos para tiempos futuros más duros (Fredrickson, 1998, 2001).

Las funciones de las emociones positivas complementan las funciones de las emociones negativas (Fredrickson, 2001) y ambas son importantes en la evolución. Si las emociones negativas solucionan problemas de supervivencia inmediata (Malatesta & Wilson, 1988) porque tienen asociadas tendencias de respuesta específicas (por ejemplo, el miedo prepara para la huida...), las emociones positivas solucionan cuestiones relacionadas con el desarrollo, el crecimiento personal y la conexión social. Las emociones negativas proporcionan maneras de pensar que disminuyen el rango de posibles respuestas y las emociones positivas proporcionan formas de pensar que lo amplían. Las emociones positivas han contribuido a generar las condiciones adecuadas para que nuestros ancestros desarrollaran las habilidades físicas necesarias para superar a los depredadores, las habilidades psicológicas para descubrir e inventar posibilidades y las habilidades sociales para generar vínculos interpersonales y aprender conductas de ayuda.

Muchos estudios han demostrado que el afecto positivo se relaciona con una mentalidad más abierta, flexible y compleja, y con la habilidad para integrar distintos tipos de información (Derryberry & Tucker, 1994; Isen, 1987, 1990, 2000; Isen & Daubman, 1984; Isen, Daubman & Nowicki, 1987; Isen, Johnson, Mertz & Robinson, 1985; Isen, Niedenthal & Cantor, 1992; Isen, Roenzweig & Young, 1991). Esta manera de pensar hace más creativa la solución de problemas y más acertados los juicios y la toma de decisiones (Carnevale & Isen, 1986; Isen, 1993; Isen, Nygren & Ashby, 1988; Lyubomirsky, King & Diener, 2005). Otros estudios muestran que los estados afectivos positivos inducidos, por ejemplo viendo una comedia, facilitan la solución de problemas de manera creativa, además parecen incrementar las asociaciones novedosas, no previsibles y las combinaciones inusuales de elementos (Isen et al., 1987).

Se ha comprobado que las personas expuestas a imágenes que provocan distintas emociones (alegría, miedo o tristeza) difieren en la forma de procesar información visual. A la hora de realizar una tarea de categorización en la que no existen respuestas correctas e incorrectas, sino respuestas que reflejan una forma global o local de percibir una configuración de elementos, las personas que experimentan emociones positivas tienden a elegir configuraciones más globales (Fredrickson, 2001).

Estos resultados sugirieron que en general las emociones positivas facilitan la puesta en marcha de patrones de pensamiento receptivos, flexibles e integradores, y también favorecen las respuestas novedosas.

1.7.1. Emociones positivas, emociones negativas y psicología clínica

La investigación psicológica sobre lo positivo está totalmente justificada. La investigación sobre la estructura de las emociones es muy importante para entender la naturaleza de muchas alteraciones psicológicas. En este sentido, las emociones positivas y negativas son relativamente independientes (Avia & Vázquez, 1998). Hay datos clínicos que demuestran que las emociones positivas pueden estar presentes en situaciones de mucha adversidad (ansiedad, experiencias traumáticas, etc.).

La Psicología Clínica intenta describir, explicar y comprender la conducta, las cogniciones y las emociones anómalas. Sin embargo, la existencia de elementos negativos no implica la ausencia de elementos positivos. Sistemas diagnósticos como los DSM están centrados en el déficit, la carencia, o lo problemático y, aunque esta visión puede ser adecuada, es sólo parte de la realidad (Maddux, 2002). Suele hacerse poco énfasis en lo que está ileso, en las virtudes y fortalezas de las personas que tienen problemas (Aspinwall & Staudinger, 2003; Peterson & Seligman, 2004). Existen muchos instrumentos para evaluar síntomas pero muy pocos para evaluar capacidades, bienestar y fortalezas psicológicas (Peterson & Seligman, 2004; López & Snyder, 2003).

Los aspectos positivos están presentes en la clínica. Por ejemplo, se ha encontrado que se produce más resistencia a estresores intensos cuando quienes los sufren perciben, además de las consecuencias negativas de la experiencia traumática, elementos positivos en lo sucedido (Folkman, 1997; Vázquez & Pérez-Sales, 2003). Sentir emociones positivas cuando se ha perdido a un ser querido (por ejemplo, agradecimiento ante la expresión de cariño por parte de los demás, sentimientos de solidaridad, etc.) predice un mayor bienestar psicológico al cabo de 12 meses (Stein, Folkman, Trabasso & Richards, 1997). Igualmente, ser capaz de dar un significado positivo a la adversidad mejora la salud e incrementa el bienestar (Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998) e incluso probablemente permita mejorar y crecer psicológicamente pese a lo sucedido (Vázquez, Castilla & Hervás, 2007).

Tener en cuenta los aspectos positivos, de forma independiente de los negativos, va a ser un tarea importante para la psicología y, mayor si cabe, para la Psicología Clínica y de la Salud. Diferenciar emociones positivas y negativas puede ayudar a comprender mejor el funcionamiento humano. Por ejemplo, Huppert & Whittington (2003) comprobaron que los ítems positivos incluidos en el Goldberg Health Questionnaire (GHQ), un instrumento de *screening* de depresión y ansiedad muy utilizado en Europa, tienen un valor predictivo distinto a los ítems de contenido negativo. Los ítems relacionados con experimentar dicha o felicidad en las últimas semanas eran mejores predictores de mortalidad, al cabo de 7 años, que los ítems negativos directamente relacionados con depresión o ansiedad.

El valor informativo y predictivo de lo positivo es diferente al de lo negativo. En un estudio pionero, Danner, Snowdon y Friesen (2001) analizaron los escritos de unas novicias explicando sus razones para entrar en una orden religiosa décadas atrás. Se observó que aunque las emociones negativas contenidas en esos escritos no tenían poder predictivo, el grupo de novicias que tenían un afecto más jubiloso en su juventud morían 7,9 años más tarde que el grupo que presentaba menos positividad emocional. Esto demostraba por primera vez el efecto de las emociones positivas sobre un parámetro fuerte de salud como es la mortalidad (Vázquez, Hernangómez & Hervás, 2004). En

otro estudio, Harker y Keltner (2001) codificaron las expresiones emocionales de un grupo de licenciadas en las fotos de orla de fin de carrera y correlacionaron estos datos con información sobre su satisfacción marital y bienestar psicológico 30 años más tarde. Las que mostraron mayor expresividad positiva en las fotos de juventud tuvieron mejores resultados en las otras variables medidas cuando ya sobrepasaban los 50 años de edad.

Estos estudios demuestran que los efectos de los estados positivos puede que sean menos inmediatos y menos visibles que los de los estados negativos y tal vez se demoren más en el tiempo o sean más sutiles (Gable & Haidt, 2005), de ahí las dificultades que han tenido los científicos para poder detectarlos y analizarlos.

1.7.2. Emociones positivas y salud

Considerando que la salud es algo más que la ausencia de enfermedad y que las emociones positivas son algo más que la ausencia de emociones negativas, se puede plantear que las emociones positivas puedan prevenir enfermedades, o reducir la intensidad y duración de las mismas, así como también pueden ser útiles para poder alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo (Lyubomirsky et al., 2005).

En una investigación, 334 voluntarios sanos entre 18 y 54 años fueron evaluados en su tendencia a expresar emociones positivas (felicidad, satisfacción y tranquilidad) y emociones negativas (ansiedad, hostilidad y tristeza). Posteriormente, a todos se les administró nasalmente unas gotas que contenían el virus que produce el resfriado común. Los resultados mostraron que los sujetos con un estilo emocional positivo presentaron menos riesgo de contraer resfriado que los sujetos con estilo emocional negativo (Cohen, Doyle, Turner, Alper & Skoner, 2003). En otro estudio se evaluó el estado de salud y el estado emocional de 2.282 sujetos de más de 65 años y se les hizo un seguimiento durante dos años. Los resultados mostraron que la experiencia de emociones positivas protegía a las personas mayores de los efectos más

negativos del envejecimiento y de la incapacidad y, lo que es todavía más importante, predecía con éxito quienes vivirían y quienes morirían (Ostir, Markides, Black & Goodwin, 2000). Asimismo, en otro estudio, se provocaron reacciones de ansiedad en un grupo de estudiantes al comunicarles que en un minuto tendrían que exponer ante una cámara un discurso sobre por qué se consideraban buenos amigos y que ese discurso después sería evaluado por sus compañeros. En estas condiciones se formaron cuatro grupos, dos vieron películas que provocaban emociones positivas (alegría, satisfacción), uno vio una película que provocaba tristeza y un cuarto grupo sirvió de control. Los resultados mostraron que los sujetos que habían visto las películas que elicitan emociones positivas tuvieron una recuperación cardiovascular más rápida que el grupo de control y mucho más rápida que los que vieron la película que provocaba tristeza (Fredrickson, 2003).

Una posible explicación del efecto protector sobre la salud es el que plantea la hipótesis de que las emociones positivas deshacen los efectos fisiológicos que provocan las emociones negativas (Fredrickson, 1998, 2003).

Los anteriores datos parecen indicar que las emociones positivas deshacen los efectos negativos de las emociones negativas, lo que iría asociado a un menor desgaste del sistema cardiovascular y con ello a un mejor estado de salud (Fredrickson & Levenson, 1998). Un tipo de respuesta específica asociada a la experiencia de emociones negativas es el incremento de la actividad cardiovascular (presión sanguínea, frecuencia cardiaca, vasoconstricción periférica), que durante mucho tiempo se relaciona con muchas enfermedades. Esto, unido a que la experiencia de emociones positivas predice un elevado nivel de bienestar subjetivo, entendido éste como el promedio de emociones positivas y negativas (Diener, Sandvik & Pavot, 1991) y a que, también aumenta la probabilidad de sentirse bien en el futuro (Fredrickson, 2001; Fredrickson & Joiner, 2002) hace posible asignar un papel muy importante a las emociones positivas en el cuidado de la salud y en el logro de estados subjetivos de bienestar.

Pressman y Cohen (2005) proponen que la influencia del afecto positivo en la salud puede explicarse mediante dos modelos.

El primer modelo hace hincapié en el efecto directo que el afecto positivo tiene sobre el sistema fisiológico. Según este modelo, el afecto positivo favorece prácticas saludables como mejorar la calidad del sueño, hacer más ejercicio físico o llevar una dieta más equilibrada, que a su vez están relacionadas con una menor morbilidad. También actúa sobre el Sistema Nervioso Autónomo, reduciendo la tasa cardíaca, la presión sanguínea y los niveles de epinefrina y norepinefrina en sangre. Tiene influencia sobre el eje hipotálamo-pituitario-adrenal, ya que la presencia de afecto positivo ha sido relacionada con menores niveles de cortisol en sangre (hormona relacionada con enfermedades autoinmunes e inflamatorias) y, en menor medida, con mayores niveles de oxitocina y de la hormona del crecimiento. Además, favorece la presencia de opioides endógenos (endorfinas), tanto indirectamente (vía actividad física) como de forma más directa mediante una activación emocional general (Gerra et al., 1996, 1998). Estas endorfinas disminuyen la actividad del Sistema Nervioso Autónomo y del Sistema Endocrino (Drolet, Dumont, Gosselin, Kinkead, Laforest, & Trottier 2001) y modifican la función inmune (McCarthy, Wetzel, Sliker, Eisenstein & Rogers, 2001).

Por otro lado, se conoce que el aislamiento y las escasas redes sociales escasas o poco eficaces se relaciona con un más riesgo de morbilidad y empieza a evidenciarse que el afecto positivo facilita la creación y mantenimiento de vínculos sociales, los cuales son protectores de un buen estado de salud (Cohen, 2004; Elliot & Humberson 2004). La reciprocidad social, es decir la percepción de que uno se ofrece a la red social pero también recibe recompensas de ella, está ligado a un mejor estado de salud (Siegrist, 2005).

Posiblemente las emociones positivas tengan un efecto directo sobre el organismo (Barak, 2006). Resultados de laboratorio sugieren que esto puede ser así. Algunos estudios han demostrado que diferentes tipos de estímulos agradables pueden tener un impacto psicológico diferente (Watanuki & Kim,

2005). Por ejemplo, hay un incremento de la actividad del córtex frontal izquierdo ante la presencia de olores agradables mientras que la presentación de estímulos verbales positivos produce incrementos en la secreción de inmunoglobina-A (un típico parámetro de la actividad del sistema inmune) y una disminución del cortisol en saliva (un parámetro de la actividad del sistema hipotalámico-adrenocortical-pituitario, implicado en la disminución de estímulos afectivos y expresión de emociones). Algunas investigaciones han demostrado también que el afecto positivo se asocia a determinados patrones de activación eléctrica cortical (Urri et al., 2004) y un buen estado de ánimo se relaciona con niveles elevados de la función central serotoninérgica (Flory, Manuck, Matthews & Muldoon, 2004), lo que a su vez puede ser importante por la relación de ésta con mayores valores de resistencia insulínica y presión arterial. Se sabe que la inducción de un estado de ánimo positivo (viendo un película de humor, por ejemplo) puede mejorar la respuesta inmediata del sistema inmune, evaluada mediante medidas de inmunoglobina A en saliva (Dillon, Minchoff & Baker, 1985).

El segundo modelo resalta la influencia que el estrés tiene sobre el sistema fisiológico. En este caso, el afecto positivo actúa como amortiguador del estrés, minimizando los efectos perjudiciales del estrés sobre el organismo. Según este modelo, el afecto positivo tiene influencia a varios niveles en la repuesta ante el estrés. Las personas que gozan de más afecto positivo no tienen tantos conflictos sociales, con lo que el número de estresores que tienen es menor. Además, cuando tienen que afrontar situaciones estresantes, las personas con mayor afecto positivo tienen mejores redes sociales en las que apoyarse, así como mejores estrategias de afrontamiento, lo que les lleva a tener una mayor sensación de ser capaces de afrontar los problemas. Asimismo el afecto positivo facilita la normalización de las respuestas fisiológicas tras un suceso estresante (Fredrickson & Levenson, 1998).

A pesar de que la mayoría de estudios sobre la influencia del afecto positivo en la salud indican que dicha afectividad positiva está relacionada con menor morbilidad, menor mortalidad, mejor calidad de vida y funcionamiento, menos síntomas, menor severidad del diagnóstico y mayor supervivencia,

algunos estudios han encontrado una relación inversa, especialmente en personas con enfermedades graves. Esto puede ser explicado por el hecho de que las personas con mayor afecto positivo que padecen enfermedades graves a veces pueden subestimar los síntomas y ser excesivamente optimistas con el pronóstico de su evolución, siguiendo menos las prescripciones médicas (Derogatis, Abeloff & Melisaratos, 1979; Devins et al., 1990).

1.7.3. Emociones positivas y afrontamiento

Las emociones positivas también contribuyen a hacer más resistentes a las personas frente a la adversidad y ayudan a construir resiliencia psicológica (Aspinwal, 2001; Carver, 1998; Lazarus, 1993; Lyubomirsky et al., 2005). Las personas resilientes, son las que ante la adversidad se doblan pero no se rompen y pueden experimentar emociones positivas en situaciones estresantes. Diversos estudios han puesto de manifiesto que las personas más resilientes suelen experimentar elevados niveles de felicidad y de interés por las cosas en momentos de gran ansiedad provocados experimentalmente (Fredrickson, 2001; Tugade & Fredrickson, 2004). La presencia de emociones positivas durante los momentos de aflicción hace más probable que se desarrollen planes de futuro y estos planes, junto con las emociones positivas, predicen un mejor ajuste psicológico un año después del suceso traumático (Stein et al., 1997).

Igualmente, las emociones positivas protegen frente a la depresión, incluso después de haber pasado una experiencia realmente traumática. En un estudio realizado con medidas tomadas antes y después de los atentados del 11 de septiembre en Nueva York se evidenció que las personas que, junto a las emociones dominantes de angustia, miedo, disgusto y desprecio, experimentaron también tras los atentados emociones positivas de gratitud, interés, amor, esperanza, etc. presentaban menos síntomas depresivos y más optimismo, satisfacción con la vida y tranquilidad. Las emociones positivas parecían ser un ingrediente activo esencial que, además de ayudar a las personas resilientes a no hundirse en la depresión, también contribuían a

incrementar sus recursos psicológicos de afrontamiento (Fredrickson, Tugade, Waugh & Larkin, 2003).

Al igual que un estado afectivo negativo lleva a un pensamiento focalizado pesimista y éste a un estado afectivo más negativo todavía en una espiral de influencia recíproca que puede terminar conduciendo a una depresión clínica (Peterson y Seligman, 1984), un estado afectivo positivo, favorecido por la experiencia de emociones positivas, llevaría a un pensamiento abierto, integrador, creativo y flexible que facilitaría el afrontamiento eficaz de la adversidad y que a su vez incrementaría los niveles de bienestar futuros (Fredrickson, 2001; Fredrickson & Joiner, 2002).

1.7.4. Optimismo

El estudio del optimismo como recurso psicológico surge de la reformulación de la teoría de la indefensión aprendida de Abramson, Seligman, y Teasdale (1978), como una forma de explicar las respuestas de afrontamiento a los eventos negativos que les suceden a las personas en sus vidas, postulando la existencia del optimista y del pesimista. El optimismo ha resultado ser un buen predictor de los resultados en salud y bienestar (Scheier et al., 1989; Scheier & Carver, 1993; Seligman et al., 1988). El optimismo es una característica psicológica disposicional que remite a expectativas positivas y objetivos de futuro, y su relación con variables como la perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar, han hecho que el optimismo sea uno de los puntos centrales de la psicología positiva (Peterson & Bossio, 1991; Scheier & Carver, 1993).

El interés actual por el optimismo nace de la constatación del papel jugado por el pesimismo en la depresión (Beck, 1967). Son muchas las investigaciones que demuestran que el optimismo tiene valor predictivo sobre la salud y el bienestar, además de actuar como mediador en eventos estresantes, paliando el sufrimiento y el malestar de las personas que sufren estrés o tienen enfermedades graves (Peterson, Seligman & Vaillant, 1988). El

optimismo también puede actuar como potenciador del bienestar y de la salud en aquellas personas que, sin presentar ningún tipo de trastornos, quieren mejorar su calidad de vida (Seligman, 2002).

Desde el punto de vista evolucionista, el optimismo es considerado como una característica de la especie humana seleccionada por la evolución por sus ventajas para la supervivencia (Taylor, 1989).

El optimismo, además de estar asociado a un mayor bienestar, también parece tener un importante papel en la salud física de las personas (Avia & Vázquez, 1998). Numerosos estudios han demostrado que el optimismo se relaciona con una mayor protección ante la enfermedad y también con una mayor esperanza de vida. Por ejemplo, en un estudio en el que se analizaron escritos personales sobre situaciones vividas durante la II Guerra Mundial por un grupo de 99 licenciados de la Universidad de Harvard, más de treinta años después, los optimistas presentaron mejor salud y menor mortalidad que los pesimistas (Peterson et al., 1988).

Maruta, Colligan, Malinchoc y Offord (2000, 2002) en una muestra de más de 700 pacientes de Medicina General que habían sido evaluados en una escala de Optimismo, treinta años después, se demostró que los optimistas vivían más tiempo que el resto de participantes (reducción de un 50% del riesgo de muerte), y que su tasa de supervivencia era mejor que la esperada en función de sus características sociodemográficas (edad, sexo, año de nacimiento). Además, también percibían tener una mejor salud física y mental, evaluada a través del cuestionario SF-36 (Short-Form Health Survey). El optimismo parece tener una influencia sobre la resistencia a la enfermedad y la mejora de la salud. El organismo de los más optimistas genera ante situaciones de estrés respuestas de inmunocompetencia mejores que las de los pesimistas, tomando como indicador la actividad de las células NK (*natural killers*) (Sieber, Rodin, Larson & Ortega, 1992).

El optimismo también se relaciona con un mejor estado del sistema inmune. Kamen-Siegel, Rodin, Seligman y Dwyer (1991) demostraron, en un

grupo de personas sanas entre 62 y 87 años de edad, la relación entre un estilo de pensamiento optimista y una mejor respuesta del sistema inmunológico, reflejado en una menor presencia de células supresoras T8.

El optimismo parece prevenir enfermedades en el sistema respiratorio y cardíaco. Kubzansky, Wright, Cohen, Weis, Rosner, y Sparrow (2002) en un estudio prospectivo que duró 8 años, examinaron los efectos del optimismo sobre la función pulmonar en un grupo de 670 hombres entre 45 y 89 años de edad: aquellos con un estilo atribucional más optimista tenían mayores niveles de función pulmonar y un declive más lento de esta función, independientemente del consumo de tabaco. En otra investigación, Kubzansky, Sparrow, Vokonas & Kawachi (2001) observaron en un seguimiento de diez años, que los optimistas presentaron la mitad de riesgo de padecer una enfermedad coronaria que los pesimistas.

El optimismo también parece favorecer el afrontamiento activo al estrés y a los problemas de salud, lo que se relaciona con conductas de solución de problemas, autocuidado y planes de recuperación (Scheier et al., 1986). En un estudio de pacientes sometidos a un *bypass* de la arteria coronaria, se observó que los más optimistas, evaluados antes de la intervención, hicieron planes más activos de rehabilitación y seis meses más tarde, presentaron mejor recuperación y calidad de vida (a nivel de incorporación laboral y actividades de ocio, sociales y sexuales) (Scheier et al., 1989).

El concepto de optimismo tiene dos perspectivas teóricas diferentes aunque complementarias, la inicial del estilo explicativo pesimista-optimista de Peterson y Seligman (1984), y el optimismo disposicional de Scheier y Carver (1985).

De acuerdo con Peterson y Seligman (1984), el Estilo Explicativo Pesimista (EEP) sería la tendencia a explicar los malos sucesos o eventos negativos ocurridos en la vida, como una causa interna a uno mismo, estable en el tiempo y con efecto global a todos los ámbitos de la vida de la persona;

por el contrario, el Estilo Explicativo Optimista (EEO) se refiere a la tendencia a explicar los malos sucesos como una causa externa a uno mismo, inestable en el tiempo y específico de ese ámbito concreto. Para diferenciar ambos estilos explicativos se usan tres dimensiones:

1. Internalidad-Externalidad: grado en que uno se considera responsable del suceso.
2. Estabilidad-Inestabilidad: cuando la causa del suceso está presente durante todo el tiempo; lo contrario sería transitoriedad o inestabilidad.
3. Globalidad-Especificidad: cuando un aspecto del suceso o de su explicación domina a todos los otros aspectos de la vida de la persona; lo contrario sería circunstancial o específico.

De esta forma, los optimistas se definirían como personas con estilos explicativos caracterizados por las dimensiones de externalidad, inestabilidad, y especificidad; en cambio, los pesimistas, estarían caracterizados por las dimensiones de internalidad, estabilidad y globalidad. Investigaciones previas sugieren que el EEO predice una mejor salud general, y menor vulnerabilidad a padecer enfermedades físicas (Kamen, Rodin, & Seligman 1987), un mejor funcionamiento del sistema inmune (Peterson & De Avila, 1995), y también menor tasa de mortalidad (Peterson, Seligman, Yurko, Martín & Friedman, 1998) en comparación con el EEP.

En los últimos años se está prestando mucha atención al constructo conocido como optimismo disposicional, el cual se define como una expectativa generalizada de obtener resultados positivos en la vida (Scheier & Carver, 1985, 1987, 1992). Esta definición se enmarca en el modelo de autorregulación de la conducta, de Carver y Scheier (1981), asumiendo que cuando aparecen dificultades, las expectativas favorables incrementan los esfuerzos de las personas para alcanzar los objetivos y las expectativas desfavorables reducen esos esfuerzos, a veces hasta el punto de desentenderse absolutamente de la tarea (Armor & Taylor, 1998; Carver & Scheier, 1998). Las diversas

investigaciones en este sentido han analizado cómo la variable optimismo influye sobre la salud física y en qué medida sitúa a las personas en unas condiciones favorables para afrontar el estrés. Uno de los trabajos de Scheier y Carver (1985) destacó que el optimismo se asociaba negativamente con el informe de síntomas de malestar físico en los dos períodos de evaluación del estudio. Las personas optimistas al principio del estudio también eran aquellas que señalaban tener menos síntomas físicos de malestar a lo largo del tiempo. Otro estudio de los mismos autores realizado con pacientes sometidos a operaciones de by-pass, encontró que el optimismo tiene un fuerte efecto sobre el bienestar de los pacientes, tanto durante la operación como inmediatamente después. Los optimistas se recuperaron más rápidamente y tuvieron menos complicaciones médicas que los pesimistas (Scheier et al., 1989). Se obtuvieron resultados similares con mujeres con cáncer de mama, las mujeres que puntuaron alto en optimismo se sentían menos angustiadas frente al diagnóstico que las pesimistas (Scheier & Carver, 1993).

Se han realizado muchos estudios, tanto transversales como longitudinales, y los resultados (Sanjuán & Pérez García, 2003; Scheier & Carver, 1992; Scheier, Carver & Bridges, 2001; Wrosch & Scheier, 2003), indican que los optimistas, con respecto a los pesimistas, presentan mayor bienestar psicológico, que se traduce tanto en una mejor calidad de vida, como en la experiencia de más emociones positivas y de menos emociones negativas. La mayoría de estos estudios se han realizado en momentos en los que las personas pasaban por situaciones muy estresantes, como procesos de enfermedad, inicio de estudios de bachillerato o universitarios, o períodos de exámenes.

Los estudios en el área de la salud son los más numerosos, en ellos se ha demostrado que los optimistas presentan menos síntomas de depresión, ansiedad u hostilidad en diferentes procesos, como embarazo, nacimiento o aborto (Carver & Gaines, 1987; Fontaine & Jones, 1997; Park, Moore, Turner & Adler, 1997). Además, los optimistas informan de menos síntomas físicos que los pesimistas (Andersson, 1996; Dingfelder, 2003; Scheier & Carver, 1985), y

se recuperan antes de los problemas de salud (Scheier et al., 2003; Shepperd, Maroto & Pbert, 1996).

Existe mucha evidencia de que el vínculo entre optimismo y bienestar psicológico está mediado por las estrategias de afrontamiento empleadas. Así, en situaciones controlables o cambiables, los optimistas emplean estrategias de afrontamiento activas, respondiendo a las dificultades con esfuerzo continuado para resolver los problemas, mientras que cuando las situaciones no son controlables, los optimistas utilizan las estrategias de afrontamiento dirigidas a paliar las consecuencias emocionales negativas que son más efectivas (Andersson, 1996; Carver et al., 1993; Chico, 2002).

1.7.5. Humor

La risa y el humor han sido temas de interés para filósofos y científicos desde los tiempos de la antigua Grecia. Platón y Aristóteles desarrollaron algunas de las primeras teorías conocidas sobre la comedia y el ridículo, y desde entonces algunas de las mentes más brillantes intelectualmente hablando han tenido en cuenta la naturaleza y las funciones del humor, entre ellos tenemos a Hobbes, Kant, Schopenhauer, Bergson, Spencer y Koestler (Jáuregui, 1998).

El humor y la risa (manifestación externa del humor) representan un pilar muy importante en la investigación de la psicología positiva. La idea de que la risa y el humor fomentan la salud no es nueva, pero es en las últimas décadas cuando han proliferado terapias e intervenciones clínicas basadas en esta materia. La investigación científica ha demostrado que la risa es capaz de reducir el estrés y la ansiedad y mejorar así la calidad de vida y la salud física de la persona. El libro "Anatomía de una enfermedad" publicado en 1979 por Norman Cousins, fue el primero en exponer una correlación entre el humor y la salud. Cousins describe cómo se recuperó de una enfermedad de los tejidos conjuntivos que suele ser irreversible mediante un tratamiento que incluyó, entre otras terapias, películas cómicas de los hermanos Marx.

Diversas investigaciones indican que el sentido del humor tiene muchos efectos positivos. Está relacionado con un buen estado de ánimo y minimiza los efectos del estrés (Martin, 1996, 2001; Ruch & Köhler, 1998) porque permite interpretar de manera positiva las situaciones amenazantes (Kuiper, Martin & Olinger, 1993). La gente con sentido del humor se ríe más y reír habitualmente se asocia a cambios en el sistema muscular, cambios cardiovasculares, endocrinos, inmunológicos y neuronales. Tener buen sentido del humor favorece las relaciones sociales, proporciona un mayor apoyo social que funciona como inhibidor del estrés y estimula la salud (Carbelo & Jáuregui, 2006). No obstante y pese a los estudios anteriores, se necesita más investigación que confirme la relación entre el sentido del humor y la salud, ya que por ahora están sólo confirmados algunos efectos más bien localizados, a corto plazo y a nivel preventivo, o paliativo (Carbelo & Jáuregui, 2006).

En la actualidad, y sobre todo a partir de 1970, las investigaciones sobre el humor se desarrollan en distintas disciplinas entre las que se está la psicología, la medicina, la enfermería, la fisiología, la biología, la sociología, la antropología, la educación, y también en otras como las ciencias de la computación, estudios de cinematografía, la historia, la lingüística, la literatura, las matemáticas o la filosofía (Carbelo, 2005).

La risa y el humor representan importantes desafíos para abordarlos desde la ciencia. La risa es un fenómeno que florece con más facilidad en bares, reuniones informales... es decir entornos más alejados del control y la medición que caracterizan el paradigma experimental. Los psicólogos que han tratado de estudiar este tema en el laboratorio han concluido que es casi imposible generar auténticas carcajadas en el laboratorio (Chapman, 1983).

Los efectos terapéuticos mejor establecidos se refieren a beneficios psico-físicos a corto plazo, más bien preventivos o paliativos. La risa puede reducir el estrés y la ansiedad que directamente deterioran la calidad de vida e indirectamente afectan a la salud física de la persona. El sentido del humor fomenta el buen ánimo que ayuda a sobrellevar una enfermedad o a prevenir una depresión. Disfrutar de una comedia es capaz de incrementar la tolerancia

al dolor subjetivo durante por lo menos 30 minutos, una observación replicada en muchos estudios (Zweyer, Velker & Ruch, 2004).

Los supuestos beneficios a más largo plazo se han atribuido a diversos mecanismos que pueden impactar sobre la salud física:

- Un primer mecanismo se centra en el acto mismo de la risa, y en los cambios fisiológicos en los sistemas músculo-esquelético, cardiovascular, endocrino, inmunológico y neuronal, asociados a ella (Fry, 1994). La risa se asocia a cambios en las catecolaminas circulantes y en los niveles de cortisol (Hubert & de Jong-Meyer, 1991; Hubert, Moller & de Jong-Meyer, 1993), y a su vez puede tener un efecto importante en varios componentes del sistema inmune (Dantzer & Mormede, 1995). En el mismo sentido entre los posibles efectos beneficiosos de la risa vigorosa tenemos: disminuye la tensión muscular, incrementa el oxígeno en sangre, ejercita el corazón así como el aparato circulatorio y la producción de endorfinas (Fry, 1994).
- Un segundo mecanismo por el que el humor puede beneficiar a la salud es a través del estado emocional positivo que acompaña a la risa y el humor (Argyle, 1997). Así las emociones positivas pueden tener efectos analgésicos, estimular la inmunidad o tener un efecto neutralizador de las secuelas de las emociones negativas (Fredrickson, 1998).
- Un tercer mecanismo se relaciona con la hipótesis del efecto moderador del humor sobre el estrés. Aquí, los beneficios del humor se refieren al afrontamiento o el control del estrés debido a la valoración cognitiva que proporciona el sentido del humor como perspectiva o visión de la vida (Martin, Kuiper, Olinger & Dance, 1993), y la reducción del estrés que proporciona la risa (Yovetich, Dale & Hudak, 1990). En este sentido más que tener efectos sobre la salud fisiológica, el humor tiene un efecto indirecto, interactuando con el nivel de estrés, reduciendo el grado del mismo. Hay evidencia de que las experiencias estresantes pueden tener efectos adversos en varios aspectos de la salud incluyendo el sistema

inmune (Adler & Hillhouse, 1996). Según este modelo, el elemento importante es el cognitivo del humor, más que la risa en sí misma. El sentido del humor puede ser una variable moderadora del estrés, aportando una perspectiva nueva en las situaciones estresantes. Esto indica que el efecto beneficioso del humor sería durante los momentos de estrés y adversidad, siendo menos relevante para la salud en circunstancias no estresantes.

- Finalmente, el hipotético efecto beneficioso para la salud del humor puede estar mediado por el soporte social. Las personas con un mucho sentido del humor pueden ser más competentes socialmente, resultando más cercanos y con más satisfacción en las relaciones sociales. El mayor soporte social puede proporcionar efectos inhibidores del estrés y estimuladores de la salud, un efecto que muchas investigaciones han demostrado (Cohen, 1988; Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000). El foco está en los aspectos interpersonales del humor y la competencia social con la que la persona expresa el humor en un contexto relacional, más que la simple respuesta de reír o el aspecto estimulante de la comedia.

No obstante y pese a todo lo anteriormente expuesto, no todos los estudios han encontrado una relación positiva entre humor y salud. Una de los mayores investigaciones realizados en este campo, contando con la participación de 65.000 personas, no logró detectar ninguna correlación entre el sentido del humor (medido con la escala SHQ) y diversas medidas objetivas de salud (Svebak, 1996). No obstante, este estudio al igual que otros estudios (Kuiper & Nicholl, 2004), sí que detectó una relación entre sentido del humor y percepción subjetiva de una mejor salud, lo cual tal vez ayuda a explicar la idea de que el humor es saludable.

Algunas investigaciones incluso han constatado una relación negativa entre humor y salud: las personas con un mayor sentido del humor sufren más enfermedades y presentan mayor mortalidad que las personas más serias (Friedman, Tucker, Tomlinson-Keasey, Schwartz, Wingard & Criqui, 1993; Kerkkanen, Kuiper & Martín, 2004). Estas investigaciones sugieren que las

personas alegres, optimistas y divertidas tienden mayormente a participar en actividades arriesgadas y a descuidar sus dolencias físicas, contribuyendo todo esto a una peor salud.

Algunos investigadores, tratan de encontrar interacciones entre el sentido del humor y otros variables de la personalidad, o diferenciando entre diferentes “sentidos del humor”. Svebak, Göttestam y Jensen (2004) en un estudio en el que participaron 1000 personas encontraron una interacción entre el sentido del humor y el sentido de la vida, en relación con los síntomas médicos. En el caso de participantes que daban un alto valor a su vida, un mayor sentido del humor estaba relacionado con una mejor salud, por el contrario los participantes que daban poco valor a su vida, un mayor sentido del humor estaba relacionado con una peor salud.

También se han encontrado distintas relaciones entre la salud y diversos tipos de “sentido del humor”. Kuiper, Grimshaw, Leite y Kirsh (2004) encontraron una relación entre prácticas de humor positivo (para superar los problemas, para hacer reír a los demás, o para reírse de los absurdos de la vida) y una mejor salud mental. Pero esta relación no se daba en el caso de algunas prácticas de humor negativo (humor agresivo o maleducado) y se invertía en el caso de otras (auto-crítica ante los demás para hacer reír).

Desde el punto de vista de la Psicología Positiva, el sentido del humor no es un mero remedio para prevenir o superar la enfermedad, sino una virtud que fomenta un mayor bienestar y disfrute de la vida, e incluso, el crecimiento hacia una mayor humanidad y plenitud. Diversas culturas consideran que un sentido del humor positivo es tanto el resultado como la causa de un elevado nivel de madurez emocional. En las disciplinas místicas de oriente, y en algunas tradiciones de la psicología occidental, una disposición risueña se considera la señal de una persona muy desarrollada (Jáuregui, 2004).

Como conclusión, el humor puede desempeñar un papel importante en el proceso terapéutico, pero por ahora sólo están confirmados algunos efectos a corto plazo y preventivos o paliativos (tolerancia al dolor, reducción del

estrés, afrontamiento y visión más positiva de la enfermedad...). Es posible, que se confirme también la relación entre sentido del humor y salud, pero las últimas investigaciones sugieren que los beneficios quizás dependan del signo (positivo o negativo) del sentido del humor, y/o de su interacción con otros aspectos de la personalidad como el valor que la persona da a la vida.

1.7.6. Felicidad

La felicidad es un estado emocional activado por el sistema límbico en el que el cerebro consciente tiene poco que decir (Punset, 2010). Esta emoción nos hace sentir bien, por tanto su búsqueda es la búsqueda del bienestar. Felicidad o bienestar son dos conceptos intercambiables en el marco de la cotidianidad, son términos que hacen mención a un mismo eje de emociones positivas en el ser humano, ante determinada situación o ante determinada realidad en la que se encuentra (Fierro, 2006).

Son muchos los autores que han tratado de definir la felicidad o el bienestar. Según Diener & Diener (1995) estas concepciones se pueden agrupar en torno a tres grandes categorías. La primera describe el bienestar como la valoración del individuo de su propia vida en términos positivos. Esta agrupación es la relativa a la "satisfacción con la vida". Una segunda categoría incide en la preponderancia de los afectos positivos sobre los negativos. Esto fue iniciado por Bradburn (1969) con el desarrollo de su Escala de Balance Afectivo. Para Bradburn (1969) la felicidad resulta del juicio global que la gente hace al comparar sus sentimientos positivos con los negativos. Desde este punto de vista, la definición de bienestar está más cerca al uso cotidiano que se hace del término. En este sentido, se entiende que una persona es más feliz cuando en su vida predomina el afectivo positivo sobre el negativo. La última de estas tres concepciones, está más cercana a los planteamientos filosófico-religiosos, ya que concibe la felicidad como una virtud o gracia. Las definiciones bajo esta última perspectiva se pueden considerar normativas, ya que no se contempla como un bienestar subjetivo sino más bien como la posesión de una cualidad deseable (Coan, 1977).

La felicidad, se puede plantear como rasgo o como estado. Esto implicaría dos perspectivas a la hora de abordar el tema. Una, sería considerar la felicidad como un estado general que se consigue a través de estados parciales o situacionales de felicidad y el otro, sería considerarla como un sentimiento general que hace “ver de manera positiva los distintos avatares de la vida” (Hernández & Valera, 2001).

La felicidad engloba el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida, por lo tanto incluye las dimensiones afectivas y cognitivas de la persona. Muchos estudios de autoinforme indican que las personas se definen como al menos moderadamente felices (Myers, 2000). Las personas más felices son menos autorreferentes, hostiles, abusadoras y vulnerables a las enfermedades, además, están más dispuestas a perdonar, son más generosas, tolerantes, confiables, energéticas, decididas, creativas, sociales y cooperadoras (Myers, 1993).

Se ha estudiado la posible relación existente entre la felicidad y el bienestar económico, los ingresos personales, las relaciones afectivas cercanas y la fe religiosa. Diener (2000) observó que se suele encontrar gente más satisfecha en las naciones más desarrolladas; cuando las personas de las naciones pobres comparan sus estilos de vida con los de las naciones más ricas, pueden darse más cuenta de su pobreza relativa. Diener, Diener y Diener (1995) encontraron que la riqueza se confunde con otras variables relacionadas, tales como los derechos humanos, la alfabetización y el número de años que se vive en democracia. Al preguntar si la gente en general es más feliz a medida que aumentan sus ingresos, la evidencia muestra que la relación es tenue, aunque mucha gente cree que cuantos más ingresos tengamos, más felices seremos. En este sentido un estudio realizado en la Universidad de Michigan, al preguntar qué mejoraría la calidad de vida, fue muy frecuente la respuesta “más dinero” (Campbell, 1981).

Csikszentmihalyi (1999) explora otra dimensión de la felicidad: la experiencia de flujo, entendida como el estado de involucrimiento total en una actividad que requiere la concentración completa o el estado en el que las

personas se hallan tan involucradas en la actividad que nada más parece importarles; la experiencia, en sí misma, es tan placentera que las personas la realizarán incluso aunque tengan un gran costo, por el simple motivo de hacerla.

La felicidad y las relaciones afectivas cercanas se correlacionan. La necesidad de pertenencia y de relacionarse socialmente se da por la protección y el reconocimiento que necesita el ser humano. Por este motivo, el exilio y el confinamiento solitario son los peores castigos que puede recibir una persona. En este sentido, Myers (2000) al estudiar 35.024 participantes entre 1972 y 1996, descubrió que los casados son más felices que los solteros, divorciados y separados. Con ligeras diferencias de género: las mujeres figuran como un poco más satisfechas que los hombres (42% versus 38%).

De la Sienna, (2007) clasifica a las personas según la manera en que interpretan su felicidad. Según el autor las personas se dividirían en tres grupos según sus conceptualizaciones de lo que representa la felicidad en sus vidas:

1. El grupo de las personas superficiales. Este grupo está integrado por la mayoría de las personas, son personas que buscan la felicidad en los bienes sensibles, en la belleza ajena, en lo que llega a la mente por medio del cuerpo sensible. Los pertenecientes a esta grupo tienen una característica predominante, cuando no se están divirtiendo, cuando se encuentran en medio de una preocupación, de una enfermedad o de un fracaso, la felicidad se termina, y se vuelven infelices.
2. Un segundo grupo estaría formado por aquellos que buscan la felicidad en sí mismos, en valores como la bondad, la certeza, la seguridad, la tranquilidad de ánimo, el amor, en la esperanza, en una palabra, en su belleza en cualquiera de las formas. Los pertenecientes a este grupo tienen la ventaja con respecto al primero, que llegan a armonizar algunas partes de sus cuerpos, como el entendimiento, pero igualmente hay algo que les hace falta: lograr la armonía con sus semejantes.

3. Los pertenecientes al tercer grupo son los pensadores, se complacen en la verdad absoluta, se entregan a ella, y en ella son felices, dentro de este grupo está la minoría de las personas, ya que son muy pocas las personas que encuentran su felicidad en la verdad absoluta, con sus altos y bajos, en la aceptación de la realidad en la que se desarrollan.

A pesar de que parece que la felicidad se hereda, numerosos autores han demostrado que todos podemos aprender a ser más felices (Goleman, 1996).

Los investigadores en Psicología Positiva han consensuado que para una definición operativa del concepto de felicidad es necesaria la existencia de tres componentes (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999):

1. Frecuentes experiencias de afecto positivo como alegría, placer y amor.
2. Infrecuentes experiencias de afecto negativo como tristeza, ansiedad, dolor.
3. Existencia de altos niveles de satisfacción con la vida, entendiendo la satisfacción con la vida como la evaluación cognitiva global de cómo valora una persona su vida.

En relación a lo anterior, una persona feliz sería aquella que sí experimenta muchas experiencias positivas y pocas negativas, y que además se percibe satisfecha con su vida de manera global. No obstante, no existe un indicador objetivo de felicidad, sino que se trata de un *estado subjetivo* de la persona que se obtiene directamente de su auto-informe (Lyubomirsky, 2008).

Diversas revisiones empíricas han demostrado que las personas felices tienen mejor salud física y mental, afrontan mejor el estrés y viven más tiempo. Cuentan con más apoyo social y están más satisfechas con sus relaciones sociales (García, 2009; Lyubomirsky et al., 2005; Vazquez & Hervás, 2009).

1.7.7. Satisfacción con la vida

Las investigaciones sobre la satisfacción con la vida se han situado, en la mayor parte de los casos, en el contexto general de la investigación del bienestar subjetivo. El bienestar subjetivo incluye dos componentes bien diferenciados; el primero de ellos es el componente emocional, el cual incluye a su vez dos subcomponentes, afectos positivos y afectos negativos (Lucas, Diener & Suh, 1996; Sandin, Chorot, Lostao, Joiner, Santed & Valiente, 1999), y el segundo es el componente cognitivo, conocido como satisfacción con la vida (Andrews & Withey, 1976).

La satisfacción con la vida, es un indicador general del bienestar psicológico y de la calidad de vida de las personas. Una alta satisfacción con la vida se relaciona con menos enfermedades físicas y mentales, mayor felicidad, y, en general con otras medidas de calidad de vida (Diener, 1994; Michalos, 1986).

La satisfacción con la vida es la evaluación global que la persona hace sobre su vida (Pavot, Diener, Colvin, & Sandvik, 1991). La persona al hacer esta evaluación examina los aspectos tangibles de su vida, sopesa lo bueno y lo malo, lo compara con un criterio elegido por ella misma (Shin & Johnson, 1978) y llega a una conclusión sobre la satisfacción con su vida (Pavot et al., 1991). Al medir la satisfacción con la vida hay que centrarse en los juicios subjetivos que la persona hace sobre su propia vida, no en la acumulación de medidas sobre la satisfacción que la persona siente en diversos dominios específicos (Diener, 1994).

1.7.8. Resiliencia

La resiliencia o resistencia es un fenómeno al que tradicionalmente se ha prestado poca atención. Incluye dos aspectos muy importantes: resistir al suceso y rehacerse del mismo (Bonanno & Kaltman, 2001). La resiliencia incluye: la exposición significativa al riesgo y la adaptación positiva a pesar de las amenazas (Masten, 2007; Bonanno, 2004; Luthar, Cicchetti & Becker, 2000).

El acercamiento teórico más habitual, considera la resiliencia como la capacidad de la persona para hacer frente a situaciones desfavorables, siendo concebida como un rasgo de la personalidad (Block & Kremen, 1996). Esta capacidad, la tienen muchas personas, no es algo excepcional (Bonanno, 2004; Masten, 2001) y probablemente se manifieste en algunos eventos y no en otros (Masten, 2001). Desde esta perspectiva, para Block y Kremen (1996) es la capacidad de la persona para hacer frente a situaciones desfavorables, concebida como un rasgo de personalidad del individuo, sin que su salud física y psicológica se vea gravemente afectada, ni su funcionamiento habitual alterado. En esta línea, para Connor & Davidson (2003) la resiliencia es el conjunto de cualidades, recursos o fortalezas que favorecen que los individuos progresen afrontando de manera exitosa la adversidad.

Para Masten (2007) la resiliencia es la capacidad que tienen las personas de afrontar o recuperarse exitosamente de las situaciones adversas, también se asocia al crecimiento positivo y a la superación de los desafíos. La persona resiliente es la que ha activado respuestas de adaptación positiva frente a la tragedia, el trauma y la adversidad, y progresa de manera significativa frente a los estresores durante la vida (Newman, 2005). De esta forma, la resiliencia sería como un mecanismo autorregulador, que protegería a las personas de consecuencias negativas en etapas difíciles de la vida (Masten, 2007).

Considerar la resiliencia como capacidad ha proporcionado el desarrollo de escalas para poder medirla. Una de las escalas de resiliencia más utilizadas en la actualidad, es la de Connor-Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale CD-RISC. Connor & Davidson, 2003). Puntuaciones elevadas en medidas de este tipo no garantizan, que la persona no desarrolle sintomatología psicológica ante la presencia de un estresor severo. Altos niveles de resiliencia sólo predicen en el sujeto una menor probabilidad de presentar cuadros psicopatológicos.

Ante un suceso traumático, las personas resilientes mantienen un equilibrio sin afectar a su rendimiento y a su vida cotidiana. A diferencia de los

que se recuperan de forma natural tras un suceso traumático, los resilientes no pasan por este período, permanecen en niveles funcionales a pesar de su experiencia traumática. Esto se considera propio de personas excepcionales (Bonanno, 2004). No obstante, la resiliencia es un fenómeno común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas, que surge de funciones y de procesos adaptativos normales del ser humano (Masten, 2001).

Existen diversas investigaciones que constatan la presencia de resiliencia en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar. Así, la resiliencia mostrada por los participantes alcanza niveles moderados-altos en los estudios de Wilks y Croom (2008) y de Wilks y Vonk (2008), estando presente en el 45.3% de los cuidadores evaluados por Gaugler, Kane y Newcomer (2007).

Son muchas las variables que hacen desarrollar altos niveles de resiliencia en el cuidador. Agrupando los principales factores que interactúan con la resiliencia de la persona, Gaugler et al. (2007) indican tres constelaciones de variables:

1. El contexto del cuidado: edad, raza, relaciones familiares, género y estatus socioeconómico del cuidador.
2. El estado del mayor: daño cognitivo, necesidades de cuidado y horas dedicadas al cuidado.
3. Los recursos familiares, individuales y comunitarios: apoyo secundario, servicios comunitarios, funciones del cuidador y recursos intrapsíquicos.

Estos investigadores han encontrado que el contexto del cuidado y el estado del mayor tienen efectos en la evaluación por parte del cuidador del estrés experimentado, así como en la manifestación de las demandas de la situación. Cuidadores que hayan desempeñado esa tarea durante un largo tiempo, y atiendan a mayores del sexo femenino, con un menor nivel de deterioro cognitivo o una menor necesidad de asistencia, indicarán una mayor

resiliencia. También favorecerá la resiliencia unas características relativas al propio cuidador, tales como ser latino o afroamericano. Entre las variables que afectan negativamente a la resiliencia de la persona incluyen, altos ingresos económicos y alto nivel educativo, además de la raza caucásica del cuidador. El controvertido papel que ejerce el nivel socioeconómico y educativo del cuidador sobre su resiliencia puede explicarse debido a que personas con altos ingresos económicos opten mayormente por convivir con el enfermo (al poder hacerse cargo de los gastos que ocasiona) y se vea expuesto a un alto grado de demandas.

Diversos estudios destacan la vinculación existente entre el apoyo social recibido por el cuidador y su resiliencia, ejerciendo, el apoyo social, la función de amortiguador del efecto del estrés, y siendo este efecto mayor en el caso del apoyo social familiar (Wilks & Croom, 2008).

El tipo de evaluación y el estilo de afrontamiento utilizado por la persona son factores también de mucha importancia para el desarrollo de altos niveles de resiliencia. Garity (1997), concluye que los cuidadores resilientes utilizan más afrontamientos centrados en el problema y tienden a no utilizar el escape o la evitación. También las plegarias o los rezos puede ser considerado como un estilo particular de afrontamiento, que sirve para favorecer la resiliencia del individuo (Wilks & Vonk, 2008).

La resiliencia del cuidador también depende del modo en que éste evalúa el estrés experimentado. Los cuidadores resilientes hacen una valoración más benigna de los estresores asociados a la asistencia, lo que, a su vez, tendrá importantes repercusiones beneficiosas en su salud mental (Gaugler et al., 2007). Braithwaite (2000), ha denominado estilo de evaluación resistente a aquel en el que predomina la eficacia y fortaleza, resultado de la conjunción de una serie de recursos personales.

Gaugler et al. (2007) exigen como parte integrativa del concepto de resiliencia que se den bajos niveles de sobrecarga en el cuidador. El estudio de Gaugler et al. (2007) establece que la clasificación de los cuidadores en alta

y baja resiliencia permite predecir el modo en que éstos se adaptarán a las distintas fases de su situación. En su estudio, los cuidadores menos resilientes tendieron más a renunciar a su rol, a institucionalizar al enfermo y a abandonar el estudio. Por otro lado, los cuidadores resilientes asistieron con más frecuencia al fallecimiento del mayor. Una posible explicación a esto sea que tal vez los cuidadores que asisten a personas con un alto grado de deterioro y, por tanto, con una muerte más próxima, experimenten cierta sensación de alivio debido a la anticipación del fin de su labor. De esta forma, los cuidadores de enfermos con demencia que se encuentren en una fase más avanzada de la enfermedad serán más resilientes. Esto apoyaría la hipótesis de adaptación al cuidado frente a la de desgaste progresivo (Townsend, Noelker, Deimling & Bass, 1989).

1.8. Objetivos e hipótesis

La revisión teórica realizada nos lleva a plantear una serie de objetivos e hipótesis que presentamos a continuación.

Objetivo general:

- Investigar qué influencia ejercen las emociones positivas en la salud de una muestra de cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer.

Objetivos específicos:

- Conocer la influencia de las variables independientes género, edad, meses cuidando, horas al día dedicadas al cuidado y fase en la que se encuentra la persona cuidada sobre las variables dependientes.
- Evaluar el efecto de las variables con connotación más positiva sobre el resto de las variables dependientes.
- Estudiar la relación existente entre las variables evaluadas.

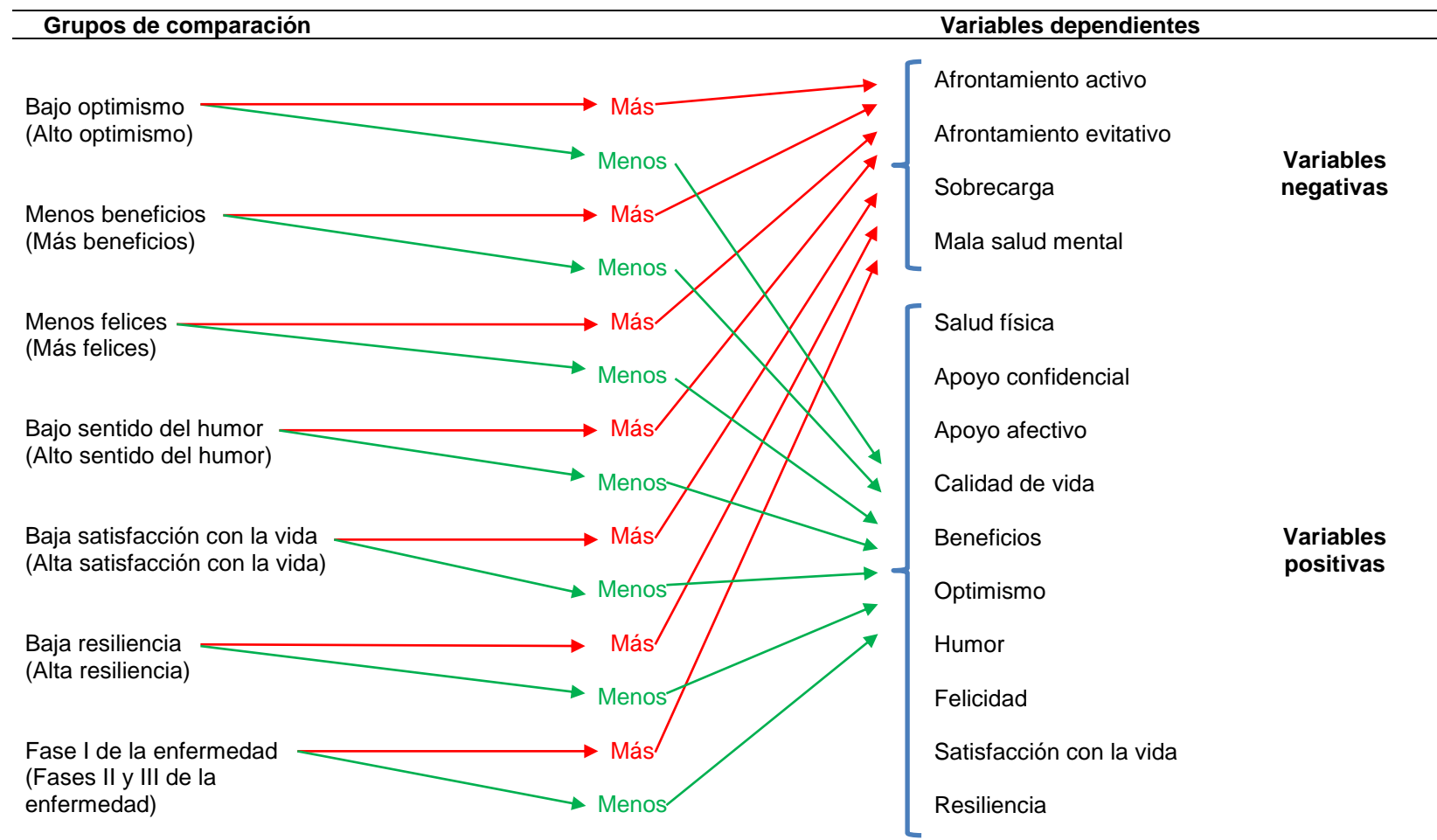
- Conocer la posible mediación entre las variables, con especial relevancia en las variables de la psicología positiva.

Hipótesis:

En la página siguiente se exponen las hipótesis planteadas:

1. Las hipótesis diferenciales se presentan en las **Tablas 1.5. y 1.6.**
2. Las hipótesis correlacionales se presentan en la **Tabla 1.7.**
3. Las hipótesis mediacionales se presentan en la **Tabla 1.8.**

Tabla 1.6. Hipótesis diferenciales 2



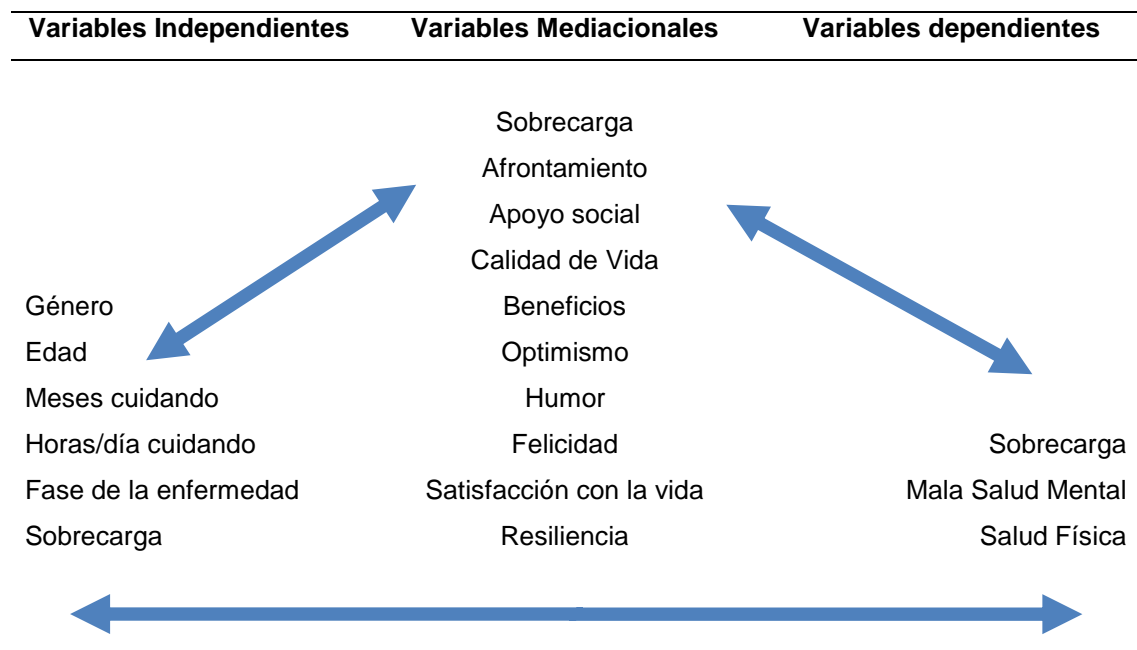
Variables negativas

Variables positivas

Tabla 1.7. Hipótesis correlacionales

Correlaciones positivas entre las variables que evalúan aspectos negativos	Correlaciones negativas entre las variables de la columna de la izquierda y las variables de la columna de la derecha	Correlaciones positivas entre las variables que evalúan aspectos positivos
+		+
Género (♀) Edad Meses cuidando Horas/día cuidando Fase de la enfermedad Afrontamiento evitativo Sobrecarga Mala salud mental	-	Salud física Afrontamiento Activo Apoyo confidencial Apoyo afectivo Calidad de vida Beneficios Optimismo Humor Felicidad Satisfacción con la vida Resiliencia

Tabla 1.8. Hipótesis mediacionales



II. MÉTODO

2.1. Introducción

En el presente capítulo se describen el diseño del trabajo, la muestra, los instrumentos utilizados para la obtención de los datos y el procedimiento.

2.2. Diseño

Se plantea una investigación descriptiva correlacional con un diseño transversal.

2.3. Descripción de la muestra

La muestra final de participantes en la investigación estuvo formada por un total de 140 sujetos, todos ellos cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. La muestra se obtuvo de las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer de las siguientes localidades: Alcoy, Cocentaina, Muro de Alcoy, Ibi y Villena.

Todos los cuidadores que participaron en esta investigación lo hicieron de forma informada y absolutamente voluntaria.

Los **criterios de inclusión** para poder participar en la investigación fueron los siguientes:

1. Sujetos de ambos sexos, mayores de edad y sin límite de edad superior, que en el momento de ser incluidos en la investigación fueran cuidadores de un familiar enfermo de Alzheimer.
2. Los enfermos a cargo de estos cuidadores no debían de estar institucionalizados en residencias.
3. Consentimiento informado debidamente firmado.

Los **criterios de exclusión** que impedían poder participar en la investigación fueron los siguientes:

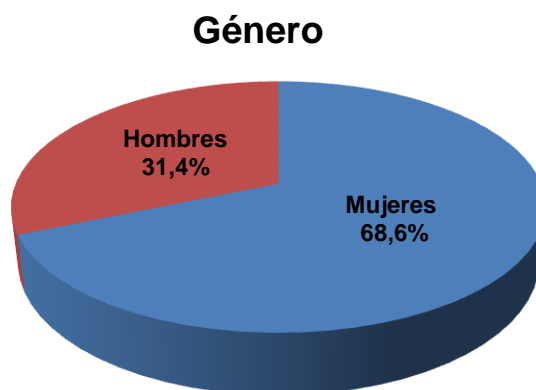
1. No cumplir algún criterio de inclusión.

2. Negativa por parte del cuidador familiar a participar en la investigación.

A continuación se describen de forma detallada los estadísticos descriptivos correspondientes a la muestra:

GÉNERO

Como se puede observar en la distribución de cuidadores según el género (**Gráfica 2.1.**), la muestra la forman más cuidadoras que cuidadores, en concreto 96 son mujeres (68,6%) y 44 son hombres (31,4%).

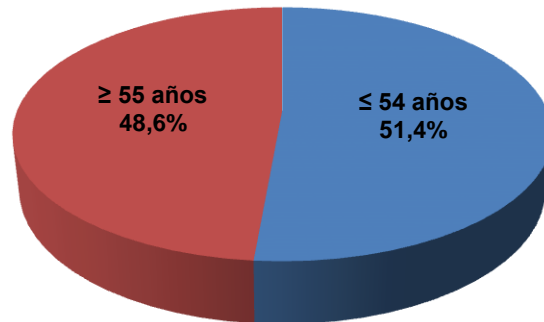


Gráfica 2.1. Representación del porcentaje de cuidadores familiares según el género.

EDAD

En cuanto a la variable edad del cuidador, la muestra la forman cuidadores de edades comprendidas entre los 18 y los 91 años. La edad media de la muestra es de 55,90 años y su desviación típica es de 12,07. Como se observa en la **Gráfica 2.2.**, de los cuidadores que conforman la muestra, 72 (51,4%) tienen una edad igual o inferior a los 54 años y 68 (48,6%) tienen una edad igual o superior a los 55 años.

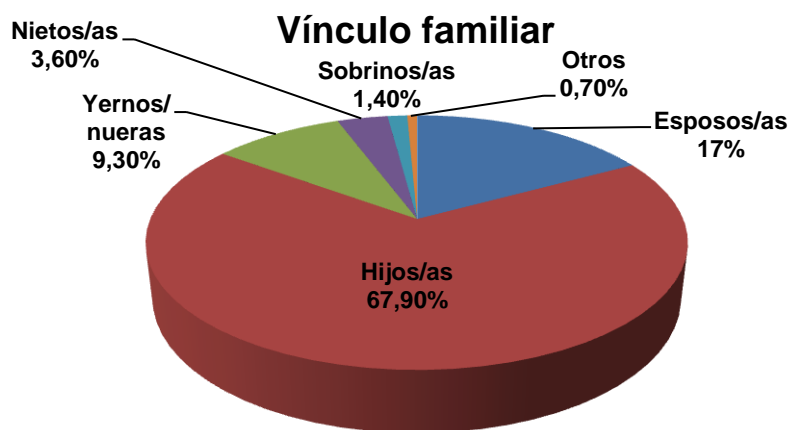
Edad



Gráfica 2.2. Representación del porcentaje de cuidadores familiares según la edad.

VÍNCULO FAMILIAR CON LA PERSONA CUIDADA

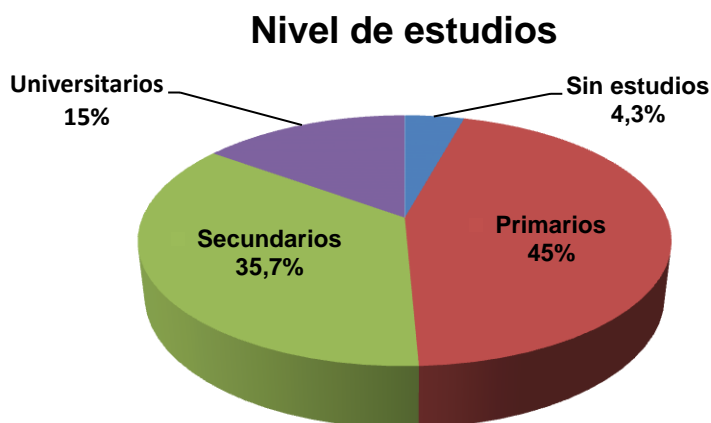
Respecto al vínculo familiar del cuidador con la persona cuidada, como se puede observar en la **Gráfica 2.3.**, la mayor parte de cuidadores que componen la muestra son hijos/as, concretamente 95 (67,9%), 24 son esposos/as (17,1%), 13 son yernos/nueras (9,3%), hay 5 nietos/as (3,6%), 2 sobrinos/as (1,4%) y únicamente 1 cuidador corresponde a otros (0,7%).



Gráfica 2.3. Representación del porcentaje de cuidadores familiares según el vínculo familiar con la persona cuidada.

NIVEL DE ESTUDIOS

Como se puede apreciar en la **Gráfica 2.4.**, en cuanto al nivel de estudios, la mayoría de los cuidadores que conforman la muestra tienen estudios primarios, en concreto 63 (45%), 50 (35,7%) tienen estudios secundarios, 21 (15%) universitarios y solamente 6 (4,3%) no tienen estudios.



Gráfica 2.4. Representación del porcentaje de cuidadores familiares según el nivel de estudios.

ESTADO CIVIL

Tal y como se representa en la **Gráfica 2.5.**, la muestra la forman 118 (84,3%) cuidadores casados o que viven en pareja y 22 (15,7%) cuidadores solteros/as, separados/as o viudos/as.

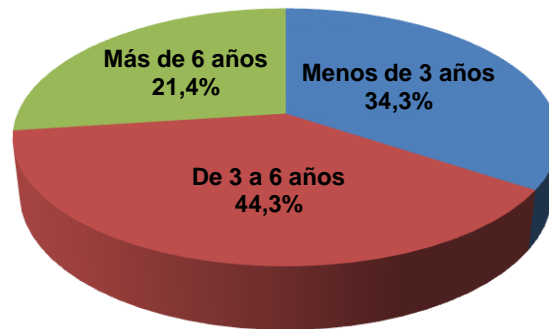


Gráfica 2.5. Representación del porcentaje de cuidadores familiares según el estado civil.

TIEMPO COMO CUIDADOR

Como se puede ver en la **Gráfica 2.6.**, del total de cuidadores, 48 (34,3%) llevan menos de 3 años cuidando de su familiar, 62 (44,3%) llevan de 3 a 6 años y 30 (21,4%) llevan más de 6 años como cuidadores. Esta variable en los análisis posteriores es considerada como meses dedicados al cuidado.

Tiempo como cuidador

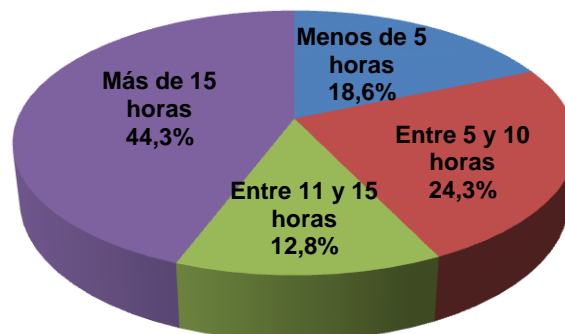


Gráfica 2.6. Representación del porcentaje de cuidadores familiares según el tiempo como cuidador.

HORAS AL DÍA DEDICADAS AL CUIDADO

En cuanto a la variable horas al día dedicadas al cuidado del enfermo (**Gráfica 2.7.**), del total de cuidadores, 62 (44,3%) dedican más de 15 horas diarias, 34 (24,3%) dedican entre 5 y 10 horas al día, 26 (18,6%) dedican menos de 5 horas al día y 18 (12,8%) dedican entre 11 y 15 horas diarias.

Horas al día dedicadas al cuidado

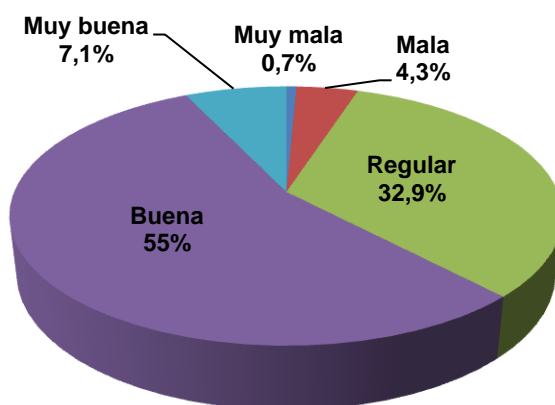


Gráfica 2.7. Representación del porcentaje de cuidadores familiares según las horas al día dedicadas al cuidado.

PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA SALUD FÍSICA

Como se aprecia en la **Gráfica 2.8.**, la mayoría de los cuidadores perciben tener una buena salud física, en concreto 77 (55%), 10 (7,1%) muy buena, 46 (32,9%) consideran tener una salud física regular, 6 (4,3%) mala y solamente 1 cuidador (0,7%) considera tener una salud física muy mala.

Percepción subjetiva de la salud física



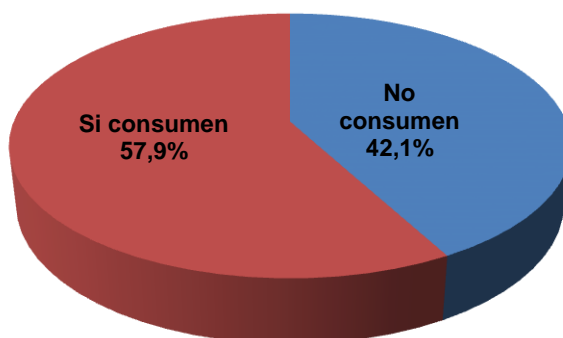
Gráfica 2.8. Representación del porcentaje de cuidadores familiares según la percepción subjetiva de la salud física.

CONSUMO DE FÁRMACOS

Como se puede ver en la **Gráfica 2.9.**, en cuanto al consumo de fármacos, el porcentaje de cuidadores consumidores de farmacología frente a los que no, es más elevado. Concretamente 81 cuidadores (57,9%) son consumidores de algún fármaco y 59 (42,1%) no consumen fármacos.

En la página siguiente se muestra la representación del porcentaje de cuidadores familiares según el consumo de fármacos.

Consumo de fármacos

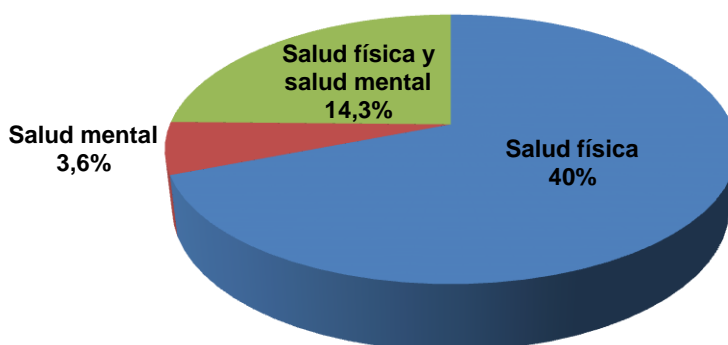


Gráfica 2.9. Representación del porcentaje de cuidadores familiares según el consumo de fármacos.

TIPO DE FÁRMACO CONSUMIDO

En la **Gráfica 2.10.** se representa el tipo de fármaco consumido por los cuidadores. Como se puede apreciar, 56 cuidadores (40%) consumen fármacos para la salud física, 5 (3,6%) son consumidores de fármacos para la salud mental y 20 (14,3%) consumen algún tipo de fármaco tanto para la salud física como para la salud mental.

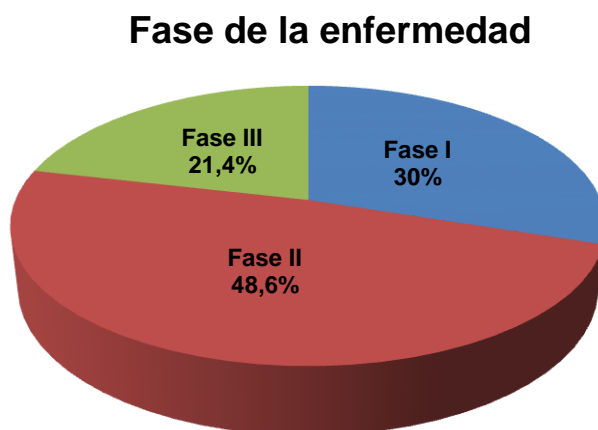
Tipo de fármaco consumido



Gráfica 2.10. Representación del porcentaje de cuidadores familiares según el tipo de fármaco consumido.

FASE DE LA ENFERMEDAD

Finalmente, en cuanto a la fase de la enfermedad de Alzheimer en la se encuentra el enfermo que recibe los cuidados, se observa en la **Gráfica 2.11.**, que del total de la muestra, 68 (48,6%) son cuidadores de enfermos en fase II, 42 (30%) son cuidadores de enfermos en fase I y 30 (21,4%) cuidan a su familiar enfermo en fase III.



Gráfica 2.11. Representación del porcentaje de cuidadores familiares según la fase de la enfermedad en la que se encuentra la persona cuidada.

2.4. Instrumentos utilizados

En primer lugar se ha utilizado un **registro sociodemográfico** a través del cual hemos obtenido información sobre las siguientes variables:

-
- | | |
|---|---|
| • Género | • Horas al día dedicadas al cuidado |
| • Edad | • Percepción subjetiva de la salud física |
| • Vínculo familiar con la persona cuidada | • Consumo de fármacos |
| • Nivel de estudios | • Tipo de fármaco consumido |
| • Estado civil | • Fase de la enfermedad |
| • Tiempo como cuidador | |
-

Asimismo se cumplimentaron las escalas y cuestionarios siguientes:

- **Escala de Estilos de Afrontamiento (COPE abreviada).**
- **Escala de Carga del Cuidador (ZARIT).**
- **Cuestionario de Apoyo Social Funcional (DUKE-UNC).**
- **Cuestionario de Salud General (GHQ-12).**
- **Escala de Calidad de Vida en Cuidadores Familiares de Enfermos con Enfermedad Grave (QOLLTI-F).**
- **Escala de Ganancia en el Cuidado de un Enfermo de Alzheimer (GAIN).**
- **Test de Orientación en la Vida (LOT-R).**
- **Escala Multidimensional del Sentido del Humor (MSHS).**
- **Escala de Felicidad Subjetiva (SHS).**
- **Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS).**
- **Escala de Resiliencia (CD-RISC).**

A continuación se describen los instrumentos empleados en la investigación.

ESCALA DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO (COPE ABREVIADA)

Desarrollada por Carver (1997); versión española realizada por Crespo y López (2003). La escala evalúa las diferentes formas o estilos de respuesta ante el estrés.

La determinación de los efectos del cuidado o lo que es lo mismo las estrategias de afrontamiento que utiliza el cuidador para enfrentarse a los problemas y dificultades que el cuidado ocasionan, es relevante en nuestro estudio, siendo seleccionado el Cuestionario COPE, de Carver, Scheier y Weintraub (1989), y su versión el Cuestionario COPE abreviado (Brief COPE), desarrollado por el propio Carver (1997).

El cuestionario consta de 28 ítems que describen distintas conductas o estrategias de afrontamiento. Para cada ítem, la persona evalúa la frecuencia con la que aplica dichas estrategias en una escala tipo Likert de 4 puntos.

La escala COPE, es una escala multidimensional que está compuesta por 14 factores, de dos ítems cada uno:

- Auto-distracción: concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
- Afrontamiento Activo: iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos para eliminar o reducir el estresor.
- Negación: negar la realidad del suceso estresante.
- Uso de sustancias (consumo de alcohol y drogas): tomar alcohol u otras drogas con la finalidad de sentirse bien, o para ayudarse a soportar el estresor.
- Apoyo emocional: conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión.
- Apoyo instrumental: procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes a cerca de lo que se debe hacer.
- Desconexión conductual: reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere el estresor.
- Desahogo emocional: aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
- Reinterpretación positiva: buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
- Planificación: pensar a cerca de cómo afrontar el estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
- Humor: hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.
- Aceptación: aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de lo que es real.

- Religión: la tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.
- Auto-inculpación: criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

La puntuación total de cada escala se obtiene sumando las puntuaciones de los dos ítems correspondientes. En nuestro estudio de cuidadores consideramos la agrupación de los factores en Afrontamiento Activo y Afrontamiento Evitativo.

Respecto al estudio de la consistencia interna, el factor de estrategias de Afrontamiento Activo obtuvo un Alpha = .87 y el correspondiente a estilos de Afrontamiento Evitativo = .65. Los factores de aceptación, negación, religión y autoinculpación muestran valores aceptables, superiores a .70, pero el resto de los factores muestran Alphas bajas por lo que utilizaremos los dos factores que agrupan las estrategias activas y evitativas, si bien éste último muestra una fiabilidad ligeramente por debajo de .70 (**Tabla 2.1.**), aspecto que tendremos que tener en consideración en la interpretación de los resultados de dicho factor. Un ejemplar de esta prueba se encuentra en el anexo del presente estudio.

Tabla 2.1. Resultado del análisis de fiabilidad (Alpha de Cronbach) (N=140).

COPE	Ítems	Alpha de Cronbach
F1.- Auto-distracción	1, 17	.67
F2.- Afrontamiento Activo	2, 7	.61
F3.- Negación	3, 8	.71
F4.- Uso de sustancias	4, 10	.14
F5.- Apoyo emocional	5, 27	.47
F6.- Apoyo instrumental	13, 25	.40
F7.- Desconexión conductual	6, 14	.50
F8.- Desahogo	9, 19	.46
F9.- Reinterpretación positiva	11, 15	.65
F10.- Planificación	12, 22	.54
F11.- Humor:	16, 24	.52
F12.- Aceptación	18, 21	.75
F13.- Religión	20, 23	.86
F14.- Auto-inculpación	26, 28	.73
COPE activo	2, 5, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28	.87
COPE evitativo	1, 3, 4, 6, 8, 10, 14, 17	.65

ESCALA DE CARGA DEL CUIDADOR (ZARIT)

Desarrollada por Zarit, Reeve y Bach-Peterson (1980); versión española realizada por Martín et al. (1996). La escala se centra en la percepción de la carga que tiene el cuidador y no tanto en la determinación de las demandas a las que se ve sometido, por lo que puede considerarse un instrumento de evaluación de la carga subjetiva. También recoge el nivel de alteración del bienestar físico, psicológico, económico y social del cuidador por la atención al enfermo.

El concepto de carga, se utiliza para establecer una valoración general de la situación de los cuidadores. En nuestro estudio utilizamos la Escala de Carga del Cuidador de Zarit et al. (1980), por ser el instrumento de evaluación de la carga del cuidador más difundido, mostrando una adecuada validez y fiabilidad. Como aspecto relevante anotar que tiene una adaptación española como elemento importante para ser seleccionada, pues los factores que actúan sobre la carga pueden sufrir importantes diferencias culturales. Se trata de una escala unidimensional formada por 22 ítems, a los que se responde en una escala tipo Likert de 5 puntos. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems. Puntuaciones más altas indican mayor grado de sobrecarga.

Los puntos de corte recomendados son:

- <47 puntos: Ausencia sobrecarga
- De 47 a 55 puntos: Sobrecarga leve
- >55 puntos: Sobrecarga intensa

El estudio de la consistencia interna de la escala muestra una fiabilidad satisfactoria con un coeficiente Alpha de .85 (**Tabla 2.2.**). Un ejemplar de esta prueba se encuentra en el anexo del presente estudio.

Tabla 2.2. Resultado del análisis de fiabilidad (Alpha de Cronbach) (N=140).

ZARIT	Ítems	Alpha de Cronbach
ZARIT total	1 a 22	.85

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL (DUKE-UNC)

Desarrollado por Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan (1988); adaptación española por De la Revilla, Bailón, De Dios, Delgado, Prados y Fleitas (1991); Bellón, Delgado, De Dios y Lardelli (1996). El cuestionario, evalúa el apoyo social percibido.

La escala consta de 11 ítems, y su escala de respuesta es de tipo Likert de 5 puntos, obteniendo una puntuación a partir de la suma de todos los ítems. A mayor puntuación, mayor apoyo social percibido.

La escala DUKE-UNC, es una escala bidimensional que está compuesta por 2 factores:

- Apoyo afectivo: demostraciones de amor, cariño y empatía.
- Apoyo confidencial: posibilidad de contar con personas para comunicarse.

Respecto al estudio de la consistencia interna, tanto la escala total con $\text{Alpha} = .89$, como los dos factores con $\text{Alpha} = .76$ y $\text{Alpha} = .85$ respectivamente, presentan fiabilidades satisfactorias (**Tabla 2.3.**). Un ejemplar de esta prueba se encuentra en el anexo del presente estudio.

Tabla 2.3. Resultado del análisis de fiabilidad (Alpha de Cronbach) (N=140).

DUKE-UNC	Ítems	Alpha de Cronbach
F1.- Apoyo afectivo	2, 3, 5, 9, 11	.76
F2.- Apoyo confidencial	1, 4, 6, 7, 8, 10	.85
DUKE-UNC total	1 a 11	.89

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-12)

La escala GHQ-12 (Goldberg Health Questionnaire) fue propuesta por Goldberg y Williams (1988); validada en España por Muñoz, Tejerían-Allen y Cañas (1995). Permite evaluar la salud mental. Se trata de un instrumento auto-administrado de cribado que tiene por objetivo detectar morbilidad

psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general (Goldberg & Williams, 1988). Es uno de los instrumentos de cribado validado más utilizados a nivel mundial (Hewitt, Perry, Adams & Gilbody, 2011) y ha sido traducido a más de 11 idiomas (Werneke, Goldberg, Yalcin & Ustun, 2000).

Existen diferentes versiones de la escala con 60, 30, 28 y 12 ítems. En nuestro estudio hemos utilizado la versión de 12 ítems ya que es igual de válida que las restantes para discriminar entre casos y normales (Goldberg & Williams, 1996).

La escala GHQ-12, es una escala unidimensional que consta de 12 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, obteniendo una puntuación a partir de la suma de todos los ítems. A mayor puntuación, peor salud mental.

El estudio de la consistencia interna de este instrumento muestra una fiabilidad satisfactoria con un coeficiente Alpha de .87 (**Tabla 2.4.**). Un ejemplar de esta prueba se encuentra en el anexo del presente estudio.

Tabla 2.4. Resultado del análisis de fiabilidad (Alpha de Cronbach) (N=140).

GHQ-12	Ítems	Alpha de Cronbach
GHQ-12 total	1 a 12	.87

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA EN CUIDADORES DE ENFERMOS CON ENFERMEDAD GRAVE (QOLLTI-F)

La escala QOLLTI-F (Quality Of Life In Life-Threatening Illness-Family Carer Version) fue desarrollada por Cohen, Leis, Kuhl, Charbonneau, Ritvo y Ashbury (2006), con la finalidad de medir la calidad de vida de los cuidadores familiares de los pacientes con enfermedad grave, que amenaza la vida de dicho paciente.

La escala QOLLTI-F consta de 16 ítems, a los que se contesta con una escala tipo Likert de 10 puntos, obteniendo una puntuación a partir de la suma de todos los ítems. A mayor puntuación mayor calidad de vida.

La escala QOLLTI-F, es una escala multidimensional que está compuesta de 7 factores: Estado del cuidador, Ambiente, Aspectos positivos del cuidado, Calidad del cuidado, Relaciones sociales, Preocupación por el familiar cuidado y Preocupaciones económicas.

Respecto al estudio de la consistencia interna, la escala total muestra una fiabilidad satisfactoria ($\text{Alpha} = .81$). La baja fiabilidad de alguno de los factores, junto con el hecho de que alguno de los factores sólo tuviera un ítem, nos llevó a la decisión de utilizar una puntuación global de la escala y por consiguiente utilizar como variable de estudio la calidad de vida del cuidador (**Tabla 2.5.**). Un ejemplar de esta prueba se encuentra en el anexo del presente estudio.

Tabla 2.5. Resultado del análisis de fiabilidad (Alpha de Cronbach) (N=140).

QOLLTI-F	Ítems	Alpha de Cronbach
F1.- Estado del cuidador	4, 5, 6, 7, 8	.58
F2.- Ambiente	1, 2	-.06
F3.- Aspectos positivos del cuidado	9, 10, 11	.70
F4.- Calidad del cuidado	14,15	.70
F5.- Relaciones sociales	12, 13	.46
F6.- Preocupación por el familiar cuidado	3	—
F7.- Preocupaciones económicas	16	—
QOLLTI-F total:	1 a 16	.81

ESCALA DE GANANCIA EN EL CUIDADO DE UN ENFERMO DE ALZHEIMER (GAIN)

La escala GAIN (**Gain In Alzheimer Care Instrument**) fue desarrollada por Yap, Luo, Ng, Chionh, Lim y Goh (2010). Evalúa las ganancias o beneficios asociados al cuidado de una persona enferma con Alzheimer.

La escala GAIN, es una escala unidimensional que consta de 10 ítems, con escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, obteniendo una puntuación a

partir de la suma de todos los ítems. A mayor puntuación, mayores beneficios asociados al cuidado.

El estudio de la consistencia interna de este instrumento muestra una fiabilidad satisfactoria con un coeficiente Alpha de .81 (**Tabla 2.6.**) Un ejemplar de esta prueba se encuentra en el anexo del presente estudio.

Tabla 2.6. Resultado del análisis de fiabilidad (Alpha de Cronbach) (N=140).

GAIN	Ítems	Alpha de Cronbach
GAIN total	1 a 10	.81

TEST DE ORIENTACIÓN EN LA VIDA (LOT-R)

“Life Orientation Test” (LOT) fue desarrollado por Scheier y Carver en 1985. La versión inicial fue revisada en 1994, dando lugar al LOT-R (Scheier, Carver & Bridges, 1994). La adaptación al castellano del LOT-R, fue realizada por Otero, Luengo, Romero, Gómez y Castro (1998). El test evalúa el optimismo disposicional

Se trata de una escala unidimensional formada por 10 ítems, a los que se contesta con una escala tipo Likert de 5 puntos. De los 10 ítems de los que está compuesta la escala, 6 ítems pretenden medirla dimensión de optimismo disposicional, los otros 4 ítems son “de relleno” y sirven para hacer menos evidente el contenido del test. De los 6 ítems de contenido, 3 están redactados en sentido positivo (dirección optimismo) y 3 en sentido inverso (dirección pesimismo). Los ítems inversos se revierten y se obtiene una puntuación total orientada hacia el polo de optimismo.

La consistencia interna del test muestra una fiabilidad satisfactoria con un coeficiente Alpha de .72 (**Tabla 2.7.**). Un ejemplar de esta prueba se encuentra en el anexo del presente estudio.

Tabla 2.7. Resultado del análisis de fiabilidad (Alpha de Cronbach) (N=140).

LOT-R	Ítems	Alpha de Cronbach
LOT-R total	1, -3, 4, -7, -9, 10	.72

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DEL SENTIDO DEL HUMOR (MSHS)

La escala MSHS (Multidimensional Humor Sense Scale) fue propuesta por Thorson y Powell (1991, 1993a, 1993b), adaptada a población española por Carbelo (2006). El instrumento evalúa el humor desde varios puntos de vista, por ese motivo los autores la concibieron como una escala multidimensional asociada a la creación o generación del humor, el uso del humor para hacerle frente a la vida, el sentido del juego, el reconocimiento y apreciación del humor, las actitudes hacia el humor y la práctica y uso del mismo en situaciones sociales.

La escala MSHS consta de 24 ítems, y su escala de respuesta es de tipo Likert de 5 puntos. A mayor puntuación, mayor sentido del humor. De los 24 ítems de la escala, 18 ítems están redactados positivamente: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 24 y los otros 6 ítems están redactados inversamente: 4, 8, 11, 13, 17, 20

La escala MSHS, es una escala multidimensional que está estructurada en 3 factores:

- Competencia o habilidad personal para utilizar el humor.
- Humor como mecanismo de control de la situación.
- Valoración social y actitudes hacia el humor.

En cuanto a la fiabilidad de los distintos factores del instrumento, se obtuvo una fiabilidad muy satisfactoria en el primer factor ($\text{Alpha} = .92$), en el segundo factor y en la escala total se obtuvieron unas fiabilidades satisfactorias con unos coeficientes Alpha de $.73$ y $.87$ respectivamente. El tercer factor obtuvo una fiabilidad baja ($\text{Alpha} = .61$) lo que nos decidió por utilizar la puntuación total como variable de Sentido del Humor (**Tabla 2.8.**). Un ejemplar de esta prueba se encuentra en el anexo del presente estudio.

Tabla 2.8. Resultado del análisis de fiabilidad (Alpha de Cronbach) (N=140).

MSHS	Ítems	Alpha de Cronbach
F1.- Competencia o habilidad personal para utilizar el humor	1, 3, 5, 6, 7, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 24	.92
F2.- Humor como mecanismo de control de la situación	2, 10, 14, 16, 19, -20, 22	.73
F3.- Valoración social y actitudes hacia el humor	-4, -8, -11, -13, -17	.61
MSHS total	1 a 24	.87

ESCALA DE FELICIDAD SUBJETIVA (SHS)

La escala SHS (Subjective Happiness Scale) evalúa la felicidad y fue desarrollada por Lyubomirsky y Lepper (1999).

Se trata de una escala unidimensional formada por 4 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos, obteniendo una puntuación a partir de la suma de todos los ítems. A mayor puntuación, mayor felicidad. Los ítems 1, 2 y 3 están redactados positivamente, y el ítem 4 inversamente.

El estudio de la consistencia interna de este instrumento muestra una fiabilidad satisfactoria con un coeficiente Alpha de .76 (**Tabla 2.9.**). Un ejemplar de esta prueba se encuentra en el anexo del presente estudio.

Tabla 2.9. Resultado del análisis de fiabilidad (Alpha de Cronbach) (N=140).

SHS	Ítems	Alpha de Cronbach
SHS total	1 a 4	.76

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)

Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), crean la Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction with Life Scale) que como su propio nombre indica, es una escala que permite evaluar la Satisfacción con la Vida en la población general.

La SWLS se generó a partir de un conjunto de 48 ítems de autoinforme relacionados con satisfacción con la vida así como afecto positivo y negativo. Un análisis factorial reveló tres factores (satisfacción vital, afecto negativo, y afecto positivo), conteniendo el factor de satisfacción 10 ítems que quedaron finalmente reducidos a los cinco de la escala actual en base a un análisis de similitudes semánticas (Diener et al., 1985).

La SWLS es una breve escala unidimensional de 5 ítems, y su escala de respuesta es de tipo Likert de 5 puntos, obteniendo una puntuación a partir de la suma de todos los ítems. A mayor puntuación, mayor satisfacción con la vida.

El estudio de la consistencia interna de este instrumento muestra una fiabilidad satisfactoria con un coeficiente Alpha de .82 (**Tabla 2.10.**). Un ejemplar de esta prueba se encuentra en el anexo del presente estudio.

Tabla 2.10. Resultado del análisis de fiabilidad (Alpha de Cronbach) (N=140).

SWLS	Ítems	Alpha de Cronbach
SWLS total	1 a 5	.82

ESCALA DE RESILIENCIA DE CONNOR-DAVIDSON (CD-RISC).

La escala CD-RISC evalúa resiliencia y fue desarrollada por Connor y Davidson (2003); versión española realizada por Bobes, Bascaran, García-Portilla, Bousoño, Sáiz y Wallance (2001).

En su versión original se agrupa en 5 dimensiones, no obstante diversos estudios han examinado las propiedades psicométricas de la escala y muy pocos estudios apoyan el modelo factorial de 5 dimensiones. Por ello en la presente investigación la hemos considerado como una escala unidimensional. Está formada por 25 ítems, a los que se responde con una escala tipo Likert de 5 puntos. A mayor puntuación, mayor resiliencia. La consistencia interna del instrumento muestra una fiabilidad alta con un coeficiente Alpha de .85 (**Tabla 2.11.**). Un ejemplar de esta prueba se encuentra en el anexo del presente estudio.

Tabla 2.11. Resultado del análisis de fiabilidad (Alpha de Cronbach) (N=140).

CD-RISC	Ítems	Alpha de Cronbach
CD-RISC total	1 a 25	.85

2.5. Procedimiento

En primer lugar, se contactó telefónicamente con las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer, para solicitar una cita personal en el propio centro. Tras obtener la citación, personalmente a cada una de las Asociaciones se les informó del propósito de la investigación y se les proporcionó la información necesaria sobre la misma. Tras la información recibida, las Asociaciones contactaron con los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer, los cuales conformaron la muestra de la presente investigación. Todos y cada uno de los participantes, firmaron el consentimiento informado y se les hizo entrega de los cuestionarios. Para facilitar la entrega de los cuestionarios, estos fueron agrupados debidamente, en la portada, a cada sujeto participante se le asignó un número de identificación con la finalidad de preservar su anonimato, además en la misma únicamente se anotaron los datos sociodemográficos. La mayor parte de los participantes se llevaron los cuestionarios a sus domicilios para cumplimentarlos, una vez cumplimentados, o bien los llevaron a la Asociación correspondiente o bien eran recogidos en sus propios domicilios. Aquellos participantes que por diversas razones tuvieron dificultades para cumplimentar los cuestionarios por ellos mismos, se les citó personalmente para cumplimentarlos con el propio investigador.

Asimismo, el Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universidad de Valencia, una vez estudiado el proyecto de tesis doctoral, acordó informar favorablemente el mismo, dado que se respetan los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y cumple los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

Los cuestionarios fueron administrados a los participantes de la investigación entre octubre de 2013 y octubre de 2014.

Una vez entregados todos cuestionarios completados, se introdujeron los datos y se analizaron con el programa estadístico SPSS (versión 18.0).

III. RESULTADOS

3.1. Introducción

En el presente capítulo se exponen los resultados de los análisis estadísticos realizados con la muestra de 140 participantes en la investigación.

En primer lugar, se detallan los análisis diferenciales. En las comparaciones de medias hemos utilizado el estadístico *t* de Student para muestras independientes. También hemos calculado el tamaño del efecto que nos permite cuantificar, tomando como unidad la desviación típica, la diferencia entre los diferentes grupos. La *d* de Cohen se interpretará siguiendo el cuadro siguiente:

Tamaño del efecto <i>d</i> de Cohen	Pequeño	0-.20
	Moderado	.21-.50
	Alto	.51-.80
	Muy alto	>.80

(Cohen, 1988)

Posteriormente, en las comparaciones con tres grupos, hemos calculado el análisis ANOVA para conocer en qué variables existen diferencias significativas entre los grupos. A continuación se han realizado contrastes a posteriori, en concreto se presenta el contraste de Bonferroni para averiguar dónde está la diferencia (o diferencias) que ha causado que se rechace la hipótesis nula. En tercer lugar, se presentan los análisis correlacionales entre las variables independientes separadamente, las variables dependientes también por separado, así como la relación entre ambas. En cuarto lugar, se presentan los análisis mediacionales a través del cálculo de análisis de regresiones lineales. Por último, se exponen los análisis de regresión lineal múltiple.

3.2. Análisis diferenciales

En primer lugar, se realizan los análisis diferenciales conformando grupos en función del género, la edad, la percepción de salud física, la salud mental, los meses que llevan cuidando y las horas al día dedicadas al cuidado. Posteriormente se muestran los análisis diferenciales conformando grupos en

función de sus puntuaciones en las variables positivas: optimismo, beneficios, felicidad, humor, satisfacción con la vida y resiliencia. El punto de corte para la formación de grupos ha sido la mediana en las variables citadas, con la excepción del género, y percepción de salud física. En el género se comparó a mujeres y hombres y en percepción de salud física se agrupó regular y mala salud física como grupo con “mala salud” y buena y muy buena salud física como grupo con “buena salud”.

3.2.1. Análisis diferenciales entre mujeres cuidadoras y hombres cuidadores

A continuación se muestran las diferencias entre el grupo de mujeres cuidadoras y el grupo de hombres cuidadores, para las variables: salud física, afrontamiento activo, afrontamiento evitativo, sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental, calidad de vida, beneficios, optimismo, humor, felicidad, satisfacción con la vida y resiliencia.

Como se puede observar en la **Tabla 3.1.**, únicamente se aprecian diferencias significativas en las variables mala salud mental y resiliencia. Estos resultados son indicativos de que las mujeres cuidadoras presentan peor salud mental y son menos resilientes que los hombres cuidadores.

Respecto al tamaño del efecto a través de la d de Cohen, éste es moderado para el apoyo confidencial, mala salud mental, beneficios, optimismo, felicidad, y resiliencia, en el sentido de que aunque el apoyo confidencial y la mala salud mental es mayor en mujeres, son los hombres los que en comparación con éstas muestran más beneficios, optimismo, felicidad y resiliencia en la tarea de cuidado. No hay diferencias significativas entre hombres y mujeres en salud física, afrontamiento tanto activo como evitativo, sobrecarga, apoyo afectivo, calidad de vida, humor y satisfacción con la vida.

Tabla 3.1. Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y *d* de Cohen entre mujeres cuidadoras y hombres cuidadores.

	Género	N	M	DT	<i>t</i>	<i>d</i>
Salud Física	Mujer	96	2.58	0.75		
	Hombre	44	2.75	0.62	-1.39	.19
Afrontamiento activo	Mujer	96	26.67	9.61		
	Hombre	44	25.31	10.94	0.74	.13
Afrontamiento evitativo	Mujer	96	4.70	3.64		
	Hombre	44	4.60	3.58	0.16	.03
Sobrecarga	Mujer	96	52.10	13.03		
	Hombre	44	50.25	10.53	0.83	.16
Apoyo confidencial	Mujer	96	23.63	5.21		
	Hombre	44	22.34	4.28	1.43	.27
Apoyo afectivo	Mujer	96	17.92	4.44		
	Hombre	44	18.34	4.03	-0.54	.10
Mala salud mental	Mujer	96	15.46	5.75		
	Hombre	44	13.34	4.79	2.13*	.40
Calidad de vida	Mujer	96	104.05	21.60		
	Hombre	44	108.00	17.96	-1.06	.20
Beneficios	Mujer	96	29.99	7.83		
	Hombre	44	32.02	5.04	-1.58	.31
Optimismo	Mujer	96	14.67	4.55		
	Hombre	44	15.77	4.19	-1.37	.25
Humor	Mujer	96	82.63	12.32		
	Hombre	44	84.75	13.16	-0.93	.17
Felicidad	Mujer	96	18.97	5.16		
	Hombre	44	20.45	4.36	-1.66	.31
Satisfacción con la vida	Mujer	96	15.69	4.12		
	Hombre	44	16.02	3.23	-0.48	.09
Resiliencia	Mujer	96	87.20	12.05		
	Hombre	44	91.75	9.64	-2.20*	.42

Nivel de significación: * = $p < .05$.

3.2.2. Análisis diferenciales entre cuidadores más jóvenes y más mayores

Seguidamente se presentan las diferencias encontradas entre el grupo de cuidadores más jóvenes (edad igual o inferior a los 54 años) y el grupo de cuidadores más mayores (edad igual o superior a los 55 años), para las variables: salud física, afrontamiento activo, afrontamiento evitativo, sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental, calidad de

vida, beneficios, optimismo, humor, felicidad, satisfacción con la vida y resiliencia.

Tabla 3.2. Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y *d* de Cohen entre cuidadores más jóvenes (≤ 54 años) y más mayores (≥ 55 años).

	Edad	N	M	DT	<i>t</i>	<i>d</i>
Salud Física	Jóvenes	72	2.85	0.66		
	Mayores	68	2.41	0.70	3.79***	.68
Afrontamiento activo	Jóvenes	72	26.40	9.90		
	Mayores	68	26.07	10.22	0.19	.03
Afrontamiento evitativo	Jóvenes	72	4.67	3.74		
	Mayores	68	4.66	3.49	0.01	.00
Sobrecarga	Jóvenes	72	49.07	11.57		
	Mayores	68	54.12	12.58	-2.47*	.42
Apoyo confidencial	Jóvenes	72	24.06	4.80		
	Mayores	68	22.34	5.01	2.07*	.35
Apoyo afectivo	Jóvenes	72	18.46	4.29		
	Mayores	68	17.62	4.31	1.16	.20
Mala salud mental	Jóvenes	72	13.32	5.00		
	Mayores	68	16.35	5.68	-3.36***	.57
Calidad de vida	Jóvenes	72	110.78	21.95		
	Mayores	68	99.49	17.28	3.37***	.57
Beneficios	Jóvenes	72	30.90	6.87		
	Mayores	68	30.34	7.42	0.47	.08
Optimismo	Jóvenes	72	15.35	4.42		
	Mayores	68	14.66	4.50	0.91	.15
Humor	Jóvenes	72	85.44	11.90		
	Mayores	68	81.01	12.96	2.11*	.36
Felicidad	Jóvenes	72	20.50	4.84		
	Mayores	68	18.31	4.87	2.67**	.45
Satisfacción con la vida	Jóvenes	72	16.44	3.71		
	Mayores	68	15.10	3.92	2.08*	.35
Resiliencia	Jóvenes	72	90.19	10.72		
	Mayores	68	86.97	12.15	1.67	.28

Nivel de significación: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Como se aprecia en la **Tabla 3.2.**, respecto a la edad de los cuidadores, y atendiendo a los estadísticos *t* y *d*, encontramos que los cuidadores más mayores tienen significativamente peor salud física, sufren más sobrecarga percibida, y tienen peor salud mental que los cuidadores más jóvenes. Estos últimos cuentan con más apoyo social confidencial, tienen mejor calidad de

vida, más sentido del humor, se sienten más felices, están más satisfechos con la vida y son más resilientes que los cuidadores más mayores. La edad resulta una variable altamente importante entre los grupos de edad, sólo afrontamiento (activo y evitativo), apoyo afectivo, beneficios y optimismo han resultado variables no diferenciadoras entre dichos grupos.

3.2.3. Análisis diferenciales entre cuidadores con buena y mala salud física

Respecto a la variable salud física, a continuación se muestran las diferencias encontradas entre los cuidadores con percepción de buena salud física y los cuidadores que perciben tener mala salud física, para las siguientes variables: afrontamiento activo, afrontamiento evitativo, sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental, calidad de vida, beneficios, optimismo, humor, felicidad, satisfacción con la vida y resiliencia.

En la **Tabla 3.3.**, se pueden apreciar diferencias significativas entre los cuidadores que perciben tener mejor y peor salud física en prácticamente todas las variables evaluadas excepto afrontamiento activo y beneficios. Las diferencias significativas se dan en la mayoría de las variables con tamaños del efecto de moderados a altos. Los cuidadores con mejor salud física recurren menos al uso del afrontamiento evitativo, presentan menos sobrecarga, mejor salud mental y calidad de vida, mayor apoyo confidencial y afectivo, más optimismo, humor, felicidad, satisfacción con la vida y resiliencia que los cuidadores con peor salud física.

La salud física ha resultado una variable con alto nivel diferencial en el resto de las variables estudiadas.

Tabla 3.3. Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y *d* de Cohen entre cuidadores con buena y mala salud física.

	Salud física	N	M	DT	<i>t</i>	<i>d</i>
Afrontamiento activo	Buena	87	25.68	10.19		
	Mala	53	27.17	9.78	-0.85	.15
Afrontamiento evitativo	Buena	87	4.16	3.26		
	Mala	53	5.49	4.01	-2.14*	.36
Sobrecarga	Buena	87	48.68	11.60		
	Mala	53	56.19	12.05	-3.66***	.63
Apoyo confidencial	Buena	87	23.86	4.59		
	Mala	53	22.17	5.39	1.98*	.34
Apoyo afectivo	Buena	87	18.51	4.26		
	Mala	53	17.30	4.31	1.61	.28
Mala salud mental	Buena	87	13.05	4.85		
	Mala	53	17.66	5.45	-5.21***	.63
Calidad de vida	Buena	87	111.36	21.09		
	Mala	53	95.34	15.16	4.82***	.87
Beneficios	Buena	87	30.83	7.33		
	Mala	53	30.30	6.81	0.42	.07
Optimismo	Buena	87	15.55	4.40		
	Mala	53	14.13	4.45	1.84	.32
Humor	Buena	87	84.61	12.33		
	Mala	53	81.13	12.81	1.60	.28
Felicidad	Buena	87	20.51	4.76		
	Mala	53	17.68	4.81	3.39***	.59
Satisfacción con la vida	Buena	87	16.97	3.17		
	Mala	53	13.87	4.13	4.99***	.84
Resiliencia	Buena	87	91.26	9.98		
	Mala	53	84.30	12.60	3.62***	.61

Nivel de significación: * = $p < .05$; *** = $p < .001$.

3.2.4. Análisis diferenciales entre cuidadores con buena y mala salud mental

A continuación se presentan las diferencias encontradas entre los cuidadores con buena salud mental y los cuidadores con mala salud mental, para las siguientes variables: afrontamiento activo, afrontamiento evitativo, sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, salud física, calidad de vida, beneficios, optimismo, humor, felicidad, satisfacción con la vida y resiliencia.

Tabla 3.4. Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y *d* de Cohen entre cuidadores con buena y mala salud mental.

	Salud mental	N	M	DT	<i>t</i>	<i>d</i>
Salud física	Buena	75	2.88	0.59		
	Mala	65	2.35	0.74	4.68***	.79
Afrontamiento activo	Buena	75	24.49	10.30		
	Mala	65	28.26	9.38	-2.25*	.38
Afrontamiento evitativo	Buena	75	3.55	3.28		
	Mala	65	5.95	3.56	-4.16***	.70
Sobrecarga	Buena	75	45.04	10.02		
	Mala	65	59.00	10.29	-8.12***	1.37
Apoyo confidencial	Buena	75	24.56	4.32		
	Mala	65	21.68	5.23	3.57***	.60
Apoyo afectivo	Buena	75	19.43	3.52		
	Mala	65	16.46	4.60	4.31***	.73
Calidad de vida	Buena	75	115.03	18.69		
	Mala	65	94.06	16.54	6.98***	1.19
Beneficios	Buena	75	31.90	6.17		
	Mala	65	29.17	7.88	2.29*	.39
Optimismo	Buena	75	16.55	4.09		
	Mala	65	13.25	4.22	4.69***	.79
Humor	Buena	75	86.01	10.67		
	Mala	65	80.15	13.92	2.82**	.47
Felicidad	Buena	75	22.00	4.13		
	Mala	65	16.48	4.13	7.89***	1.34
Satisfacción con la vida	Buena	75	17.32	3.07		
	Mala	65	14.03	3.94	5.55***	.93
Resiliencia	Buena	75	92.97	9.36		
	Mala	65	83.62	11.79	5.23***	.88

Nivel de significación: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Tal y como se puede observar en la **Tabla 3.4.**, en todas variables existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de cuidadores con mejor salud mental y el grupo de cuidadores con peor salud mental. Los cuidadores con mejor salud mental tienen mejor salud física, utilizan menos el afrontamiento activo y evitativo, presentan menos sobrecarga subjetiva, cuentan con más apoyo confidencial y afectivo, tienen mejor calidad de vida, perciben obtener más beneficios asociados al cuidado, son más optimistas, tienen mayor sentido del humor, se sienten más felices, están más satisfechos con la vida y son más resilientes que los cuidadores con peor salud mental.

En cuanto al tamaño del efecto d de Cohen como se aprecia es moderado para afrontamiento activo, beneficios y humor, es alto para salud física, afrontamiento evitativo, apoyo confidencial, apoyo afectivo y optimismo, y es muy alto para sobrecarga, calidad de vida, felicidad, satisfacción con la vida y resiliencia. Encontrándonos con más de una desviación típica de diferencia entre ambos grupos en las variables sobrecarga, calidad de vida y felicidad.

Hasta este momento la variable salud mental es la variable más diferenciadora ya que se aprecian diferencias significativas en todas las variables.

3.2.5. Análisis diferenciales entre cuidadores que llevan menos y más meses dedicados al cuidado

En cuanto a la variable tiempo como cuidador, seguidamente se muestran las diferencias encontradas entre el grupo de cuidadores que llevan menos meses dedicados al cuidado y el grupo de cuidadores que llevan más meses dedicados al cuidado de su familiar enfermo, para las variables: salud física, afrontamiento activo, afrontamiento evitativo, sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental, calidad de vida, beneficios, optimismo, humor, felicidad, satisfacción con la vida y resiliencia.

Tabla 3.5. Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y *d* de Cohen entre cuidadores que llevan menos (3 a 36 meses) y más (37 a 168 meses) meses dedicados al cuidado.

	Meses cuidando		N	M	DT	<i>t</i>	<i>d</i>
	Menos	Más					
Salud Física	Menos	Más	71	2.77	0.57		
			69	2.49	0.82	2.38*	.40
Afrontamiento activo	Menos	Más	71	25.80	8.77		
			69	26.70	11.22	-0.53	.09
Afrontamiento evitativo	Menos	Más	71	4.08	3.47		
			69	5.26	3.68	-1.95	.33
Sobrecarga	Menos	Más	71	50.77	12.94		
			69	52.29	11.62	-0.73	.12
Apoyo confidencial	Menos	Más	71	24.20	4.29		
			69	22.22	5.41	2.40*	.41
Apoyo afectivo	Menos	Más	71	18.34	4.34		
			69	17.75	4.29	0.80	.14
Mala salud mental	Menos	Más	71	14.10	4.89		
			69	15.51	6.09	-1.51	.26
Calidad de vida	Menos	Más	71	105.27	21.14		
			69	105.32	20.07	-0.02	.00
Beneficios	Menos	Más	71	29.82	7.00		
			69	31.46	7.19	-1.37	.23
Optimismo	Menos	Más	71	14.73	4.53		
			69	15.30	4.39	-0.76	.13
Humor	Menos	Más	71	83.27	12.33		
			69	83.32	12.93	-0.02	.00
Felicidad	Menos	Más	71	19.52	4.84		
			69	19.35	5.11	0.21	.03
Satisfacción con la vida	Menos	Más	71	16.45	3.88		
			69	15.12	3.74	2.07*	.35
Resiliencia	Menos	Más	71	87.79	11.04		
			69	89.49	12.00	-0.88	.15

Nivel de significación: * = $p < .05$.

Tal y como se aprecia en la **Tabla 3.5.**, existen diferencias significativas entre los cuidadores que llevan menos meses cuidando y cuidadores que llevan más meses cuidando en las variables: salud física, apoyo confidencial y satisfacción con la vida. Estos resultados, indican que los cuidadores que llevan menos tiempo dedicados al cuidado, tienen mejor salud física, cuentan

con más apoyo confidencial y están más satisfechos con la vida que los que llevan más tiempo cuidando.

Por otra parte se observa que el tamaño del efecto d de Cohen es moderado para salud física, afrontamiento evitativo, apoyo confidencial, mala salud mental, beneficios y satisfacción con la vida.

3.2.6. Análisis diferenciales entre cuidadores que dedican menos y más horas al día al cuidado

En cuanto a la variable horas al día dedicadas al cuidado del enfermo, a continuación se muestran las diferencias encontradas entre los cuidadores que dedican menos horas al día al cuidado y los cuidadores que dedican más horas al día al cuidado, para las variables: salud física, afrontamiento activo, afrontamiento evitativo, sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental, calidad de vida, beneficios, optimismo, humor, felicidad, satisfacción con la vida y resiliencia.

Tal y como se puede observar en la **Tabla 3.6.**, existen diferencias significativas entre los cuidadores que dedican menos horas al día al cuidado y los cuidadores que dedican más horas al día al cuidado en las variables: salud física, sobrecarga, apoyo confidencial, calidad de vida y satisfacción con la vida. Esto sugiere que los cuidadores que dedican menos horas al día al cuidado de su familiar, tienen mejor salud física, presentan menos sobrecarga, cuentan con más apoyo confidencial, tienen mejor calidad de vida y están más satisfechos con la vida que los cuidadores que dedican más horas al día al cuidado.

Respecto al tamaño del efecto d de Cohen, se puede apreciar que es moderado para afrontamiento activo, apoyo afectivo, mala salud mental, calidad de vida, beneficios, optimismo, felicidad y satisfacción con la vida, y es alto para salud física y apoyo confidencial.

Tabla 3.6. Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y *d* de Cohen entre cuidadores que dedican menos (<5 a 10 horas) y más (11 a >15 horas) horas al día al cuidado.

	Horas/día cuidando					
		N	M	DT	<i>t</i>	<i>d</i>
Salud Física	Menos	60	2.90	0.60		
	Más	80	2.44	0.73	4.00***	.69
Afrontamiento activo	Menos	60	24.53	9.40		
	Más	80	27.53	10.34	-1.76	.30
Afrontamiento evitativo	Menos	60	4.25	3.89		
	Más	80	4.98	3.38	-1.18	.20
Sobrecarga	Menos	60	48.28	11.33		
	Más	80	53.95	12.49	-2.76**	.48
Apoyo confidencial	Menos	60	24.85	4.36		
	Más	80	22.00	5.05	3.50***	.60
Apoyo afectivo	Menos	60	18.83	3.91		
	Más	80	17.46	4.51	1.88	.32
Mala salud mental	Menos	60	13.53	5.27		
	Más	80	15.74	5.58	-2.37	.41
Calidad de vida	Menos	60	109.75	21.45		
	Más	80	101.95	19.30	2.26*	.38
Beneficios	Menos	60	29.28	7.96		
	Más	80	31.64	6.28	-1.96	.33
Optimismo	Menos	60	15.85	4.75		
	Más	80	14.39	4.14	1.94	.33
Humor	Menos	60	82.27	12.75		
	Más	80	84.06	12.48	-0.84	.14
Felicidad	Menos	60	20.15	4.80		
	Más	80	18.90	5.03	1.48	.25
Satisfacción con la vida	Menos	60	16.83	3.47		
	Más	80	15.01	3.96	2.83**	.49
Resiliencia	Menos	60	88.62	8.81		
	Más	80	88.64	13.24	-0.01	.00

Nivel de significación: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

3.2.7. Análisis diferenciales entre cuidadores con bajo y alto optimismo

Seguidamente se presentan las diferencias encontradas entre los cuidadores menos optimistas y los cuidadores más optimistas, para las variables: salud física, afrontamiento activo, afrontamiento evitativo, sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental y calidad de vida.

Tabla 3.7. Medias, desviaciones típicas, “t” de Student y “d” de Cohen entre cuidadores con bajo y alto Optimismo.

	Optimismo	N	M	DT	t	d
Salud física	Bajo	78	2.58	0.75		
	Alto	62	2.71	0.66	-1.10	.18
Afrontamiento activo	Bajo	78	27.49	8.92		
	Alto	62	24.68	11.14	1.66	.31
Afrontamiento evitativo	Bajo	78	5.56	3.79		
	Alto	62	3.53	3.04	3.43***	.67
Sobrecarga	Bajo	78	54.54	12.74		
	Alto	62	47.73	10.62	3.38***	.63
Apoyo confidencial	Bajo	78	21.82	4.87		
	Alto	62	24.98	4.52	-3.94***	.75
Apoyo afectivo	Bajo	78	16.95	4.27		
	Alto	62	19.44	3.97	-3.53***	.85
Mala salud mental	Bajo	78	16.71	5.42		
	Alto	62	12.39	4.72	4.96***	.73
Calidad de vida	Bajo	78	99.13	19.63		
	Alto	62	113.05	19.12	-4.22***	.74

Nivel de significación: *** = $p < .001$.

La **Tabla 3.7.**, muestra los resultados, donde se aprecian diferencias altamente significativas entre los cuidadores menos optimistas y los más optimistas en las siguientes variables: afrontamiento evitativo, sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental y calidad de vida. Estos resultados son indicativos de que los cuidadores más optimistas recurren menos al uso del afrontamiento evitativo, presentan menos sobrecarga subjetiva, cuentan con más apoyo confidencial y afectivo, tienen mejor salud mental y calidad de vida que los cuidadores menos optimistas.

Por otro lado se observa como el tamaño del efecto d de Cohen para afrontamiento evitativo, sobrecarga, apoyo confidencial, mala salud mental y calidad de vida es alto y para apoyo afectivo es muy alto.

Únicamente la salud física ha resultado similar entre los más optimistas y menos optimistas.

3.2.8. Análisis diferenciales entre cuidadores con baja y alta percepción de beneficio asociado al cuidado

A continuación se exponen las diferencias entre el grupo de cuidadores que perciben menos beneficios y el grupo de cuidadores que perciben más beneficios asociados al cuidado, para las variables: salud física, afrontamiento activo, afrontamiento evitativo, sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental y calidad de vida.

Tabla 3.8. Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y *d* de Cohen, entre cuidadores con baja y alta percepción de beneficio asociado al cuidado.

	Beneficios	N	M	DT	<i>t</i>	<i>d</i>
Salud física	Bajo	76	2.62	0.73		
	Alto	64	2.66	0.70	-0.31	.06
Afrontamiento activo	Bajo	76	24.61	9.66		
	Alto	64	28.19	10.18	-2.13*	.42
Afrontamiento evitativo	Bajo	76	4.54	3.30		
	Alto	64	4.81	3.97	-0.45	.07
Sobrecarga	Bajo	76	53.58	13.30		
	Alto	64	49.08	10.56	2.19*	.34
Apoyo confidencial	Bajo	76	22.43	5.26		
	Alto	64	24.16	4.43	-2.07*	.44
Apoyo afectivo	Bajo	76	16.93	4.33		
	Alto	64	19.38	3.91	-3.47***	.85
Mala salud mental	Bajo	76	16.13	5.76		
	Alto	64	13.20	4.84	3.22**	.66
Calidad de vida	Bajo	76	101.62	19.79		
	Alto	64	109.66	20.73	-2.34*	.41

Nivel de significación: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

En la **Tabla 3.8.**, se observan diferencias significativas entre los cuidadores que perciben menos beneficios asociados al cuidado y aquellos que perciben más beneficios en las siguientes variables: afrontamiento activo, sobrecarga, apoyo confidencial y afectivo, mala salud mental y calidad de vida. Los cuidadores que perciben más beneficios asociados al cuidado recurren más al uso del afrontamiento activo, su percepción de sobrecarga es menor, cuentan con más apoyo confidencial y afectivo, presentan mejor salud mental y

calidad de vida que los cuidadores que perciben menos beneficios asociados al cuidado.

En cuanto al tamaño del efecto *d* de Cohen se puede apreciar que es moderado para afrontamiento activo, sobrecarga, apoyo confidencial y calidad de vida. En cambio para mala salud mental el tamaño del efecto “*d*” de Cohen es alto y muy alto para apoyo afectivo. Únicamente salud física y estilo de afrontamiento evitativo no han dado lugar a diferencias significativas.

3.2.9. Análisis diferenciales entre los cuidadores con bajo y alto nivel de felicidad

Seguidamente se presentan las diferencias encontradas entre los cuidadores que se sienten menos felices y los que se sienten más felices, para las variables: salud física, afrontamiento activo, afrontamiento evitativo, sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental y calidad de vida.

Tabla 3.9. Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y *d* de Cohen, entre cuidadores con bajo y alto nivel de felicidad.

	Felicidad	N	M	DT	<i>t</i>	<i>d</i>
Salud física	Baja	71	2.45	0.69		
	Alta	69	2.83	0.69	-3.22**	.55
Afrontamiento activo	Baja	71	27.21	8.54		
	Alta	69	25.25	11.33	1.16	.21
Afrontamiento evitativo	Baja	71	5.31	3.48		
	Alta	69	4.00	3.64	2.18*	.33
Sobrecarga	Baja	71	55.48	12.24		
	Alta	69	47.45	11.01	4.08***	.69
Apoyo confidencial	Baja	71	21.14	4.95		
	Alta	69	25.36	3.98	-5.55***	1.13
Apoyo afectivo	Baja	71	15.99	4.32		
	Alta	69	20.17	3.11	-6.57***	1.41
Mala salud mental	Baja	71	17.59	5.01		
	Alta	69	11.91	4.50	7.05***	1.33
Calidad de vida	Baja	71	96.44	16.79		
	Alta	69	114.41	20.16	-5.74***	.99

Nivel de significación: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Tal y como se aprecia en la **Tabla 3.9.**, en todas variables (excepto en afrontamiento activo) existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de cuidadores con puntuaciones bajas en felicidad y el grupo de cuidadores con altas puntuaciones en felicidad. En concreto, las diferencias son significativas entre los cuidadores menos felices y los más felices en las siguientes variables: salud física, afrontamiento evitativo, sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental y calidad de vida. A tenor de estos resultados, los cuidadores más felices presentan mejor salud física, recurren menos al uso del afrontamiento evitativo, experimentan menos sobrecarga subjetiva, cuentan con más apoyo social (confidencial y afectivo), tienen mejor salud mental y calidad de vida que los cuidadores menos felices.

Respecto al tamaño del efecto d de Cohen se observa que da lugar a efectos de moderado a muy alto en todas las variables, siendo moderado para afrontamiento activo y evitativo, alto para salud física y sobrecarga, y muy alto para apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental y calidad de vida. En estas últimas variables encontramos que hay más de una desviación típica de diferencia entre los grupos.

Felicidad ha resultado la variable más diferenciadora de todas las variables “positivas” hasta el momento, dando lugar a diferencias incluso en salud física, donde ninguna de las variables “positivas” había dado diferencias hasta ahora.

3.2.10. Análisis diferenciales entre cuidadores con bajo y alto sentido del humor

A continuación se exponen las diferencias entre el grupo de cuidadores con menos sentido del humor y el grupo de cuidadores con más sentido del humor, para las variables: salud física, afrontamiento activo, afrontamiento evitativo, sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental y calidad de vida.

Tabla 3.10. Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y *d* de Cohen entre cuidadores con bajo y alto sentido del humor.

	Humor	N	M	DT	<i>t</i>	<i>d</i>
Salud física	Bajo	73	2.66	0.65		
	Alto	67	2.61	0.78	0.38	.07
Afrontamiento activo	Bajo	73	24.12	10.38		
	Alto	67	28.55	9.15	-2.67**	.45
Afrontamiento evitativo	Bajo	73	4.67	3.42		
	Alto	67	4.66	3.84	0.02	.00
Sobrecarga	Bajo	73	52.34	13.09		
	Alto	67	50.63	11.38	0.82	.17
Apoyo confidencial	Bajo	73	23.05	5.10		
	Alto	67	23.40	4.83	-0.41	.07
Apoyo afectivo	Bajo	73	17.90	4.50		
	Alto	67	18.21	4.11	-0.42	.25
Mala salud mental	Bajo	73	15.90	5.57		
	Alto	67	13.58	5.28	2.53*	.40
Calidad de vida	Bajo	73	101.00	21.24		
	Alto	67	109.97	18.81	-2.64**	.41

Nivel de significación: * = $p < .05$; ** = $p < .01$.

Como se puede observar en la **Tabla 3.10.**, sólo se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los cuidadores familiares con bajas y altas puntuaciones en sentido del humor en las variables afrontamiento activo, mala salud mental y calidad de vida. Esto nos indica que los cuidadores con más sentido del humor utilizan más el afrontamiento activo, tienen mejor salud mental y calidad de vida que los cuidadores con menos sentido del humor.

Por otro lado se puede observar también como el tamaño del efecto *d* de Cohen para afrontamiento activo, apoyo afectivo, mala salud mental y calidad de vida es moderado.

3.2.11. Análisis diferenciales entre cuidadores con baja y alta satisfacción con la vida

Seguidamente se exponen las diferencias encontradas entre los cuidadores menos satisfechos con la vida y los cuidadores más satisfechos con la vida, para las variables: salud física, afrontamiento activo, afrontamiento

evitativo, sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental y calidad de vida.

Tabla 3.11. Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y *d* de Cohen entre cuidadores menos y más satisfechos con la vida.

	Satisfacción					
	con la vida	N	M	DT	<i>t</i>	<i>d</i>
Salud física	Baja	77	2.47	0.70		
	Alta	63	2.84	0.68	-3.19**	.54
Afrontamiento activo	Baja	77	26.61	9.52		
	Alta	63	25.79	10.67	0.48	.11
Afrontamiento evitativo	Baja	77	5.31	3.68		
	Alta	63	3.87	3.39	2.39*	.67
Sobrecarga	Baja	77	56.18	11.81		
	Alta	63	45.83	10.37	5.45***	1.05
Apoyo confidencial	Baja	77	21.18	4.96		
	Alta	63	25.71	3.67	-6.03***	1.04
Apoyo afectivo	Baja	77	16.34	4.05		
	Alta	63	20.14	3.65	-5.78***	.99
Mala salud mental	Baja	77	16.86	5.42		
	Alta	63	12.27	4.59	5.34***	.88
Calidad de vida	Baja	77	98.16	17.83		
	Alta	63	114.02	20.40	-4.91***	.86

Nivel de significación: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

En la **Tabla 3.11.**, se observan diferencias estadísticamente significativas entre los cuidadores con bajas puntuaciones en satisfacción con la vida y los cuidadores con altas puntuaciones en satisfacción con la vida, en todas las variables excepto en la variable afrontamiento activo. Estos resultados indican que los cuidadores más satisfechos con la vida tienen mejor salud física, utilizan menos el afrontamiento evitativo, perciben menos sobrecarga, cuentan con más apoyo social (tanto confidencial como afectivo) y tienen mejor salud mental y calidad de vida que los cuidadores menos satisfechos con la vida.

En cuanto al tamaño del efecto *d* de Cohen éste es alto o muy alto, donde destacan variables con diferencias entre los grupos que se acercan o incluso superan una desviación típica entre ellos como en las variables

sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental y calidad de vida.

3.2.12. Análisis diferenciales entre cuidadores con baja y alta resiliencia

Finalmente se presentan las diferencias entre el grupo de cuidadores menos resilientes y el grupo de cuidadores más resilientes, para las variables: salud física, afrontamiento activo, afrontamiento evitativo, sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental y calidad de vida.

Tabla 3.12. Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y *d* de Cohen entre cuidadores menos y más resilientes

	Resiliencia	N	M	DT	<i>t</i>	<i>d</i>
Salud física	Baja	67	2.51	0.75		
	Alta	73	2.75	0.66	-2.07	.34
Afrontamiento activo	Baja	67	26.00	8.74		
	Alta	73	26.47	11.13	-0.27	.05
Afrontamiento evitativo	Baja	67	5.28	3.67		
	Alta	73	4.10	3.48	1.97	.33
Sobrecarga	Baja	67	54.97	12.70		
	Alta	73	48.36	11.06	3.29***	.52
Apoyo confidencial	Baja	67	22.04	5.05		
	Alta	73	24.30	4.64	-2.75**	.44
Apoyo afectivo	Baja	67	17.13	4.28		
	Alta	73	18.89	4.18	-2.45*	.25
Mala salud mental	Baja	67	16.78	5.03		
	Alta	73	12.97	5.39	4.31***	.80
Calidad de vida	Baja	67	98.16	16.82		
	Alta	73	111.84	21.56	-4.16***	.70

Nivel de significación: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Como se puede apreciar en la **Tabla 3.12.**, existen diferencias estadísticamente significativas entre los cuidadores con puntuaciones bajas y altas en resiliencia en las variables sobrecarga, apoyo confidencial y apoyo afectivo, mala salud mental y calidad de vida. Por lo tanto, los cuidadores más resilientes están menos sobrecargados, cuentan con más apoyo social confidencial y afectivo, tienen mejor salud mental y calidad de vida que los cuidadores menos resilientes.

Respecto al tamaño del efecto d de Cohen es moderado para salud física, afrontamiento evitativo, apoyo confidencial y afectivo, y alto para sobrecarga, mala salud mental y calidad de vida.

3.3. Análisis ANOVA y Bonferroni

Para examinar las consecuencias que generan las diferentes fases de la enfermedad en los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer, se han llevado a cabo una serie de análisis de varianza (ANOVA), donde las variables Salud física, Afrontamiento activo, Afrontamiento evitativo, Sobrecarga, Apoyo confidencial, Apoyo afectivo, Mala salud mental, Calidad de vida, Beneficios, Optimismo, Humor, Felicidad, Satisfacción con la vida y Resiliencia se han considerado como variables dependientes. Por ello, se han realizado las correspondientes comparaciones dos a dos, ajustando el nivel de significación mediante la corrección de Bonferroni para poder controlar el error de tipo I. Los resultados de dicho análisis se presentan en la **Tabla 3.13**.

Como se puede apreciar, son tres las variables que dan lugar a diferencias estadísticamente significativas en el ANOVA: salud física, apoyo confidencial y beneficios, pero al realizar la corrección de Bonferroni sólo quedan diferencias significativas entre la Fase I y III en las variables salud física y beneficios. Esto es indicativo de que los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer en Fase I de la enfermedad, tienen mejor salud física si bien, son los cuidadores que menos beneficios perciben en comparación con los cuidadores cuyo familiar está en la fase III.

Tabla 3.13. Medias, Desviaciones típicas, ANOVA y Bonferroni entre las fases I, II y III

	Fase	N	M	DT	F	F I - F II p	F I - F III p	F II - F III p
Salud física	Fase I	42	2,83	0.58	3.40*	---	.04*	---
	Fase II	68	2,62	0.77				
	Fase III	30	2.40	0.67				
Afrontamiento activo	Fase I	42	26.33	9.87	2.34	---	---	---
	Fase II	68	24.76	9.43				
	Fase III	30	29.47	11.07				
Afrontamiento evitativo	Fase I	42	4.38	3.99	1.11	---	---	---
	Fase II	68	4.46	3.35				
	Fase III	30	5.53	3.62				
Sobrecarga	Fase I	42	51.12	12.64	0.24	---	---	---
	Fase II	68	51.16	12.23				
	Fase III	30	52.90	12.25				
Apoyo confidencial	Fase I	42	24.76	3.89	3.06*	---	---	---
	Fase II	68	22.69	5.31				
	Fase III	30	22.27	5.11				
Apoyo afectivo	Fase I	42	18.95	3.76	1.34	---	---	---
	Fase II	68	17.71	4.55				
	Fase III	30	17.57	4.40				
Mala salud mental	Fase I	42	14.40	4.82	0.16	---	---	---
	Fase II	68	14.90	5.69				
	Fase III	30	15.10	6.24				
Calidad de vida	Fase I	42	107.26	22.40	0.52	---	---	---
	Fase II	68	103.49	19.65				
	Fase III	30	106.63	20.16				
Beneficios	Fase I	42	29.26	7.23	3.11*	---	.05*	---
	Fase II	68	30.28	7.62				
	Fase III	30	33.33	4.94				
Optimismo	Fase I	42	15.55	3.88	0.45	---	---	---
	Fase II	68	14.72	4.53				
	Fase III	30	14.93	5.07				
Humor	Fase I	42	82.76	11.40	0.62	---	---	---
	Fase II	68	82.62	13.38				
	Fase III	30	85.57	12.44				
Felicidad	Fase I	42	19.79	4.81	0.17	---	---	---
	Fase II	68	19.22	4.84				
	Fase III	30	19.43	5.53				
Satisfacción con la vida	Fase I	42	16.67	3.75	2.07	---	---	---
	Fase II	68	15.68	4.10				
	Fase III	30	14.83	3.25				
Resiliencia	Fase I	42	88.12	8.80	2.36	---	---	---
	Fase II	68	87.21	12.14				
	Fase III	30	92.57	12.81				

Nivel de significación: * = $p < .05$.

3.4. Análisis correlacionales entre las variables

A continuación se muestran los análisis correlacionales entre las variables independientes, dependientes y entre ambas.

3.4.1. Análisis correlacionales entre las variables independientes

Seguidamente se muestra la matriz de correlaciones entre las variables independientes género, edad, meses cuidando, horas al día cuidando y fase de la enfermedad en la que se encuentra el enfermo que recibe los cuidados.

Tabla 3.14. Correlaciones entre las variables independientes (N = 140).

	1	2	3	4	5
1. Género	1				
2. Edad	.17*	1			
3. Meses cuidando	-.04	.20**	1		
4. Horas/día cuidando	.11	.45***	.18*	1	
5. Fase	-.01	-.08	.60***	.31***	1

Nivel de significación: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

A partir de la **Tabla 3.14.**, se pueden extraer los siguientes resultados:

1. La variable edad correlaciona positiva y significativamente con la variable género ($r = .17$; $p < .05$). Esto nos indica que en general los hombres cuidadores participantes en la investigación, son más mayores que las mujeres cuidadoras participantes.
2. El coeficiente de correlación entre las variables meses cuidando y edad es positivo y significativo ($r = .20$; $p < .01$). Es decir, los cuidadores que más tiempo llevan dedicados al cuidado de su familiar enfermo, son los cuidadores de más edad.

3. La variable horas al día cuidando presenta una correlación positiva y significativa con las variables edad ($r = .45$; $p < .001$) y meses cuidando ($r = .18$; $p < .05$). Esto es indicativo de que los cuidadores que dedican más horas al día al cuidado del enfermo, son cuidadores más mayores y también llevan más tiempo cuidando del enfermo.

4. Por último, la variable fase de la enfermedad se relaciona positiva y significativamente con las variables meses cuidando ($r = .60$; $p < .001$) y horas al día de cuidado ($r = .31$; $p < .001$). Es decir, que los enfermos más avanzados en la enfermedad, llevan más tiempo recibiendo los cuidados por parte de sus cuidadores, y además los cuidadores dedican más horas al día al cuidado del enfermo.

3.4.2. Análisis correlacionales entre las variables dependientes

A continuación se muestra la matriz de correlaciones entre las variables dependientes salud física, afrontamiento activo, afrontamiento evitativo, sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental, calidad de vida, beneficios, optimismo, humor, felicidad, satisfacción con la vida y resiliencia.

En la página siguiente, **Tabla 3.15.**, se muestra la matriz de correlaciones entre las variables dependientes.

Tabla 3.15. Correlaciones entre las variables dependientes (N = 140).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Salud física	1													
2. Afrontamiento activo	-.13	1												
3. Afrontamiento evitativo	-.21**	.44***	1											
4. Sobrecarga	-.33***	.33***	.38***	1										
1. Apoyo confidencial	.23***	-.06	-.23**	-.33***	1									
2. Apoyo afectivo	.18*	-.08	-.17*	-.38***	.77***	1								
7. Mala salud mental	-.40***	.15	.35***	.55***	-.33***	-.36***	1							
8. Calidad de vida	.36***	-.17*	-.27*	-.52***	.34***	.38***	-.62***	1						
9. Beneficios	-.02	.25**	.12	-.24**	.07	.13	-.28***	.24**	1					
10. Optimismo	.07	-.12	-.20*	-.29***	.36***	.37***	-.44***	.36***	-.04	1				
11. Humor	.09	.22**	-.10	-.16	.15	.13*	-.34***	.30***	.28***	.39***	1			
12. Felicidad	.32***	-.12	-.26**	-.45***	.46***	.50***	-.60***	.54***	.13	.60***	.29***	1		
13. Satisfacción vida	.41***	-.01	-.18*	-.46***	.53***	.55***	-.51***	.44***	.20*	.41***	.24**	.55***	1	
14. Resiliencia	.30***	.06	-.18*	-.37***	.29***	.29***	-.51***	.36***	.23**	.45***	.41***	.49***	.44***	1

Nivel de significación: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

A continuación se exponen los resultados de la **Tabla 3.15.**:

1. La variable afrontamiento evitativo, presenta una covariación inversa y significativa con salud física ($r = -.21$; $p < .01$), en cambio con el afrontamiento activo la covariación es positiva y significativa ($r = .44$; $p < .001$). Los cuidadores que recurren más al uso del afrontamiento evitativo, tienen peor salud física y recurren más al afrontamiento activo.
2. Respecto a la sobrecarga percibida, ésta correlaciona inversamente con la variable salud física ($r = -.33$; $p < .001$), y lo hace de forma positiva y significativa con la variable afrontamiento activo ($r = .33$; $p < .001$) y con la variable afrontamiento evitativo ($r = .38$; $p < .001$). Esto nos indica que, los cuidadores más sobrecargados, presentan peor salud física, así como también mayor uso de afrontamiento tanto activo como evitativo.
3. El apoyo social (confidencial o afectivo), correlaciona de manera inversa y significativa con afrontamiento evitativo ($r = -.23$; $p < .01$ y $r = .17$; $p < .05$) respectivamente y sobrecarga ($r = -.33$; $p < .001$ y $r = -.38$; $p < .001$ respectivamente), si bien se asocia positiva y significativamente a salud física ($r = .23$; $p < .01$ y $r = .28$; $p < .01$ respectivamente). Es decir, los cuidadores que cuentan con más apoyo social (apoyo confidencial y afectivo), perciben tener mejor salud física, utilizan menos el afrontamiento evitativo y presentan menos sobrecarga. Asimismo, apoyo confidencial y afectivo, presentan una correlación altamente significativa entre ellas ($r = .77$; $p < .001$) lo que indica que cuando hay apoyo social, tienden a darse ambos tipos de apoyo, tanto confidencial como afectivo.
4. La variable mala salud mental presenta un patrón de covariación inverso y significativo con las variables salud física ($r = -.40$; $p < .001$), apoyo confidencial ($r = -.33$; $p < .001$) y apoyo afectivo ($r = -.36$; $p < .001$). Por el contrario la variable mala salud mental covaría positiva y significativamente con afrontamiento evitativo ($r = .35$; $p < .001$) y sobrecarga ($r = .55$; $p < .001$). Las correlaciones entre estas variables nos indican que los cuidadores que presentan peor salud mental,

perciben tener peor salud física, y cuentan con menos apoyo tanto confidencial como afectivo. Por otro lado, también recurren en mayor medida al uso del afrontamiento evitativo y están más sobrecargados.

5. Respecto a la variable calidad de vida, presenta una correlación positiva y significativa con las variables salud física .36 ($p < .001$), apoyo confidencial .34 ($p < .001$) y apoyo afectivo .38 ($p < .001$). No obstante la variable calidad de vida presenta correlaciones inversas y significativas con las variables afrontamiento activo ($r = -.17$; $p < .05$), afrontamiento evitativo ($r = -.27$; $p < .05$), sobrecarga ($r = -.52$; $p < .001$) y mala salud mental ($r = -.62$; $p < .001$). Es decir, aquellos cuidadores familiares con altas puntuaciones en calidad de vida, tienen mejor salud física, cuentan con más apoyo confidencial y afectivo, utilizan menos el afrontamiento activo y el evitativo, tienen menos sobrecarga y mejor salud mental.
6. La variable beneficios, por un lado correlaciona positiva y significativamente con las variables afrontamiento activo ($r = .25$; $p < .01$) y calidad de vida ($r = .24$; $p < .01$). Por otro lado, correlaciona de manera inversa y significativa con las variables sobrecarga ($r = -.24$; $p < .01$) y mala salud mental ($r = -.28$; $p < .001$). Observamos que los cuidadores familiares que perciben más beneficios asociados al cuidado, recurren en mayor medida al uso del afrontamiento activo, tienen mejor calidad de vida, presentan menos sobrecarga subjetiva y mejor salud mental.
7. En cuanto a la variable optimismo, ésta alcanza niveles de significación estadística de manera inversa con las variables afrontamiento evitativo ($r = -.20$; $p < .05$), sobrecarga ($r = -.29$; $p < .001$) y mala salud mental ($r = -.44$; $p < .001$), y de manera positiva con las variables apoyo confidencial ($r = .36$; $p < .001$), apoyo afectivo ($r = .37$; $p < .001$) y calidad de vida ($r = .36$; $p < .001$). Esto nos indica que los cuidadores más optimistas, utilizan menos el afrontamiento evitativo, presentan menos sobrecarga, tienen mejor salud mental, cuentan con más apoyo confidencial y afectivo percibido, y tienen también mejor calidad de vida.

8. Respecto al sentido del humor, vemos que correlaciona positiva y significativamente con las variables afrontamiento activo ($r = .22$; $p < .01$), apoyo afectivo ($r = .13$; $p < .05$), calidad de vida ($r = .30$; $p < .001$), beneficios ($r = .28$; $p < .001$) y optimismo ($r = .39$; $p < .001$). La variable humor también correlaciona inversamente y de manera significativa con mala salud mental ($r = -.34$; $p < .001$). Es decir, que los cuidadores con mayor sentido del humor, recurren más al uso del afrontamiento activo, cuentan con más apoyo afectivo, tienen mejor calidad de vida, perciben más beneficios de su tarea como cuidadores, son más optimistas y tienen mejor salud mental.
9. Como podemos ver, la variable felicidad muestra un coeficiente de correlación positivo y significativo con salud física ($r = .32$; $p < .001$), apoyo confidencial ($r = .46$; $p < .001$), apoyo afectivo ($r = .50$; $p < .001$), calidad de vida ($r = .54$; $p < .001$), optimismo ($r = .60$; $p < .001$) y humor ($r = .29$; $p < .001$). Por otro lado la variable felicidad se correlaciona de forma inversa y significativa con afrontamiento evitativo ($r = -.26$; $p < .01$), sobrecarga ($r = -.45$; $p < .001$) y con mala salud mental ($r = -.60$; $p < .001$). Estos datos son indicativos de que los cuidadores que se sienten más felices, presentan mejor salud física, cuentan con más apoyo confidencial y afectivo, tienen mejor calidad de vida, son más optimistas, tienen más sentido del humor, utilizan menos el afrontamiento evitativo, presentan menos sobrecarga y tienen mejor salud mental.
10. Respecto a la satisfacción con la vida, alcanza niveles estadísticamente significativos con todas las variables a excepción de la variable afrontamiento activo. La variable satisfacción con la vida correlaciona positiva y significativamente con las siguientes variables: salud física ($r = .41$; $p < .001$), apoyo confidencial ($r = .53$; $p < .001$), apoyo afectivo ($r = .55$; $p < .001$), calidad de vida ($r = .44$; $p < .001$), beneficios ($r = .20$; $p < .05$), optimismo ($r = .41$; $p < .001$), humor ($r = .24$; $p < .01$) y felicidad ($r = .55$; $p < .001$). La satisfacción con la vida, también correlaciona inversa y significativamente con: afrontamiento evitativo ($r = -.18$; $p < .05$),

sobrecarga ($r = -.46$; $p < .001$) y mala salud mental ($r = -.51$; $p < .001$). Estos resultados nos informan de que los cuidadores que están más satisfechos con la vida, perciben tener mejor salud física, cuentan con más apoyo confidencial y afectivo, tienen mejor calidad de vida, perciben más beneficios derivados del cuidado, son más optimistas, tienen mayor sentido del humor, son más felices, recurren menos a la utilización del afrontamiento evitativo, están menos sobrecargados y tienen mejor salud mental.

11. Por último, en cuanto a la variable resiliencia, al igual que ocurría con la variable (satisfacción con la vida), alcanza niveles significativos con todas las variables a excepción de la variable afrontamiento activo. La variable resiliencia presenta un patrón de covariación positivo y significativo con las variables, salud física ($r = .30$; $p < .001$), apoyo confidencial ($r = .29$; $p < .001$), apoyo afectivo ($r = .29$; $p < .001$), calidad de vida ($r = .36$; $p < .001$), beneficios ($r = .23$; $p < .01$), optimismo ($r = .45$; $p < .001$), humor ($r = .41$; $p < .001$), felicidad ($r = .49$; $p < .001$) y satisfacción vital ($r = .44$; $p < .001$). Por otro lado, correlaciona inversamente alcanzando niveles significativos, con afrontamiento evitativo ($r = -.18$; $p < .05$), sobrecarga ($r = -.37$; $p < .001$) y mala salud mental ($r = -.51$; $p < .001$). Estos resultados nos indican que los cuidadores más resilientes, tienen mejor salud física, cuentan con mayor apoyo confidencial y afectivo, tienen mejor calidad de vida, perciben más beneficios de su tarea como cuidadores, son más optimistas, tienen mayor sentido del humor, se sienten más felices, están más satisfechos con la vida, utilizan menos el afrontamiento evitativo, presentan menos sobrecarga subjetiva y mejor salud mental.

3.4.3. Análisis correlacionales entre las variables dependientes y las variables independientes

Seguidamente se presenta la matriz de correlaciones entre las variables dependientes salud física, afrontamiento activo, afrontamiento evitativo,

sobrecarga, apoyo confidencial, apoyo afectivo, mala salud mental, calidad de vida, beneficios, optimismo, humor, felicidad, satisfacción con la vida y resiliencia, y las variables independientes género, edad, meses cuidando, horas al día dedicadas al cuidado y fase de la enfermedad en la que se encuentra el enfermo que recibe los cuidados.

Tabla 3.16. Correlaciones entre las variables dependientes y las variables independientes (N = 140).

	Género	Edad	Meses cuidando	Horas/día cuidando	Fase
Salud física	.13	-.35***	-.19*	-.32***	-.22**
Afrontamiento activo	-.03	-.05	.06	.15	.10
Afrontamiento evitativo	-.01	.02	.09	.08	.13
Sobrecarga	-.07	.21**	.03	.25**	.05
Apoyo confidencial	-.16	-.26**	-.02	-.31***	-.19*
Apoyo afectivo	.05	-.17*	.09	-.16*	-.12
Mala salud mental	-.18*	.27***	.14	.23**	.05
Calidad de vida	.09	-.23**	.03	-.23**	-.02
Beneficios	.13	-.05	.14	.12	.20*
Optimismo	.12	-.12	.01	-.21**	-.07
Humor	.08	-.18**	.01	-.03	.07
Felicidad	.15	-.16	.02	.15	-.03
Satisfacción con la vida	.04	-.20*	-.02	-.26**	-.18*
Resiliencia	.19*	.12	.21**	-.02	.16

Nivel de significación: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

A partir de la **Tabla 3.16.**, se pueden extraer los siguientes resultados:

1. Como podemos observar, la variable salud física presenta una correlación inversa y significativa con las variables edad ($r = -.35$; $p < .001$), meses cuidando ($r = -.19$; $p < .05$), horas al día cuidando ($r = -.32$; $p < .001$) y fase de la enfermedad ($r = -.22$; $p < .01$). Esto nos

indica que los cuidadores con mejor salud física, son los cuidadores más jóvenes, los que llevan menos tiempo cuidando, los que dedican menos horas al día al cuidado, así como también los cuidadores de enfermos en fases menos avanzadas de la enfermedad.

2. La variable sobrecarga, presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa con las variables edad ($r = .21$; $p < .01$) y horas al día cuidando ($r = .25$; $p < .01$). Es decir, presentan mayor sobrecarga, los cuidadores de mayor edad y los que dedican más horas al día al cuidado de su familiar enfermo.
3. La variable apoyo confidencial, correlaciona de manera inversa y significativa con las variables edad ($r = -.26$; $p < .01$), horas al día cuidando ($r = -.31$; $p < .001$) y fase de la enfermedad del familiar ($r = -.19$; $p < .05$). Indicativo de que cuentan con más apoyo confidencial los cuidadores más jóvenes, los que dedican menos horas al día al cuidado y los cuidadores cuyo enfermo se encuentra en fases iniciales de la enfermedad.
4. Respecto al apoyo afectivo, de modo similar al apoyo confidencial, presenta una correlación inversa y significativa con las variables edad ($r = -.17$; $p < .05$) y horas al día cuidando ($r = -.16$; $p < .05$). Es decir, los cuidadores con más apoyo afectivo, son los cuidadores más jóvenes y los que dedican menos horas al día al cuidado.
5. En cuanto a la variable mala salud mental, podemos observar como correlaciona de manera inversa y significativa con la variable género ($r = -.18$; $p < .05$) y de forma positiva y significativa con las variables edad ($r = .27$; $p < .001$) y horas al día de cuidado ($r = .23$; $p < .01$). Estos resultados, nos indican que los cuidadores que tienen peor salud mental son las mujeres, los cuidadores más mayores, así como también aquellos que más horas al día dedican al cuidado.

6. La variable calidad de vida, presenta un patrón de covariación inverso y significativo con las variables edad ($r = -.23$; $p < .01$) y horas al día dedicadas al cuidado ($r = -.23$; $p < .01$). Es decir, tienen mejor calidad de vida, los cuidadores más jóvenes y los que menos horas al día dedican al cuidado del enfermo.
7. La variable beneficios presenta un coeficiente de correlación positivo y significativo con la variable fase de la enfermedad ($r = .20$; $p < .05$). Por tanto, obtienen más beneficios asociados al cuidado, los cuidadores familiares de enfermos en fases más avanzadas.
8. Las variables optimismo y horas al día de cuidado, correlacionan de manera inversa y significativa ($r = -.21$; $p < .01$). Es decir, los cuidadores más optimistas, son los que dedican menos horas al día al cuidado del enfermo.
9. Respecto a la variable humor, presenta una relación inversa y estadísticamente significativa con la variable edad ($r = -.18$; $p < .01$). La relación entre ambas variables, nos indica que los cuidadores que tienen más sentido del humor son los cuidadores más jóvenes.
10. La variable satisfacción con la vida, presenta un patrón de covariación inverso y significativo con las siguientes variables: edad ($r = -.20$; $p < .05$), horas ($r = -.26$; $p < .01$) y fase ($r = -.18$; $p < .05$). Estos resultados nos indican que están más satisfechos con la vida, los cuidadores más jóvenes, los que menos horas al día dedican al cuidado, y los cuidadores de enfermos en fases iniciales de la enfermedad.
11. Finalmente, la variable resiliencia, correlaciona de manera positiva y significativa con las variables género ($r = .19$; $p < .05$) y meses de cuidado ($r = .21$; $p < .01$). Este patrón de correlación nos indica que son más resilientes los hombres que las mujeres, y aquellos cuidadores que llevan más tiempo dedicados al cuidado del enfermo.

3.5. Análisis de mediación

3.5.1. El papel mediador del optimismo entre las horas al día cuidando y la sobrecarga

A continuación se presenta la influencia que ejerce la variable optimismo cuando media entre las variables horas al día cuidando (variable independiente) y sobrecarga (variable dependiente).

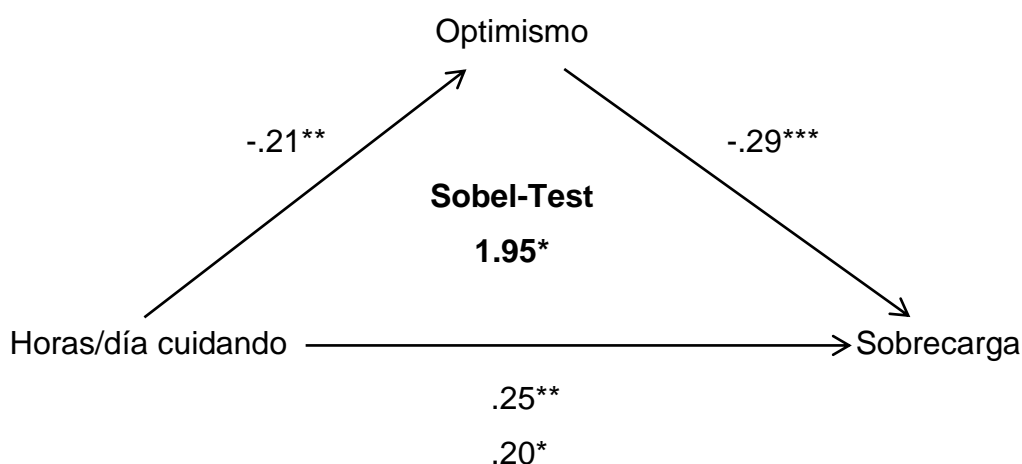


Figura 3.1. Mediación de optimismo entre horas al día cuidando y sobrecarga.

Como se puede observar en la **Figura 3.1.**, existe una correlación positiva y significativa entre el número de horas al día que los cuidadores dedican al cuidado del enfermo y el nivel de sobrecarga que experimentan ($r = .25$; $p < .01$). Es decir, que a mayor número de horas al día dedicadas al cuidado, mayor sobrecarga presentan los cuidadores. Cuando la variable optimismo media entre ambas variables, la significación desciende un nivel de significación y pasa a tener $r = .20$ ($p < .05$), apreciándose una mediación parcial. Por lo tanto, la variable optimismo reduce la sobrecarga experimentada por los cuidadores (Sobel-test = 1.95, significativo $p < .05$) debida a las horas al día dedicadas al cuidado del enfermo. Los más optimistas percibirían menos sobrecarga aun con muchas horas al día cuidando. Pero claramente, necesitaríamos que intervinieran más variables para que la reducción de la sobrecarga bajara significativamente.

3.5.2. El papel mediador de la satisfacción con la vida entre las horas al día cuidando y la sobrecarga

Seguidamente se muestra el papel desempeñado por la variable satisfacción con la vida cuando media entre las variables horas al día cuidando (variable independiente) y sobrecarga (variable dependiente).

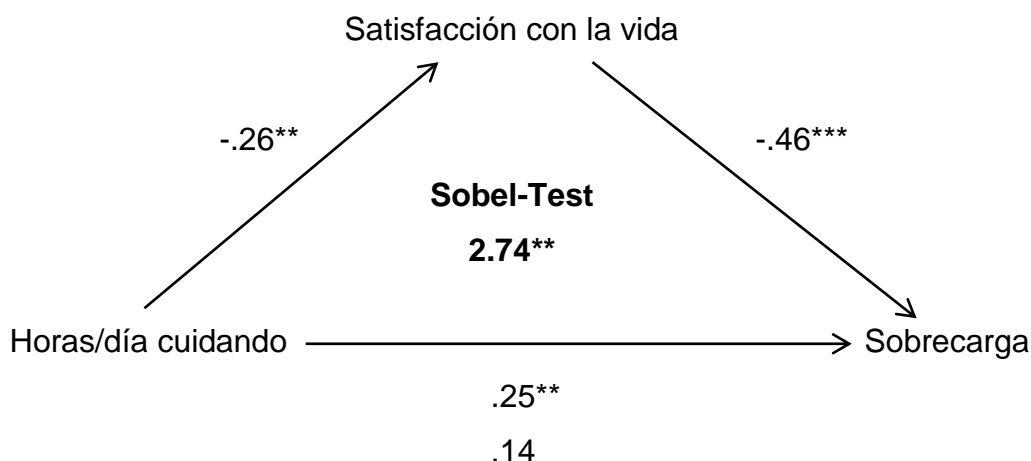


Figura 3.2. Mediación de satisfacción con la vida entre horas al día cuidando y sobrecarga.

Tal y como se aprecia en la **Figura 3.2.**, la correlación entre las variables horas al día de cuidado y sobrecarga, es positiva y significativa ($r = .25$; $p < .01$). Es decir, que cuantas más horas al día dedican los cuidadores al cuidado del enfermo, mayor sobrecarga presentan. Cuando la variable satisfacción con la vida media entre las dos variables, hace que la correlación entre las variables horas y sobrecarga no alcance niveles significativos: $r = .14$, apreciándose un efecto de mediación completa. Por lo tanto, la variable satisfacción con la vida reduce significativamente el nivel de sobrecarga subjetiva que sienten los cuidadores (Sobel-test= 2.74, significativo $p < .01$) debida a las horas al día que dedican al cuidado.

3.5.3. El papel mediador de la calidad de vida entre las horas al día cuidando y la sobrecarga

A continuación se presenta la influencia que ejerce la variable calidad de vida cuando se presenta como variable mediadora entre las variables horas al día cuidando (variable independiente) y sobrecarga (variable dependiente).

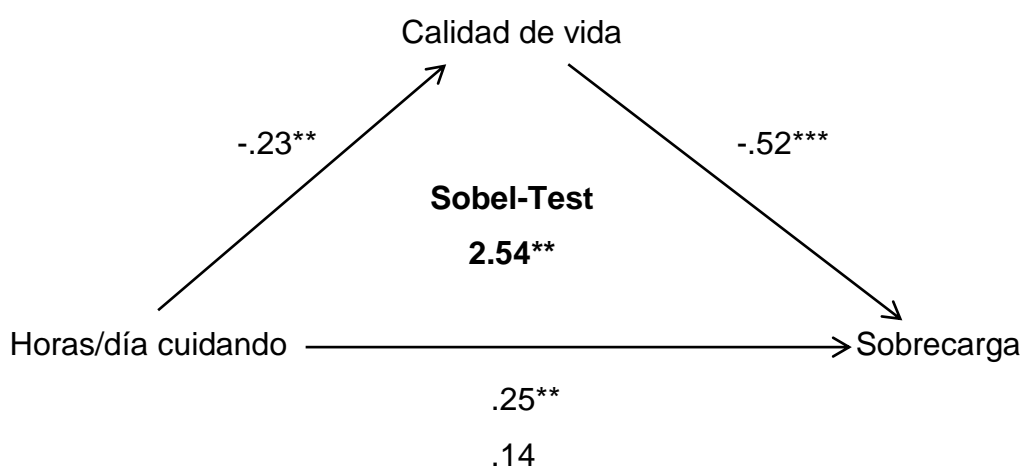


Figura 3.3. Mediación de calidad de vida entre horas al día cuidando y sobrecarga.

En la **Figura 3.3.**, se observa que la correlación entre las horas diarias de cuidado al enfermo y la sobrecarga experimentada por los cuidadores, es estadísticamente significativa ($r = .25$; $p < .01$), indicativo de que a más horas diarias de cuidado, más sobrecarga. No obstante cuando entre ambas variables, media la variable calidad de vida, la relación entre la variable independiente (horas) y la variable dependiente (sobrecarga) hace que la correlación entre las variables horas y sobrecarga deja de ser estadísticamente significativa: $r = .14$, apreciándose un efecto de mediación completa. La variable calidad de vida reduce significativamente la sobrecarga experimentada por los cuidadores (Sobel-test = 2.54, significativo $p < .01$) debida a las horas al día dedicadas al cuidado.

3.5.4. El papel medidor del apoyo social entre las horas al día cuidando y la sobrecarga

A continuación se muestra la influencia que ejerce la variable apoyo social total (tomando la suma de las variables apoyo social confidencial y apoyo social afectivo) como variable mediadora entre las variables horas al día cuidando (variable independiente) y sobrecarga (variable dependiente).

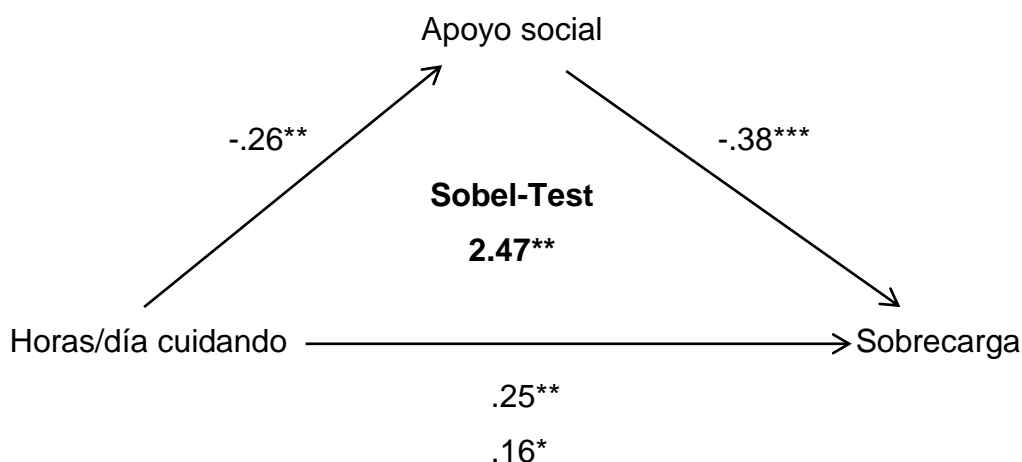


Figura 3.4. Mediación de apoyo social entre horas al día cuidando y sobrecarga.

Tal y como se puede apreciar en la **Figura 3.4.**, existe una relación positiva y significativa entre el número de horas al día cuidando del enfermo y la sobrecarga percibida por los cuidadores. A más horas al día cuidando del enfermo más sobrecargados se sienten los cuidadores, la correlación entre ambas variables es positiva y significativa $.25$ ($p < .01$). Cuando la variable apoyo social media entre las dos variables, la significación desciende un nivel $.16$ ($p < .05$), apreciándose una mediación parcial. Es decir, la variable apoyo social reduce el grado de sobrecarga subjetiva que sienten los cuidadores (Sobel-test = 2.47, significativo $p < .01$) debida a las horas al día que dedican al cuidado. Por lo tanto, los cuidadores que cuentan con más apoyo social se sienten menos sobrecargados, aunque dediquen muchas horas al día a cuidar del enfermo. No obstante, precisaríamos de la intervención de más variables para que la disminución de la sobrecarga fuese significativa.

Básicamente, nos encontraríamos con un esquema mediador entre horas al día cuidando y sobrecarga, donde tienen un papel las variables: optimismo, satisfacción con la vida, calidad de vida y apoyo social. Véase **Figura 3.5.**

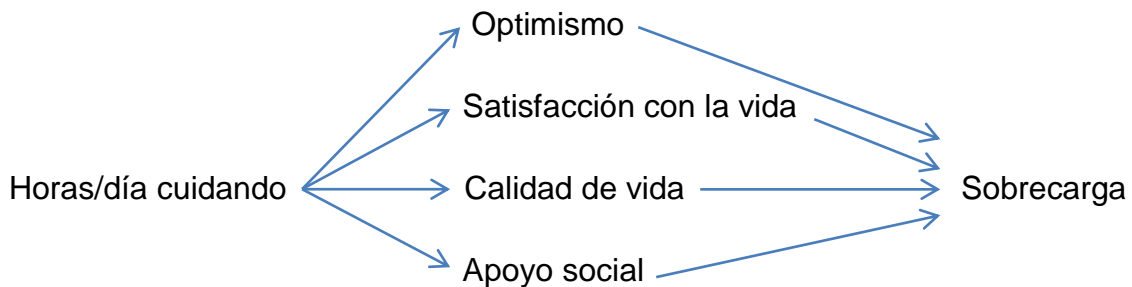


Figura 3.5. Mediación de optimismo, satisfacción con la vida, calidad de vida y apoyo social entre horas al día cuidando y sobrecarga.

3.5.5. El papel mediador de la sobrecarga entre las horas al día cuidando y la mala salud mental

Seguidamente se presenta el papel desempeñado por la variable sobrecarga cuando media entre las variables horas al día cuidando (variable independiente) y mala salud mental (variable dependiente).

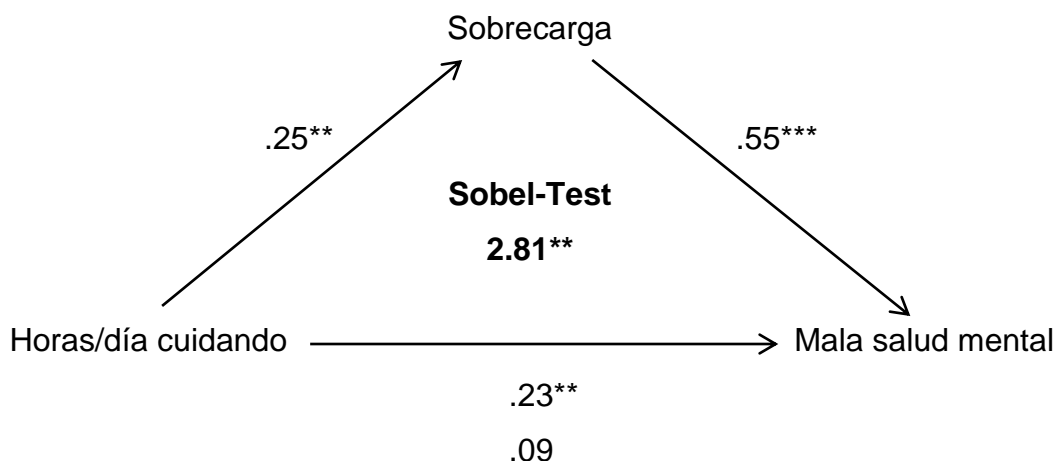


Figura 3.6. Mediación de sobrecarga entre horas al día cuidando y mala salud mental.

En la **Figura 3.6.**, se puede ver que la correlación entre las horas al día dedicadas al día cuidando y la salud mental de los cuidadores, es positiva y

significativa ($r = .23$; $p < .01$). Los cuidadores que dedican un mayor número de horas al cuidado del enfermo presentan peor salud mental. Pese a ello, cuando entre ambas variables, media la variable sobrecarga, la relación entre la variable horas al día cuidando y la variable mala salud mental deja de ser significativa: $r = .09$, apreciándose un efecto de mediación completa. La variable sobrecarga reduce significativamente la mala salud mental de los cuidadores (Sobel-test= 2.81, significativo $p < .01$) debida a las horas diarias que dedican al cuidado. En consecuencia, según nos indica dicho análisis, los cuidadores que se sienten más sobrecargados, presentan peor salud mental, independientemente del número de horas al día que dediquen al cuidado del enfermo.

3.5.6. El papel mediador del apoyo social entre las horas al día cuidando y la mala salud mental

Seguidamente se muestra el papel que desempeña la variable apoyo social cuando media entre las variables horas al día cuidando (variable independiente) y mala salud mental (variable dependiente).

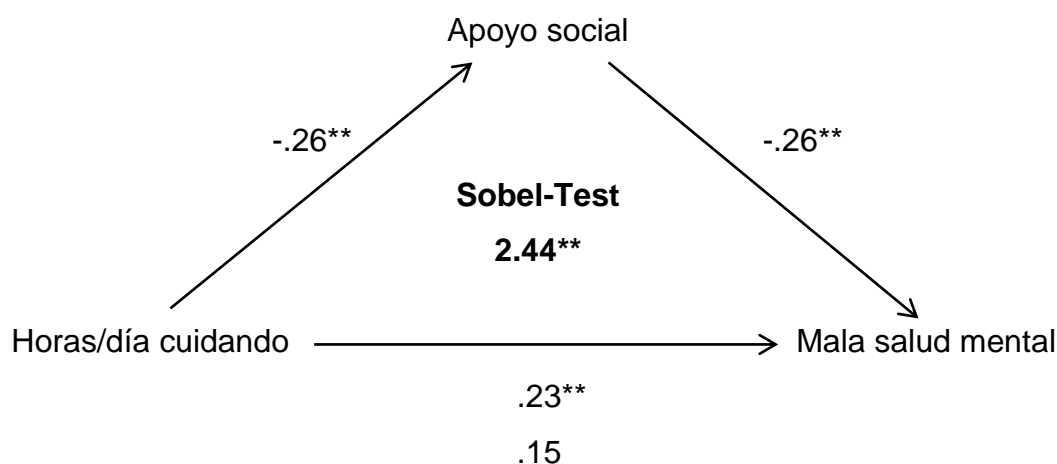


Figura 3.7. Mediación de apoyo social entre horas al día cuidando y mala salud mental.

Como se puede observar en la en la **Figura 3.7.**, la relación entre las horas diarias dedicadas al cuidado y la salud mental de los cuidadores, es significativa ($r = .23$; $p < .01$). Nos indica que los cuidadores que dedican más

horas al cuidado del enfermo presentan peor salud mental. Cuando entre ambas variables, media la variable apoyo social, la relación entre la variable horas al día dedicadas al cuidado y la variable mala salud mental deja de ser significativa: $r = .15$, apreciándose un efecto de mediación completa. La variable apoyo social reduce significativamente la mala salud mental de los cuidadores (Sobel-test= 2.44, significativo $p < .01$) debida a las horas diarias que dedican al cuidado. Por lo tanto los cuidadores que cuentan con más apoyo social, tienen mejor salud mental aunque dediquen muchas horas al día a cuidar al enfermo.

3.5.7. El papel mediador del optimismo entre las horas al día cuidando y la mala salud mental

A continuación se presenta el papel desempeñado por la variable optimismo cuando media entre las variables horas al día cuidando (variable independiente) y mala salud mental (variable dependiente).

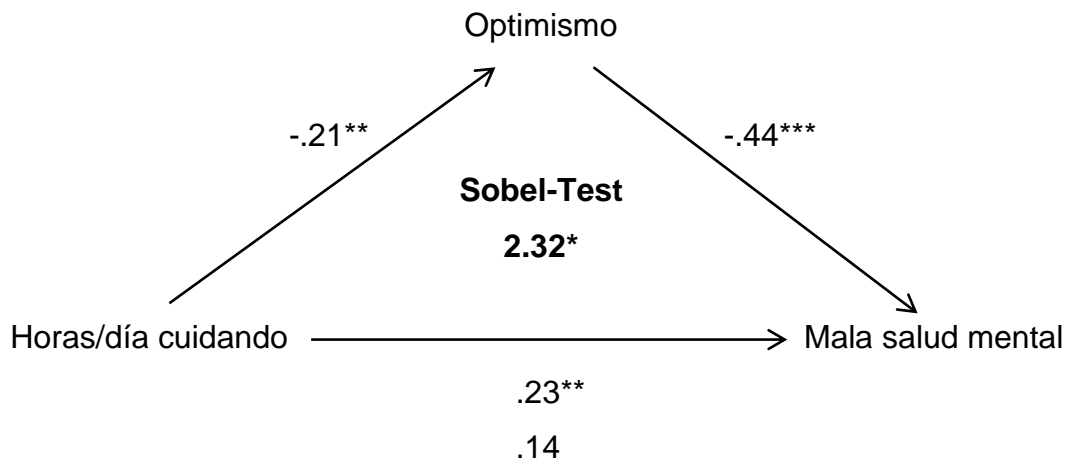


Figura 3.8. Mediación de optimismo entre horas al día cuidando y mala salud mental.

En la **Figura 3.8.**, se muestra como la correlación entre las variables horas al día cuidando y mala salud mental de los cuidadores, es positiva y estadísticamente significativa ($r = .23$; $p < .01$). Esto es indicativo de que aquellos cuidadores que dedican más horas al cuidado diario del enfermo presentan peor salud mental. No obstante, cuando entre ambas variables (horas al día cuidando y mala salud mental) media la variable optimismo, la

relación entre la variable horas al día dedicadas al cuidado y la variable mala salud mental deja de ser significativa: $r = .14$, apreciándose un efecto de mediación completa. La variable optimismo reduce significativamente la mala salud mental de los cuidadores (Sobel-test= 2.32, significativo $p < .05$) debida a las horas al día dedicadas al cuidado del enfermo. En consecuencia, los cuidadores más optimistas, tienen mejor salud mental aunque dediquen muchas horas al día al cuidado del enfermo.

La figura que sigue, sintetiza el papel mediador de la sobrecarga, el apoyo social y el optimismo entre las variables horas al día de cuidado y mala salud mental (**Figura 3.9.**).

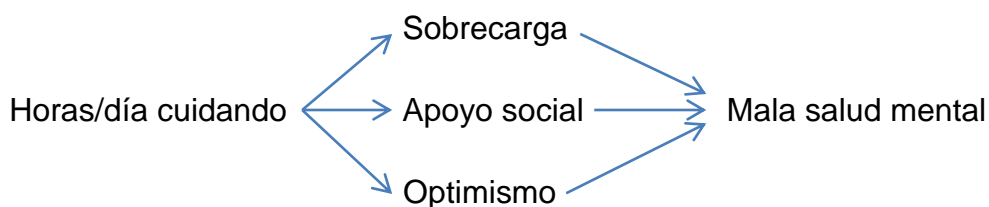


Figura 3.9. Mediación de sobrecarga, apoyo social y optimismo entre horas al día cuidando y mala salud mental.

3.5.8. El papel mediador de la felicidad entre la sobrecarga y la salud física

En la página siguiente se muestra el papel desempeñado por la variable felicidad cuando media entre las variables sobrecarga (variable independiente) y salud física (variable dependiente).

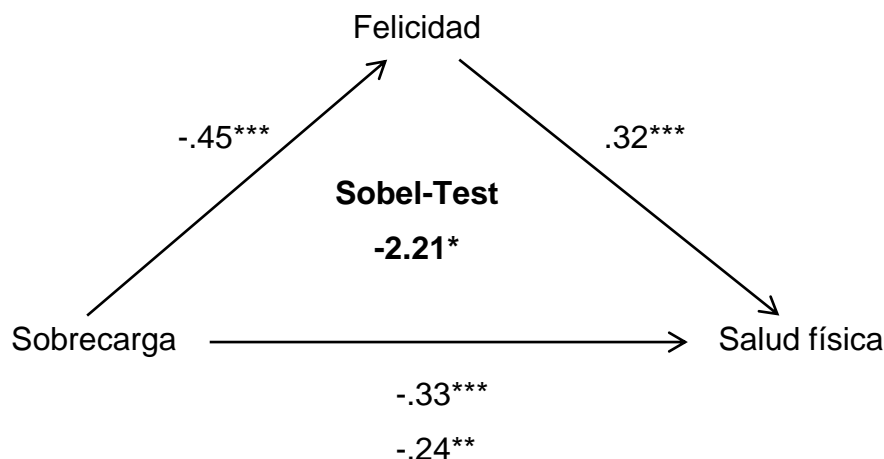


Figura 3.10. Mediación de felicidad entre sobrecarga y salud física.

Como se puede apreciar en la **Figura 3.10.**, las variables sobrecarga y salud física, covarían de manera inversa y significativa $-.33$ ($p < .001$). Es decir, los cuidadores más sobrecargados, perciben tener peor salud física. Cuando la variable felicidad media entre las variables sobrecarga y salud física, la significación desciende un nivel $-.24$ ($p < .01$), apreciándose una mediación parcial. Por lo tanto, la variable felicidad reduce la peor salud física de los cuidadores (Sobel-test = 2.21, significativo $p < .05$) debida a la sobrecarga. Esto nos indica que los cuidadores con mayor sobrecarga subjetiva tienen peor salud física, pero su salud física mejora si se sienten más felices. No obstante, deberían de intervenir más variables para que la mejora de la salud física fuese significativa.

3.5.9. El papel mediador de la satisfacción con la vida entre la sobrecarga y la salud física

Seguidamente se muestra qué papel desempeña la variable satisfacción con la vida cuando media entre las variables sobrecarga (variable independiente) y salud física (variable dependiente).

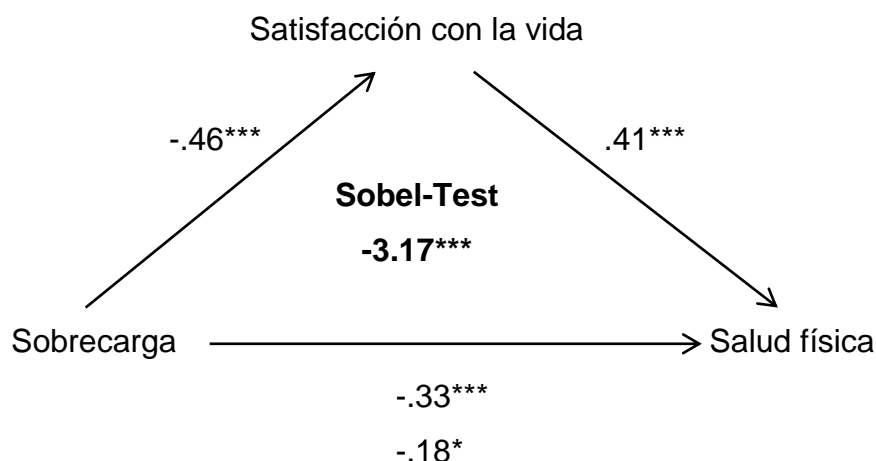


Figura 3.11. Mediación de satisfacción con la vida entre sobrecarga y salud física.

En la **Figura 3.11.**, se muestra como las variables sobrecarga y salud física, covarían de manera inversa y significativa $-.33$ ($p < .001$). Es decir, aquellos cuidadores que más sobrecargados, tienen peor salud física. Cuando la variable satisfacción con la vida media entre ambas variables, la significación desciende dos niveles: $-.18$ ($p < .05$), apreciándose una mediación parcial (casi completa). Por lo tanto, la variable satisfacción con la vida reduce la peor salud física de los cuidadores (Sobel-test = -3.17 , significativo $p < .001$) debida a la sobrecarga. Es decir, los cuidadores más sobrecargados presentan peor salud física, pero su salud física es mejor si se están más satisfechos con la vida. Pese a esto, deberían de intervenir más variables para que la mejora de la salud física fuera significativa.

3.5.10. El papel mediador de la calidad de vida entre la sobrecarga y la salud física

Finalmente, se muestra el papel desempeñado por la variable calidad de vida cuando media entre las variables sobrecarga (variable independiente) y salud física (variable dependiente).

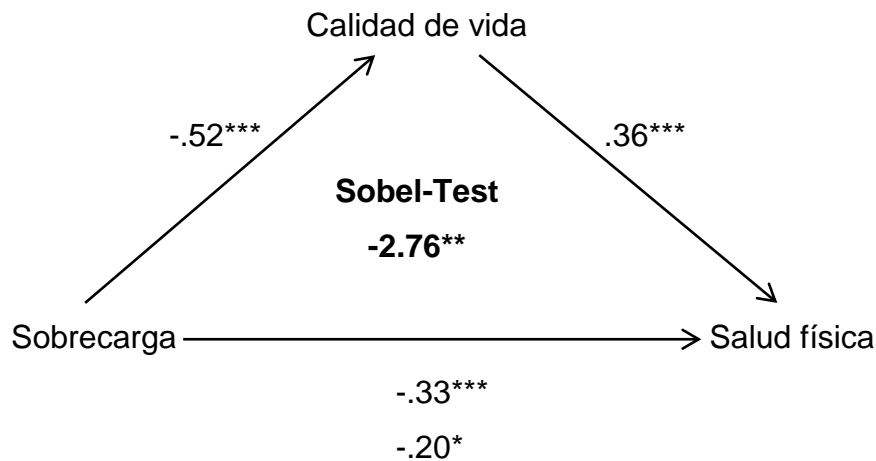


Figura 3.12. Mediación de calidad de vida entre sobrecarga y salud física.

Tal y como se puede observar en la en la **Figura 3.12.**, las variables sobrecarga y salud física, muestran una correlación inversa y significativa $-.33$ ($p < .001$), indicativo de que los cuidadores con mayor sobrecarga, tienen peor salud física. No obstante cuando entre ambas variables, media la variable calidad de vida, la significación desciende dos niveles: $-.20$ ($p < .05$), apreciándose una mediación parcial (casi completa). Es decir, que la variable calidad vida reduce la peor salud física de los cuidadores (Sobel-test = -2.76 , significativo $p < .01$) debida a la sobrecarga. Por tanto, los cuidadores más sobrecargados presentan peor salud física, pero su salud física mejora si tienen mejor calidad de vida. No obstante, se necesitaría la intervención de más variables para que la salud física tuviera una significativa.

La **Figura 3.13.**, muestra el esquema de mediación entre sobrecarga y salud física, mediado por felicidad, satisfacción con la vida y calidad de vida.

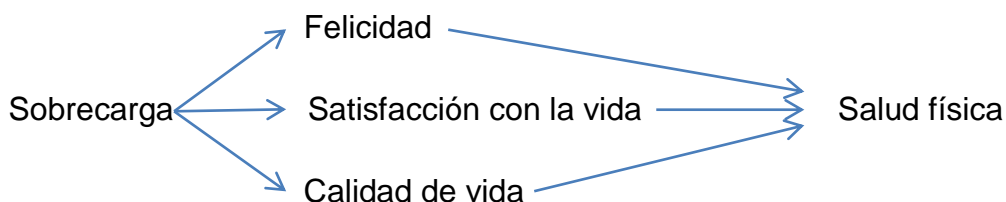


Figura 3.13. Mediación de felicidad, satisfacción con la vida y calidad de vida entre sobrecarga y salud física.

3.6. Análisis de regresión lineal múltiple

Basándonos en los resultados de los análisis de mediación, hemos ejecutado tres análisis de Regresión Múltiple paso a paso con las variables sobrecarga, salud mental y salud física respectivamente como variables dependientes, y como variables predictoras hemos introducido paso a paso aquellas variables que mostraron un papel mediador. El resultado de los tres análisis se muestra en las **Tablas 3.17., 3.18. y 3.19.**

Tabla 3.17. Regresión Múltiple paso a paso con la variable sobrecarga como variable dependiente y como variables predictoras: horas al día cuidando, optimismo, satisfacción con la vida, calidad de vida y apoyo social.

Coeficientes estandarizados Beta					
	Horas/día cuidando	Optimismo	Satisfacción con la vida	Calidad de vida	Apoyo social
Paso 1	.25**				
Paso 2	.20*	-.24**			
Paso 3	.13	-.10	-.38***		
Paso 4	.09	-.03	-.26**	-.37***	
Paso 5	.09	-.02	-.22*	-.36***	-.08

Nivel de significación: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Tal y como muestra la **Tabla 3.17.**, horas al día dedicadas al cuidado del enfermo de Alzheimer aparece como una buena y significativa variable predictora de la sobrecarga percibida por el cuidador, manteniendo dicha significación si bien pasa de $p < .01$ a $p < .05$ cuando introducimos en la regresión la variable optimismo, que también muestra su poder predictor a nivel significativo. En el paso 3 y 4 introducimos las variables satisfacción con la vida y calidad de vida, respectivamente, que producen un efecto altamente significativo, poder discriminador que mantienen también con la introducción en el paso 5 de apoyo social, la cual no resulta una buena variable predictora, pero la introducción de satisfacción con la vida y calidad de vida hace que las variables de horas al día cuidando y optimismo pierdan su poder predictor.

En resumen, horas al día cuidando y optimismo son variables predictoras hasta que introducimos las variables satisfacción con la vida y calidad de vida, éstas últimas con niveles más significativos, con apoyo social como variable no

predictora en el momento de ser introducida, con cuatro variables previas en el análisis.

Tabla 3.18. Regresión Múltiple paso a paso con la variable mala salud mental como variable dependiente y como variables predictoras: horas al día cuidando, sobrecarga, apoyo social total y optimismo.

	Coeficientes estandarizados Beta			
	Horas/día cuidando	Sobrecarga	Apoyo social total	Optimismo
Paso 1	.23**			
Paso 2	.09	.53***		
Paso 3	.07	.47***	-.17*	
Paso 4	.04	.43***	-.08	-.28***

Nivel de significación: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Cuando lo que queremos predecir es la mala salud mental, tal y como observamos en la **Tabla 3.18.**, horas al día dedicadas cuidado del enfermo resulta una buena variable predictora en solitario de la mala salud mental, ya que pierde dicho poder al entrar en el análisis la variable sobrecarga, la cual, es la única variable que mantiene niveles altamente significativos cuando en pasos sucesivos entran en el análisis las variables apoyo social y optimismo.

Tabla 3.19. Regresión Múltiple paso a paso con la variable salud física como variable dependiente y como variables predictoras: sobrecarga, felicidad, satisfacción con la vida y calidad de vida.

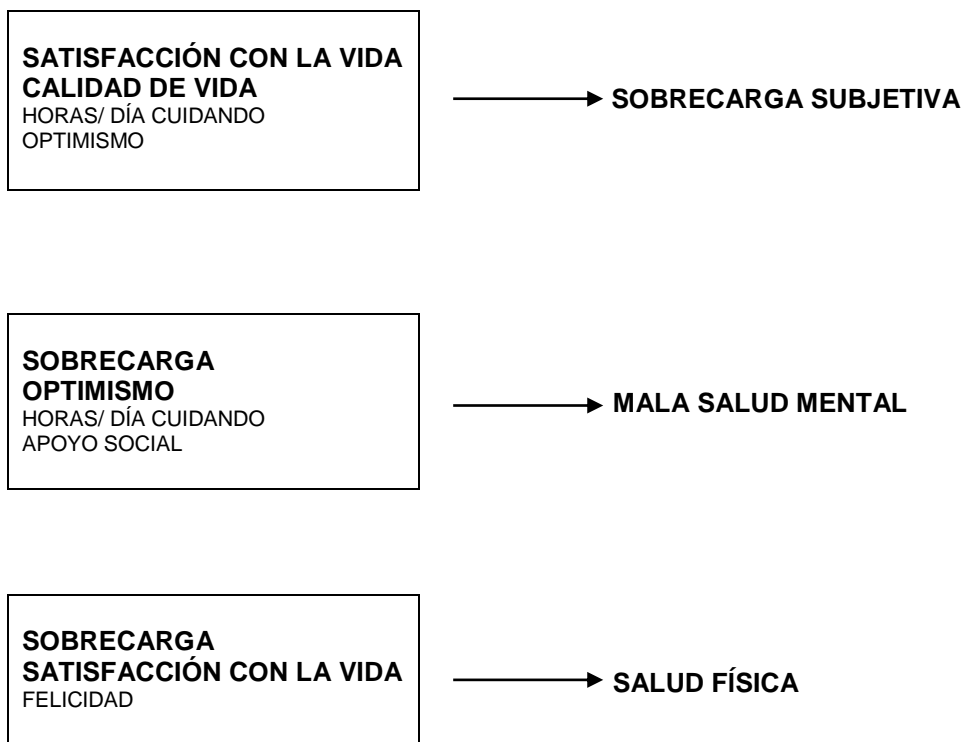
	Coeficientes estandarizados Beta			
	Sobrecarga	Felicidad	Satisfacción con la vida	Calidad de vida
Paso 1	-.33***			
Paso 2	-.24**	.21*		
Paso 3	-.16	.09	.29**	
Paso 4	-.10	.03	.27*	.17

Nivel de significación: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$.

Finalmente, para predecir la salud física, como podemos apreciar en la **Tabla 3.19.**, encontramos que sobrecarga es una variable altamente predictora, incluso con la introducción en el análisis de felicidad, pero que ambas variables pierden su poder predictor cuando introducimos satisfacción con la vida, variable ésta que si mantiene su poder predictor con la inclusión de la variable calidad de vida. Calidad de vida no ha llegado al nivel de significación mínimo para poder descartar la hipótesis nula en el análisis de regresión realizado.

En definitiva, podemos afirmar que en cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer, las mejores variables para predecir sobrecarga subjetiva son satisfacción con la vida y calidad de vida, con las variables de horas al día de cuidado y optimismo con un papel predictor menor. En la predicción de mala salud mental, de un modo claro, sobrecarga es la variable más importante en la predicción, seguida de optimismo, si bien, horas al día de cuidado y apoyo social poseen un papel menor. Y por último, en la predicción de salud física, las variables sobrecarga y satisfacción con la vida han resultado las variables más importantes, siendo en este caso la felicidad la que muestra ese papel menor.

A continuación se presenta un esquema de los resultados obtenidos en los tres análisis de Regresión Múltiple realizados paso a paso con las variables sobrecarga, salud mental y salud física como variables dependientes, y las variables predictoras que han alcanzado niveles de significación:



IV. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

4.1. Introducción

En el presente capítulo se presentan las conclusiones y la discusión. Primeramente vamos a ver a través de las tablas donde presentamos las hipótesis a ser evaluadas, cuales se confirman. Seguidamente presentaremos la discusión donde pondremos en relación dichas hipótesis confirmadas o infirmadas con aquellos resultados comentados en la introducción teórica, lo que contextualizará nuestros resultados.

Finalmente introduciremos un apartado en el que presentaremos el ámbito de aplicación de los avances de nuestra investigación, las limitaciones encontradas en nuestro estudio y para concluir unas reflexiones generales.

4.2. Conclusiones

El modo de presentar las conclusiones de los análisis diferenciales, correlacionales y mediacionales realizados en el capítulo III, será por medio de diversas tablas expuestas a partir de la siguiente página.

Tabla 4.1. Conclusiones diferenciales 1

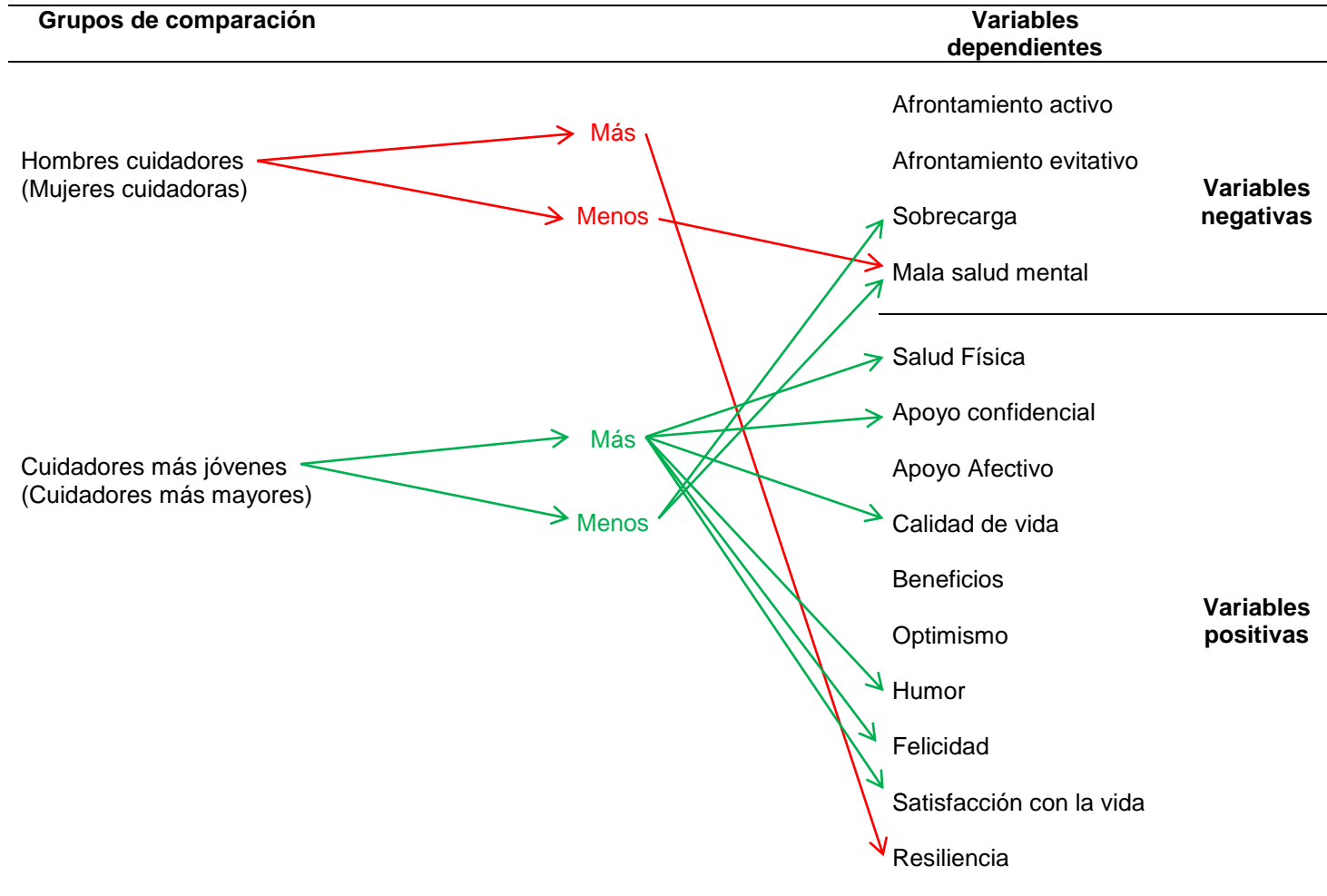


Tabla 4.2. Conclusiones diferenciales 2

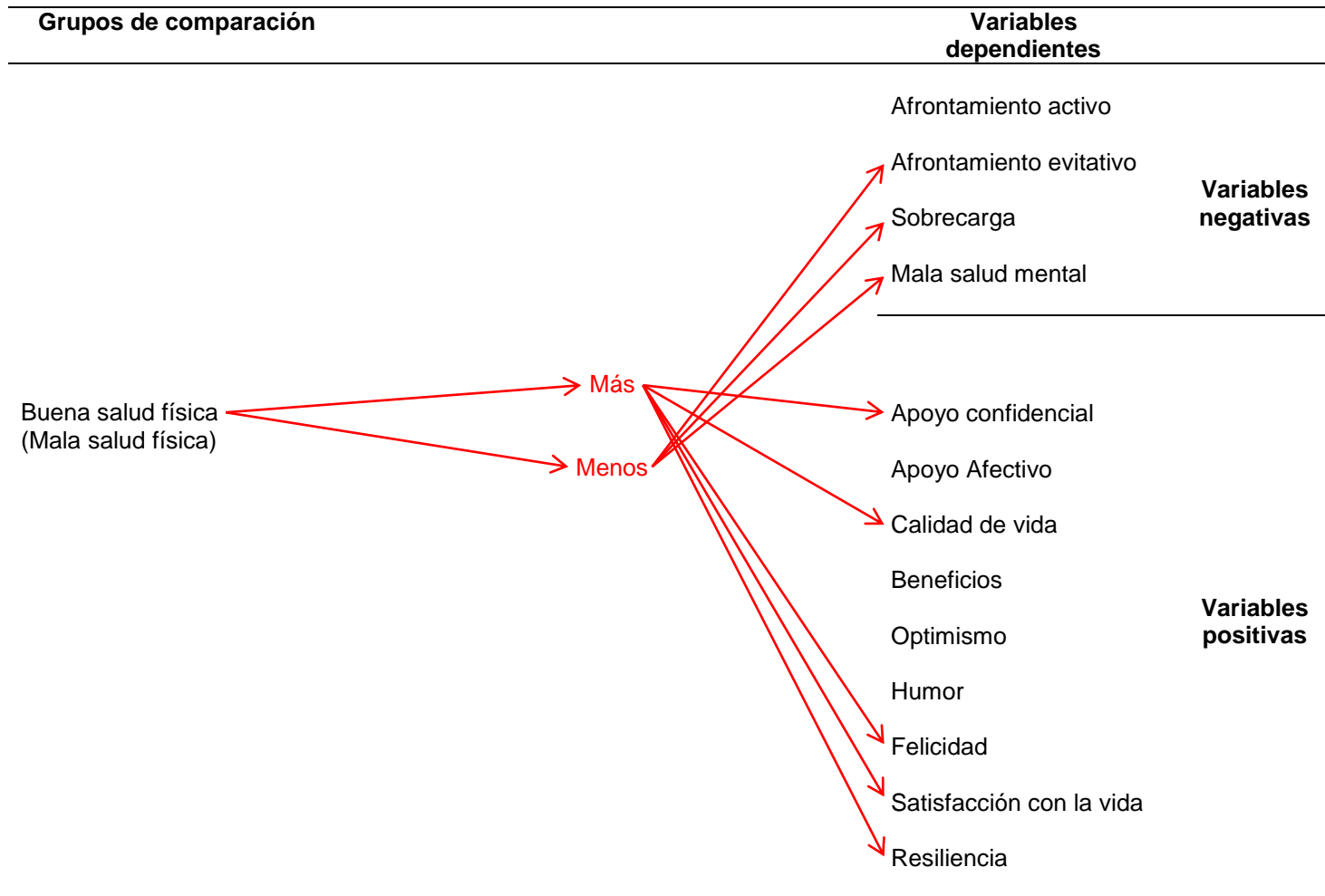


Tabla 4.3. Conclusiones diferenciales 3

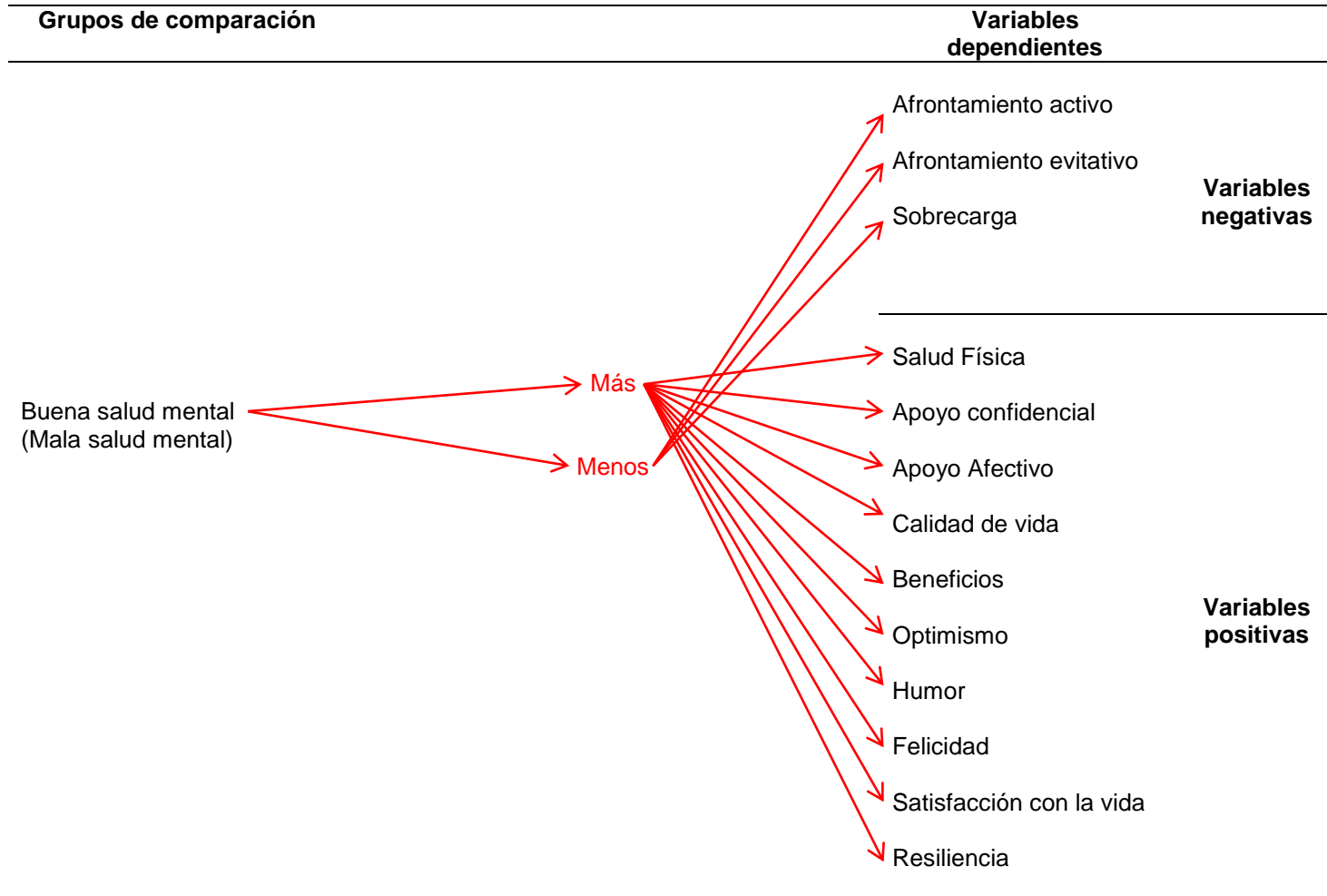


Tabla 4.4. Conclusiones diferenciales 4

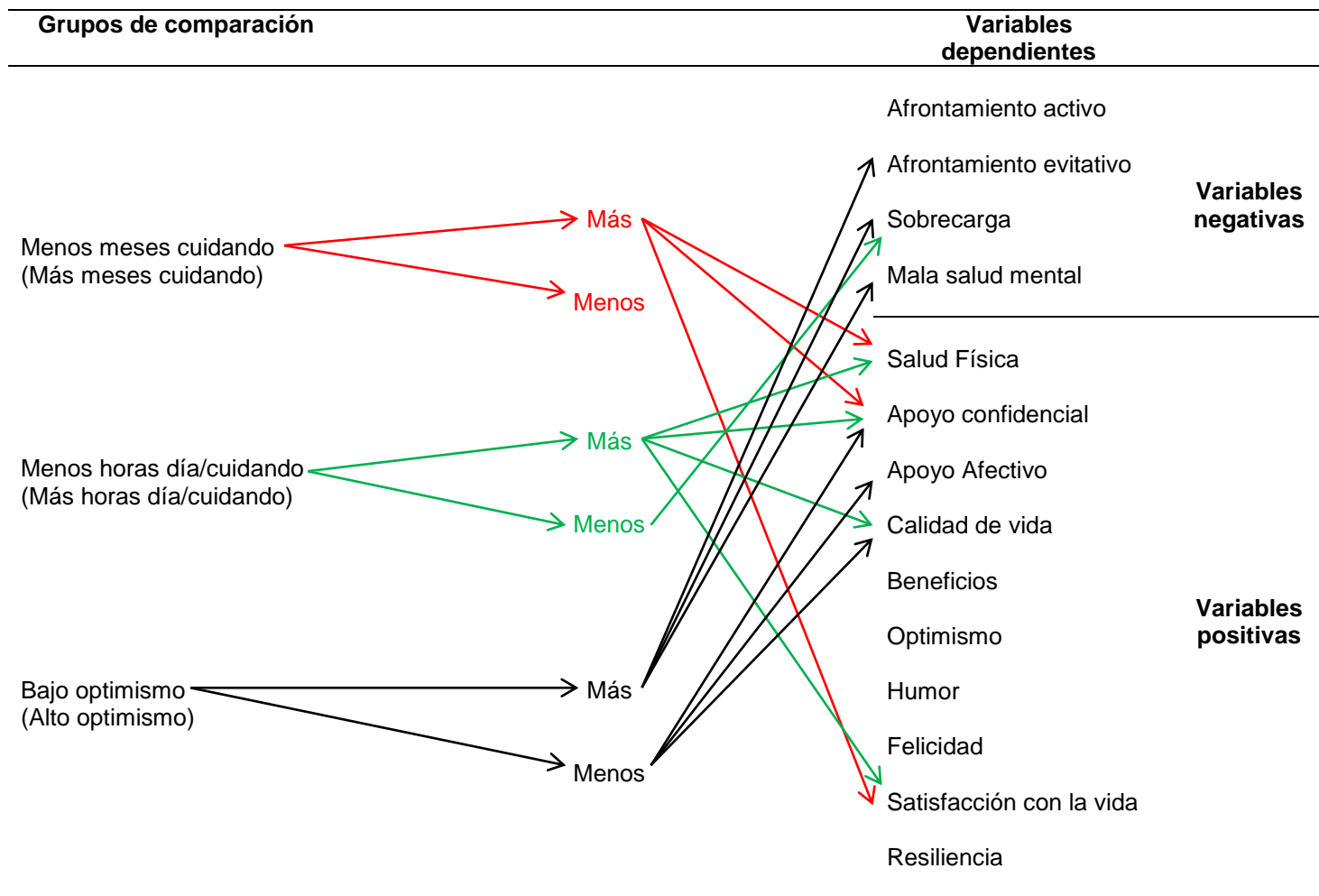


Tabla 4.5. Conclusiones diferenciales 5

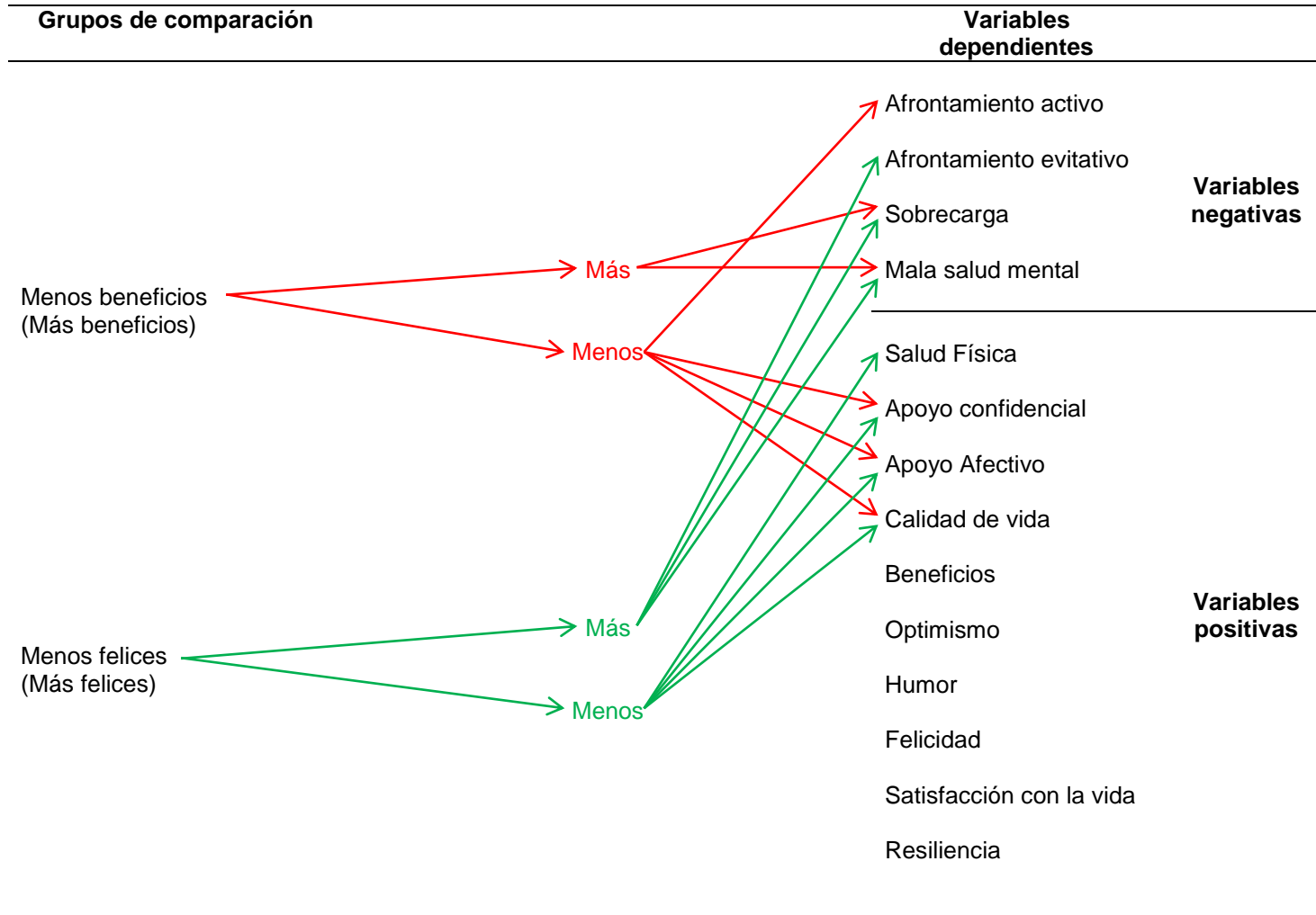


Tabla 4.6. Conclusiones diferenciales 6

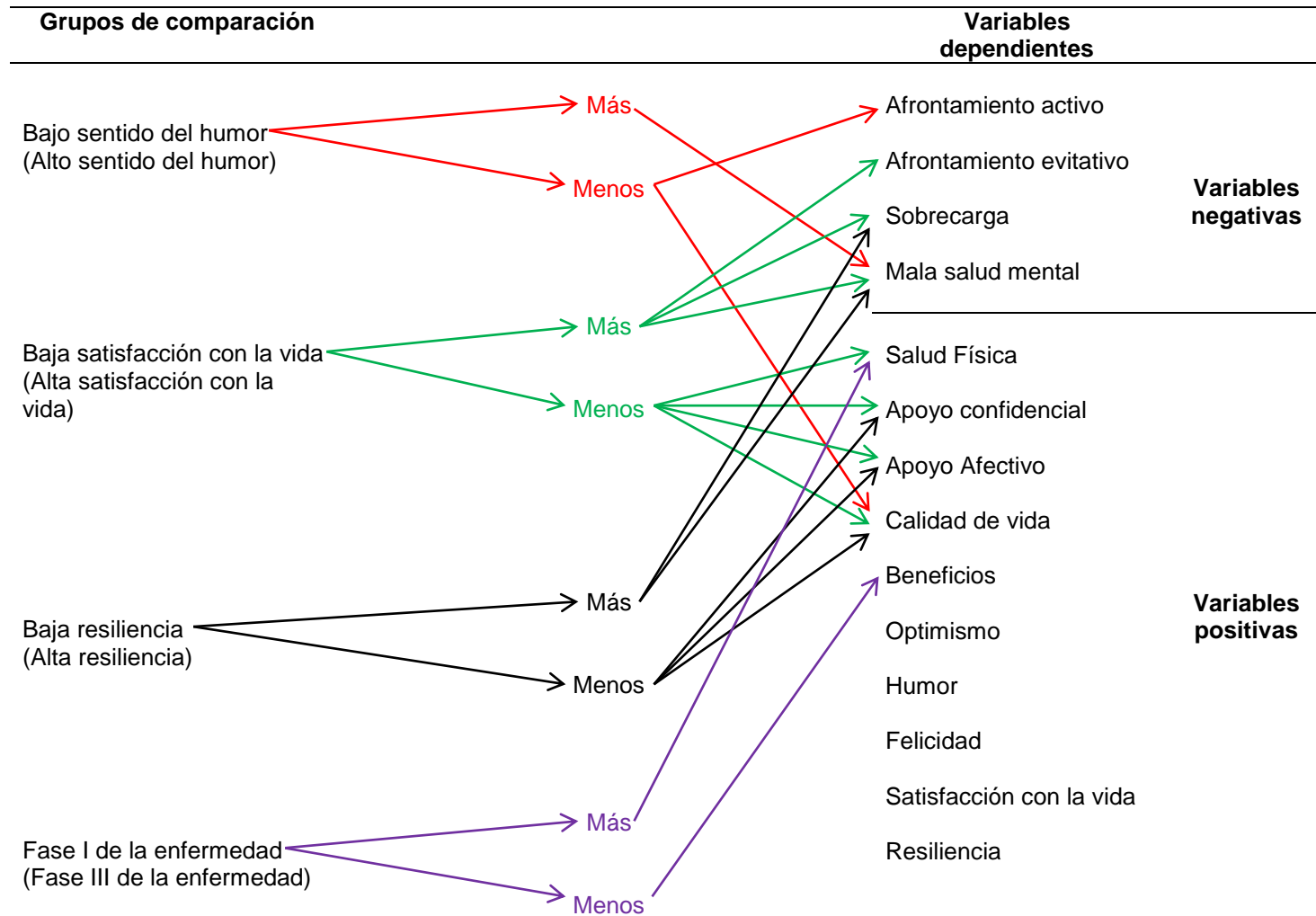


Tabla 4.7. Hipótesis correlacionales de partida

Correlaciones positivas entre las variables que evalúan aspectos negativos	Correlaciones negativas entre las variables de la columna de la izquierda y las variables de la columna de la derecha	Correlaciones positivas entre las variables que evalúan aspectos positivos
+		+
Género (♀) Edad Meses cuidando Horas/día cuidando Fase de la enfermedad Afrontamiento evitativo Sobrecarga Mala salud mental	-	Salud física Afrontamiento Activo Apoyo confidencial Apoyo afectivo Calidad de vida Beneficios Optimismo Humor Felicidad Satisfacción con la vida Resiliencia

Tabla 4.8. Conclusiones correlacionales 1.

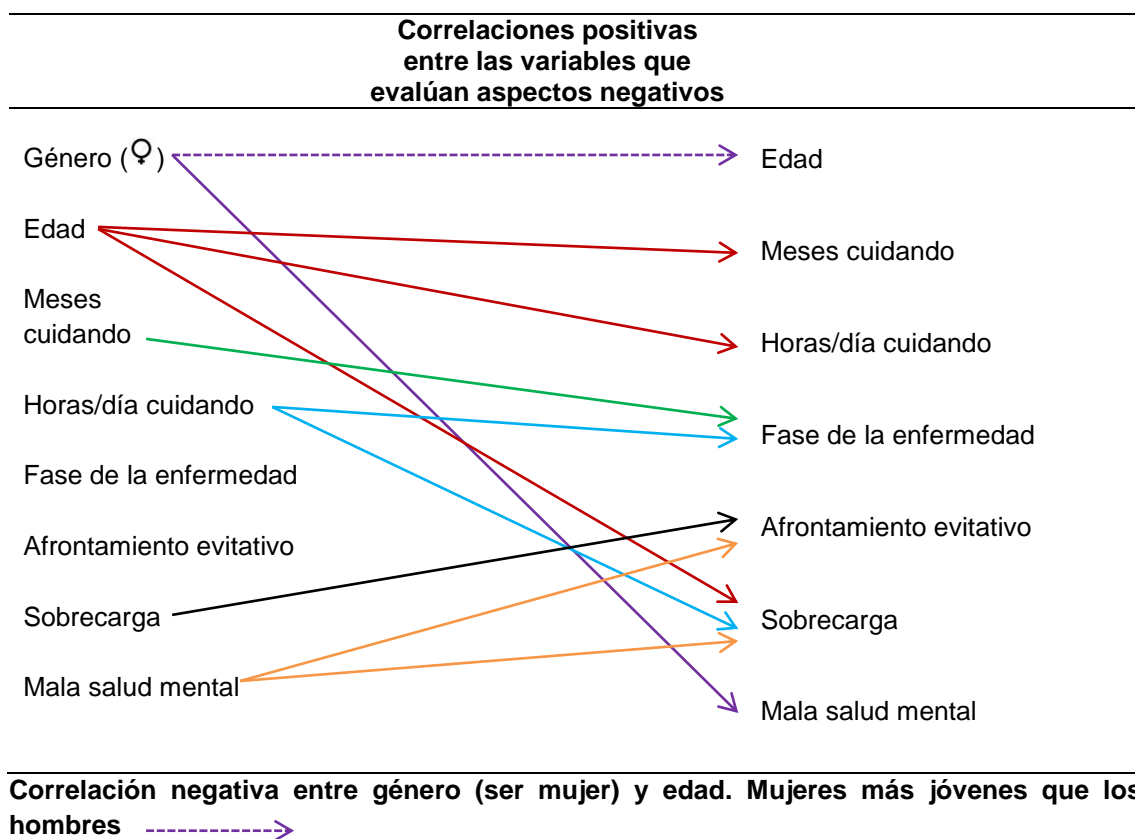


Tabla 4.9. Conclusiones correlacionales 2

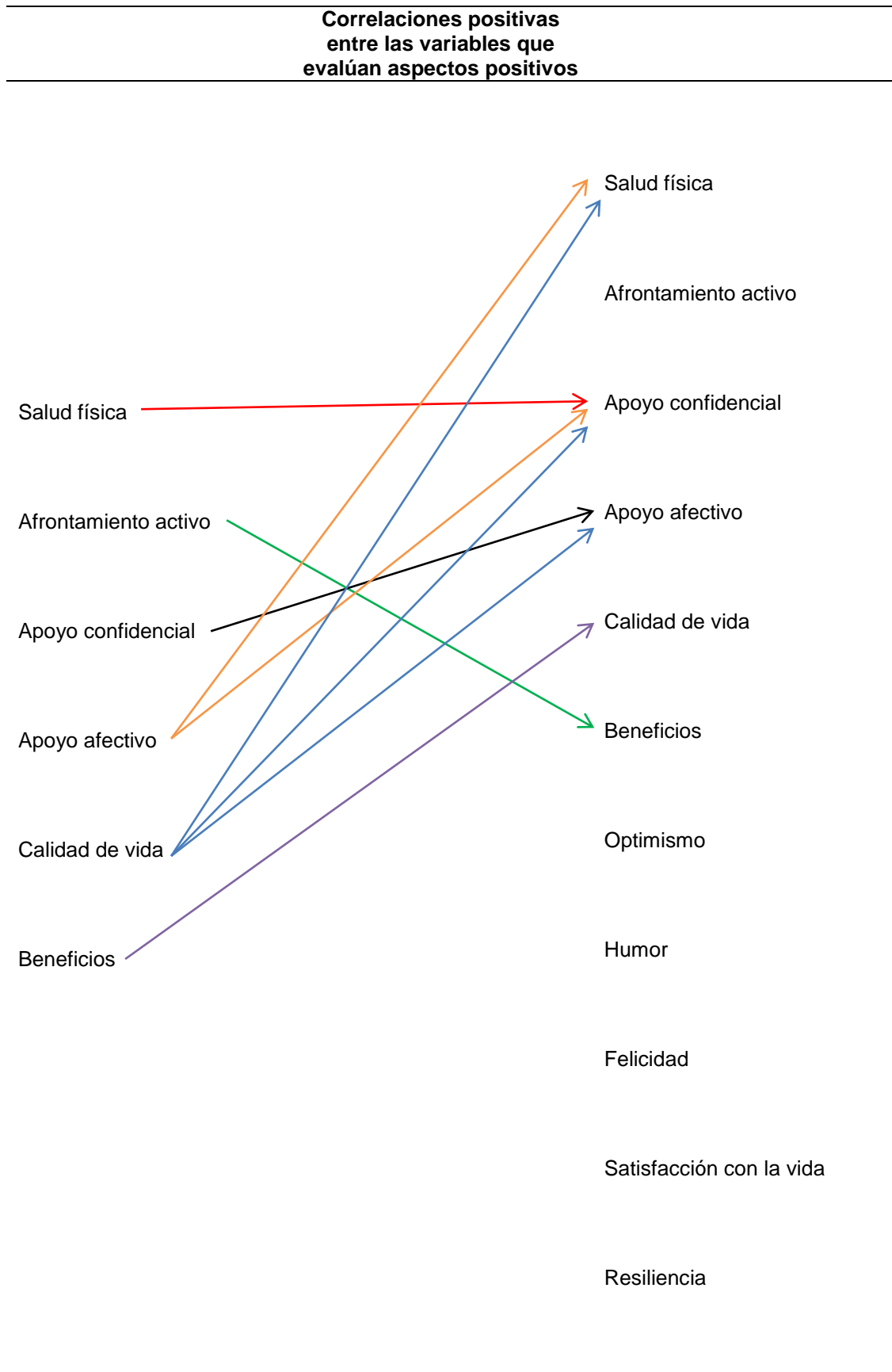


Tabla 4.10. Conclusiones correlacionales 3

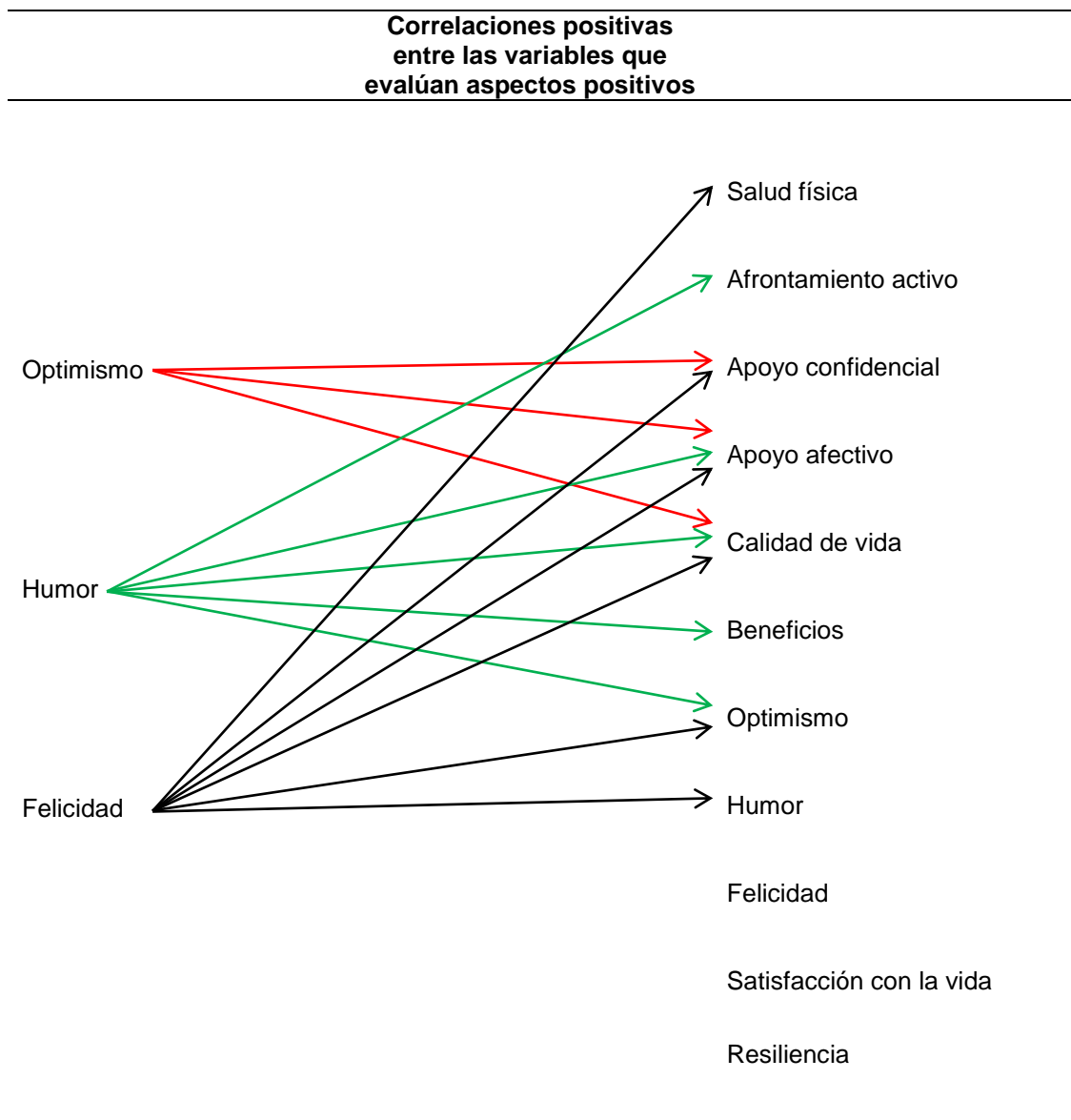


Tabla 4.11. Conclusiones correlacionales 4.

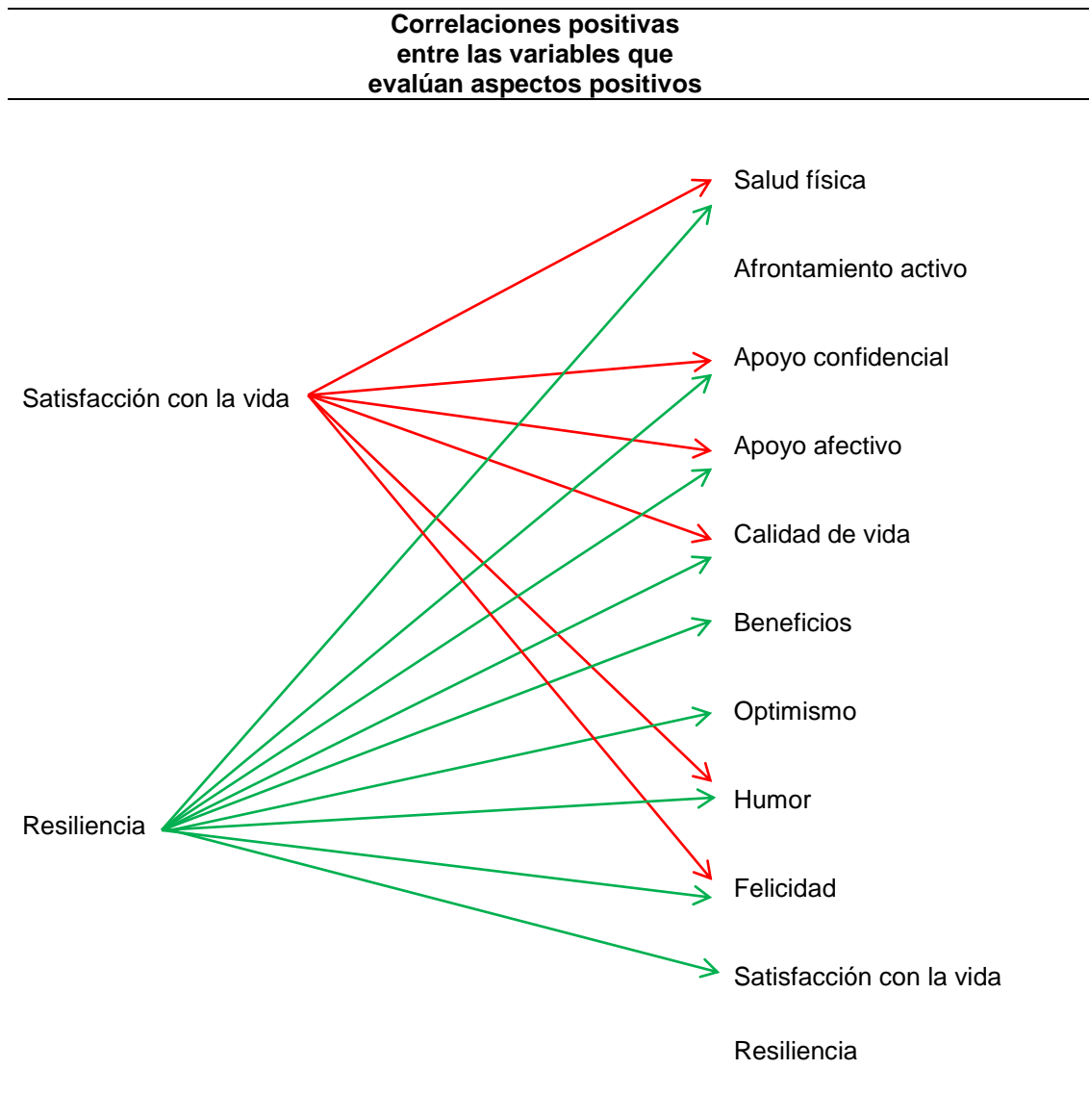
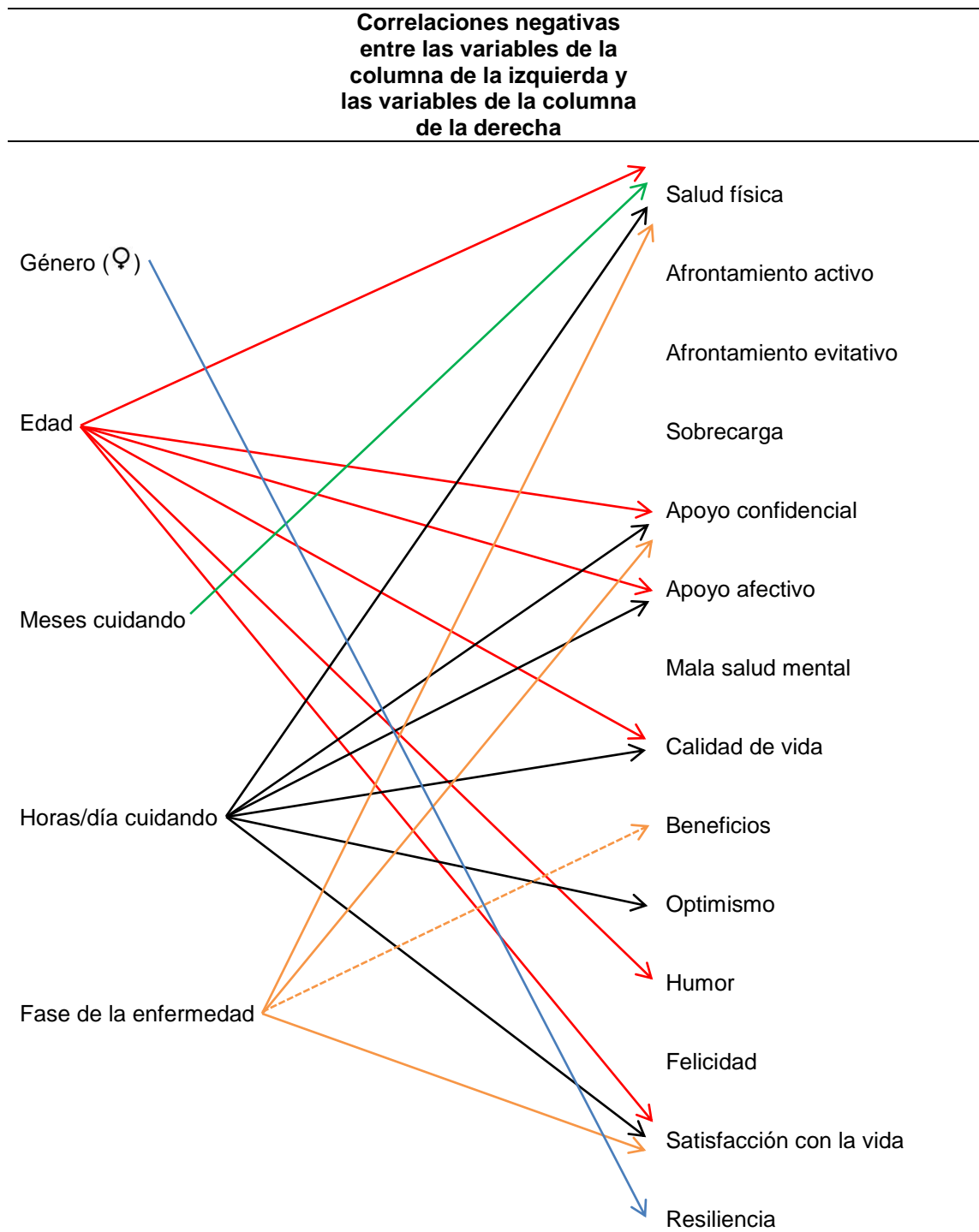


Tabla 4.12. Conclusiones correlacionales 5



Correlación positiva entre fase de la enfermedad y beneficios. Mayores beneficios percibidos en cuidadores de enfermos en fase III ----->

Tabla 4.13. Conclusiones correlacionales 6



Tabla 4.14. Conclusiones mediacionales 1

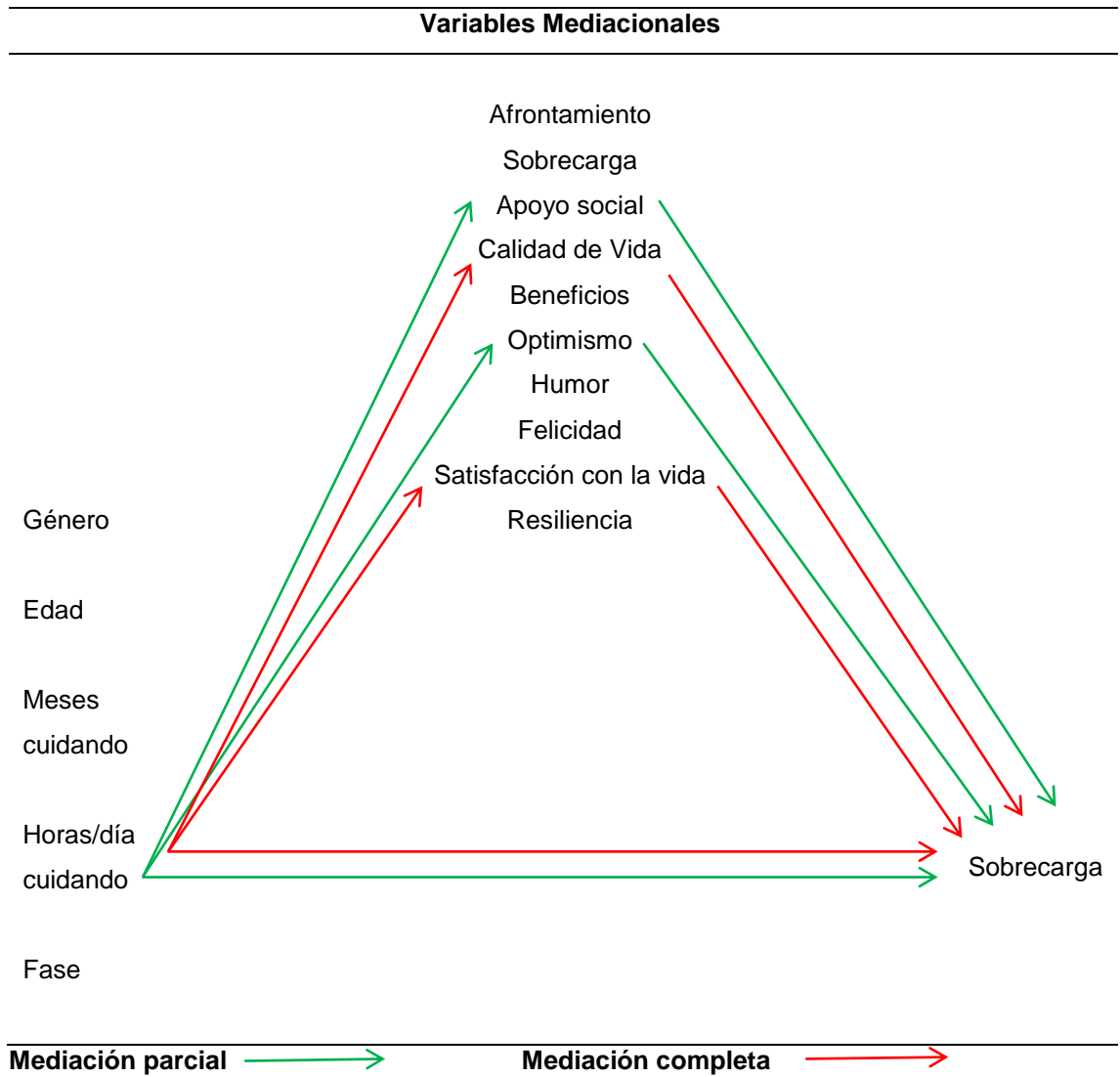


Tabla 4.15. Conclusiones mediacionales 2

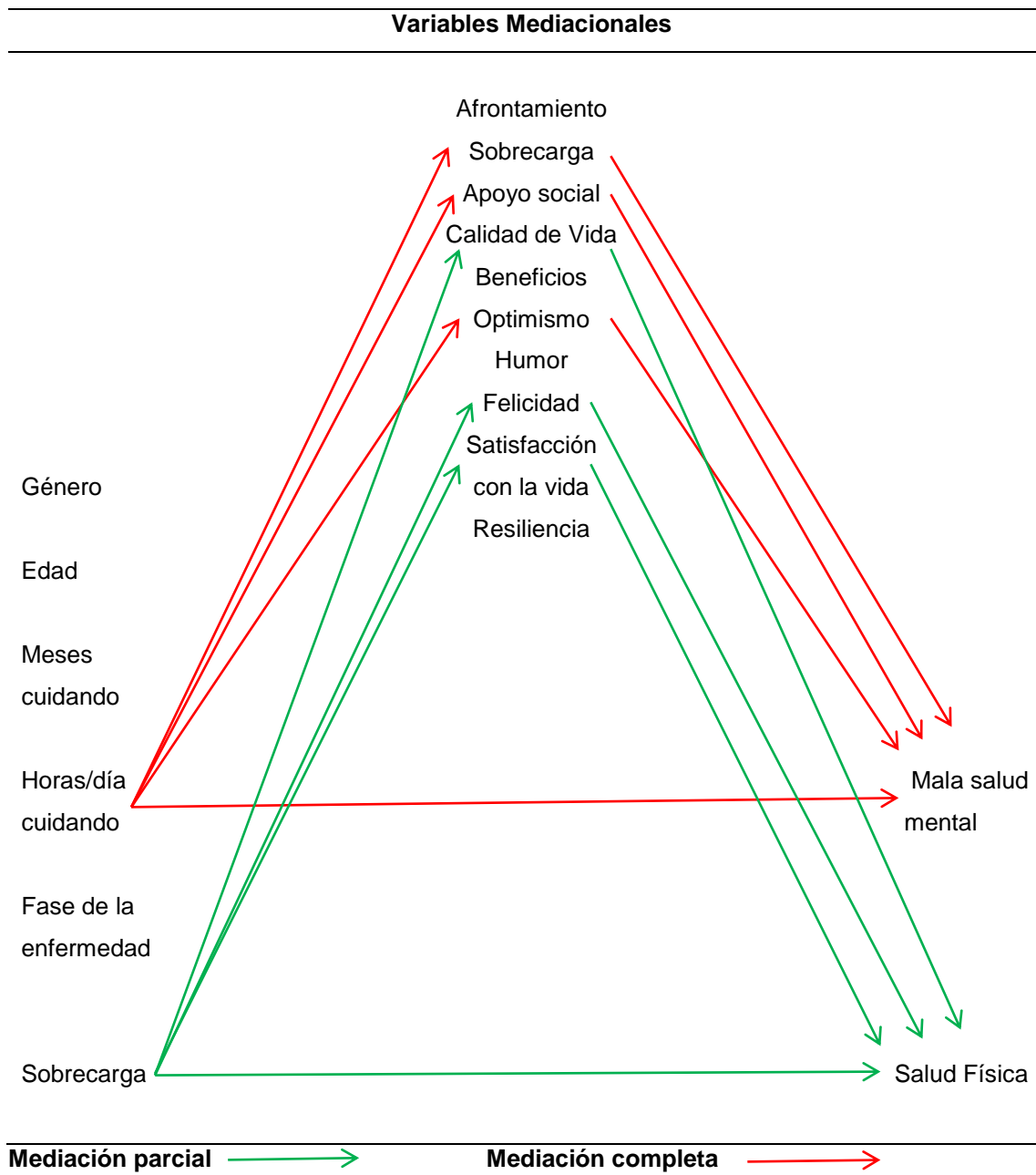
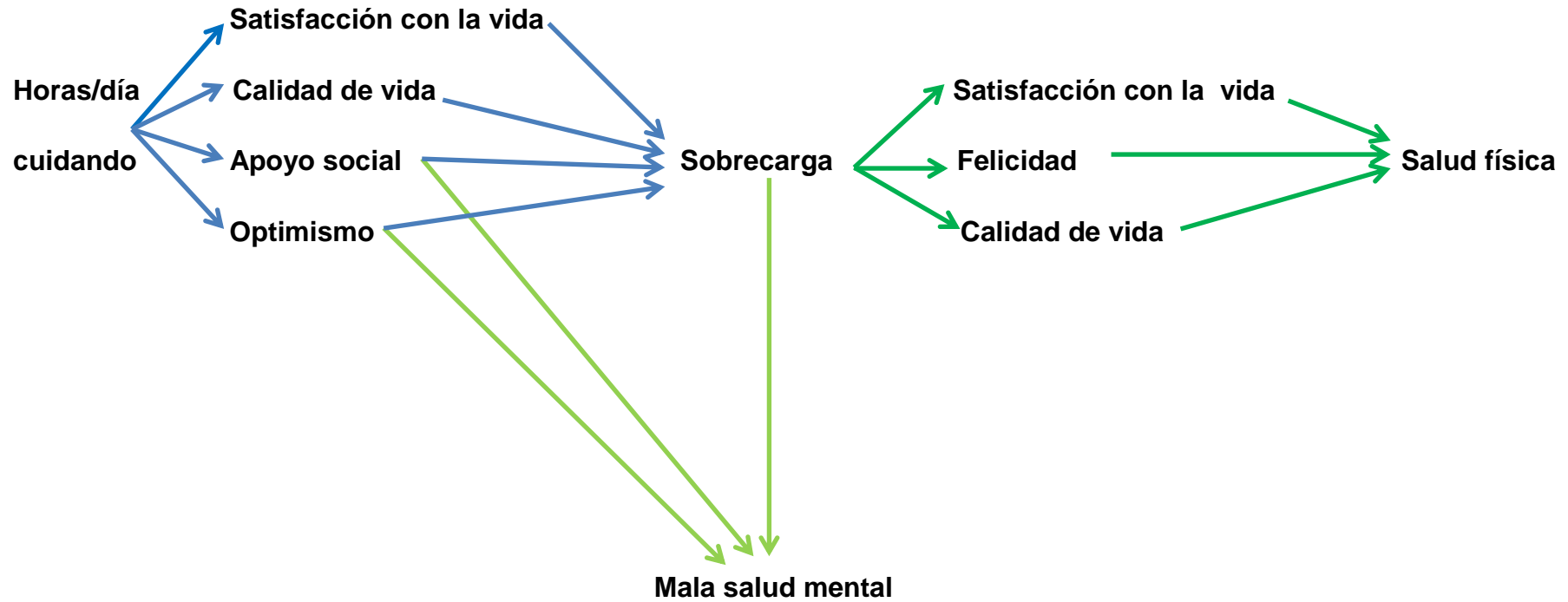


Tabla 4.16. Conclusiones Mediacionales 3.



4.3. Discusión

En el capítulo primero de la presente investigación, hemos visto diversos estudios que demuestran que cuidar a un familiar enfermo de Alzheimer produce consecuencias perjudiciales para la salud tanto física como mental de su cuidador (Garre-Olmo et al., 2000; Pinguart & Sörensen, 2003; Vitaliano et al. 2003), afecta a sus relaciones familiares y sociales, y también a su situación económico-laboral (Losada et al., 2006). En la actualidad, siguiendo la definición de salud de la OMS (1948) las aproximaciones a los conceptos de salud/enfermedad son pluridimensionales y recogen aspectos bio-psico-sociales. Desde esta perspectiva los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer se ven afectados en las tres dimensiones (física, psicológico-emocional y social).

Considerando que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948) y que las emociones positivas son algo más que la ausencia de emociones negativas, se puede plantear que las emociones positivas puedan prevenir enfermedades, o reducir la intensidad y duración de las mismas, así como también pueden ser útiles para poder alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo (Lyubomirsky et al., 2005). En esta línea, el objetivo general del presente estudio es investigar qué influencia ejercen las emociones positivas en la salud de una muestra de cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer, entendiendo la salud desde el modelo bio-psico-social.

La muestra de nuestra investigación está formada por más cuidadoras (96) que cuidadores (44). La variable género no ha sido muy diferenciadora, las cuidadoras tienen peor salud mental y son menos resilientes que los cuidadores, además de que son más mayores. Estos datos confirman diversos estudios que demuestran que son principalmente las mujeres, las que asumen el papel de cuidadoras principales (Bover-Bover, 2006; Crespo & López, 2008; García et al. 2004; Vaquiro & Stiepovich, 2010). Las mujeres, también asumen más tareas de atención personal e instrumental al enfermo, se implican más en las actividades de acompañamiento y de vigilancia, se encargan de los

cuidados más pesados, rutinarios, de mayor carga y dedicación (García et al., 2004). Según Gaugler et al. (2007) los cuidadores resilientes hacen una valoración más benigna de los estresores asociados a la asistencia, lo que, a su vez, tendrá importantes repercusiones en su salud mental. Siguiendo a Gaugler et al. (2007) los resultados obtenidos en nuestro estudio indican que los cuidadores valoran de manera más positiva que las cuidadoras los estresores asociados a la asistencia del enfermo, por ello presentan mayor resiliencia. En nuestro estudio no se aprecian diferencias significativas entre los cuidadores y las cuidadoras en las variables sobrecarga y apoyo social (confidencial y afectivo). Estos resultados no confirman los resultados de Bédard et al. (2005), Larrañaga et al., (2008) y García et al. (2004) en lo que a sobrecarga se refiere y tampoco confirman el estudio de Kuzik et al. (2005) los cuales indican que las mujeres cuidadoras, aparte de presentar más sobrecarga, se sienten más solas y sienten que tienen menos apoyo de la familia que los hombres cuidadores.

En relación a la edad de los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer, en la mayor parte de los casos, las personas de mayor edad son las encargadas de proporcionar los cuidados al enfermo (Stone et al., 1987) por lo que dicho aspecto repercute directamente en la salud física y mental del cuidador, haciendo que aquellos más mayores presenten más problemas. Este resultado se ve confirmado en nuestro estudio donde los cuidadores de más edad presentan peor salud tanto física como mental, acompañándose de más sobrecarga, menos apoyo social y menores niveles de humor, felicidad y calidad de vida. En este sentido, se confirma que los cuidadores más mayores son más vulnerables que los cuidadores más jóvenes a experimentar sobrecarga, debido a las expectativas de vida que se tienen en edades más avanzadas en cuanto a liberarse de responsabilidades familiares como cuidar de los hijos, por lo que encargarse del cuidado de un familiar enfermo de Alzheimer por parte de cuidadores más mayores puede percibirse como algo fuera de su “reloj vital” (Novak & Guest, 1992). Además encontramos que los cuidadores de mayor edad llevan más tiempo cuidando, cuidan durante más horas y generalmente el enfermo que cuidan se encuentra en una fase más avanzada de la enfermedad.

El estrés que provoca las pequeñas e inesperadas transiciones que ocurren a medida que la enfermedad progresa y el enfermo se va deteriorando, hace que el cuidador perciba una sensación de pérdida del control de la situación ya que lo aprendido en una fase de la enfermedad puede no servir en la fase siguiente (Feinberg, 2002). Este principio nos lleva a que un cuidador de un enfermo en la fase III se encontraría en una situación peor que en la fase I, y eso es lo que muestran nuestros resultados, pero sólo en la variable salud física. Asimismo, los cuidadores cuyo enfermo se halla en la primera fase de la enfermedad, llevan menos tiempo dedicados al cuidado y por lo tanto tienen menos desgaste físico. Además, los cuidadores de enfermos en fases más avanzadas suelen ser más mayores que los cuidadores de enfermos en fases iniciales, por tanto conforme se avanza en edad hay más probabilidad de padecer enfermedades y de una menor capacidad física. El resto de las variables no muestran diferencias significativas, con la única excepción de beneficios del cuidado. Por ello, la fase de la persona cuidada parece no ser relevante en la mayor parte de variables estudiadas si bien, aunque con peor salud, quizás por percibir el final del familiar cuidado cercano o por llevar más tiempo dedicado presentan más satisfacción dando compañía, utilidad y se considera que se está cumpliendo con su deber u obligación, tal y como señalaron Cohen et al., (2002). Por ello, el cuidador percibe más cercanos los lazos familiares, se plantea el significado de la vida, y se ve como una persona más fuerte, preparada y altruista.

La sobrecarga del cuidador quizás sea la variable mayormente estudiada en el campo de estudio que nos ocupa, tanto en su vertiente objetiva, donde el tiempo cuidando y las horas al día de cuidado tienen un papel especialmente relevante, como en su vertiente más subjetiva, donde entran en juego variables como ansiedad, depresión, falta de apoyo social, salud física, etc....

Precisamente entre las condiciones de la persona cuidada que supone un factor de riesgo importante de sufrir sobrecarga es que dicha persona cuidada padezca una demencia (Artaso et al., 2003; Muela et al., 2002; Rodríguez del Álamo, 2002). Estos mismos autores también indican variables

del alto riesgo de sufrir sobrecarga en el cuidador como presentar mala salud física y/o mental, ser mayor o anciano o no tener apoyo social.

En estrecha relación con la carga objetiva del cuidador, los resultados obtenidos en las variables meses y horas al día cuidando confirman los resultados de Arai et al. (2002), Laserna et al. (1997) y Ory et al. (1999), que atribuyen los niveles más altos en sobrecarga a cuidadores de enfermos de Alzheimer a las pérdidas cognitivas, conductuales y afectivas asociadas con la progresión de la demencia. Por otro lado, no se confirma la tesis de George y Gwyther (1984) los cuales indican que a más tiempo como cuidador menos sobrecarga. Esto se explica mediante la hipótesis adaptativa (Novak & Guest, 1989) según la cual, conforme pasa el tiempo el cuidador va desarrollando más destrezas en el cuidado, va adquiriendo más información sobre de la enfermedad y recurre más a los recursos sociales disponibles. Por lo tanto, nuestros resultados en relación a los meses dedicados al cuidado no confirman la hipótesis adaptativa, son los cuidadores que llevan menos meses cuidando quienes presentan mejor salud física, más apoyo confidencial y satisfacción con la vida que los que llevan más meses cuidando. Respecto a los cuidadores que dedican menos horas al día al cuidado del enfermo en comparación con los que dedican más horas al día al cuidado, vemos que los primeros tienen mejor salud física, cuentan con más apoyo confidencial, tienen mejor calidad de vida, están más satisfechos con la vida y perciben menos sobrecarga que los segundos.. Respecto a los resultados obtenidos en las horas al día dedicadas al cuidado, confirman que la depresión que puede desarrollar el cuidador se puede relacionar con las muchas horas al día dedicadas al cuidado (Mahoney et al., 2005). La depresión, acompañada de síntomas de ansiedad y estrés también se asocia a la carga subjetiva y al número de horas diarias cuidando (Hirts, 2005; Izal et al., 2001). Como se comentará más adelante, la variable concreta horas al día cuidando, no solo tiene un papel importante en variables de índole negativo como sobrecarga, depresión o ansiedad, sino también en variables asociadas a la psicología positiva como calidad de vida, satisfacción con la vida, optimismo, las cuales parecen juegan un importante papel mediador entre las primeras.

La salud mental de los cuidadores, ha sido la variable con mayor poder diferencial en comparación con el resto de variables estudiadas, apreciándose diferencias significativas en todas las variables. Los cuidadores que presenta mejor salud mental tienen mejor salud física, utilizan en menor medida el afrontamiento (activo y evitativo), perciben menos sobrecarga, cuentan con más apoyo social (tanto confidencial como afectivo), tienen mejor calidad de vida, perciben mayores beneficios derivados de la tarea del cuidador, son más optimistas, presentan mayor sentido del humor, se sienten más felices, están más satisfechos con la vida y son más resilientes que los cuidadores con peor salud mental. En este sentido, haciendo referencia al Modelo del Proceso del Estrés (Pearlin et al., 1990; Pearlin, 1992; Aneshensel et al., 1995; Pearlin & Skaff, 1995; Gaugler et al., 1999) la manera en la que la salud de los cuidadores de enfermos de Alzheimer se ve afectada por las tareas del cuidado, depende de un proceso de numerosas interacciones entre estresores primarios y secundarios, apoyo social y recursos y estrategias de afrontamiento. Los resultados obtenidos en los grupos de comparación entre cuidadores con buena y mala salud mental, parecen indicar que los primeros disponen de una serie de capacidades y habilidades de las que no disponen los segundos. A su vez, los resultados obtenidos también indican que los cuidadores con mejor salud mental experimentan más variables positivas que los cuidadores con peor salud mental. Esto nos indica que las variables positivas estudiadas desempeñan un papel muy importante en la protección de la salud mental de los cuidadores, confirmando lo señalado por Fredrickson (2001) al afirmar que experimentar emociones positivas conduce a estados mentales y modos de comportamiento que indirectamente preparan a la persona para enfrentarse con éxito a las dificultades y adversidades venideras.

Destacar también la salud física, en la que existen diferencias significativas entre los cuidadores que perciben mejor y peor salud física en casi todas las variables estudiadas. Los cuidadores con mejor salud física utilizan menos el afrontamiento evitativo, presentan menos sobrecarga, mejor salud mental y calidad de vida, mayor apoyo confidencial, felicidad, satisfacción con la vida y resiliencia que los cuidadores con peor salud física. Al igual que ocurría con la variable salud mental, los cuidadores con mejor salud física

parece ser que disponen de unas capacidades y habilidades de las que no disponen los cuidadores con peor salud física, confirmando también lo expuesto en el Modelo del Proceso del Estrés (Pearlin et al., 1990; Pearlin, 1992; Aneshensel et al., 1995; Pearlin & Skaff, 1995; Gaugler et al., 1999). Al igual que ocurría con la variable salud mental, parece ser que la mayoría de las variables positivas estudiadas protegen la salud física de los cuidadores. En esta línea, se confirma lo indicado por Almedom y Glandon (2007) ya que tener una buena salud física o mental no sólo es no tener enfermedades, sino disfrutar de unos recursos y capacidades que permitan resistir adversidades.

Respecto a las variables positivas estudiadas, los cuidadores más optimistas utilizan menos el afrontamiento evitativo, perciben menos sobrecarga, perciben más apoyo social (confidencial y afectivo), tienen mejor salud mental y calidad de vida que los cuidadores menos optimistas. Estos resultados confirman muchos estudios, tanto transversales como longitudinales, y los resultados (Sanjuán & Pérez-García, 2003; Scheier & Carver, 1992; Scheier et al., 2001; Wrosch & Scheier, 2003), indican que los optimistas, con respecto a los pesimistas, presentan mayor bienestar psicológico, que se traduce tanto en una mejor calidad de vida, como en la experiencia de más emociones positivas y de menos emociones negativas. Numerosas investigaciones han demostrado que el optimismo se relaciona con una mayor protección ante la enfermedad. En esta línea, Avia y Vázquez (1998) constataron que el optimismo, además de estar asociado a un mayor bienestar, también tiene un importante papel en la protección de la salud física de las personas. Nuestros resultados no pueden confirmar estas últimas investigaciones, ya que no se aprecian diferencias significativas entre los cuidadores con bajo y alto optimismo en la variable salud física.

En cuanto a los beneficios asociados al cuidado, los resultados obtenidos indican que los cuidadores que perciben más beneficios, utilizan más el afrontamiento activo, perciben menos sobrecarga, cuentan con más apoyo social, tienen mejor salud mental y calidad de vida que los cuidadores que perciben menos beneficios de su tarea de ser cuidadores. Estos resultados

confirman lo indicado por diversos autores que estudian los aspectos positivos asociados al cuidado de los enfermos con demencia, estos autores señalan que aquellos cuidadores que tienen más sentimientos positivos de su situación de ser cuidadores, presentan menos depresión, menos sobrecarga, mejor salud subjetiva (Cohen et al., 2002; Hilgeman et al., 2007; Pinquart & Sörensen, 2003) y más bienestar emocional (Hilgeman et al., 2007).

La variable felicidad, ha resultado ser una variable importante en nuestro estudio. Los cuidadores más felices tienen mejor salud física, recurren menos al uso del afrontamiento evitativo, experimentan menos sobrecarga, cuentan con más apoyo social (confidencial y afectivo), tienen mejor salud mental y calidad de vida que los cuidadores menos felices. Estos resultados confirman diversas revisiones empíricas, las cuales han demostrado que las personas felices tienen mejor salud física y mental, afrontan mejor el estrés y viven más tiempo, cuentan con más apoyo social y están más satisfechas con sus relaciones sociales (García, 2009; Lyubomirsky et al., 2005; Vazquez & Hervás, 2009).

Contrariamente a felicidad, sentido del humor, ha resultado ser una variable poco relevante en nuestro trabajo. Los cuidadores con más humor utilizan más el afrontamiento activo, tienen mejor salud mental y calidad de vida que los cuidadores con menos humor. No apreciándose por ejemplo diferencias significativas entre ambos grupos de sujetos en variables como salud física y sobrecarga. Estos resultados confirman que el humor está relacionado con un buen estado de ánimo y minimiza los efectos del estrés (Martin, 1996, 2001; Ruch & Köhler, 1998). Por el contrario, no confirman los estudios que atribuyen muchos beneficios del humor y la risa sobre la salud física, como cambios fisiológicos en los sistemas músculo-esquelético, cardiovascular, endocrino, inmunológico y neuronal, asociados a la risa (Fry, 1994); cambios en las catecolaminas circulantes y en los niveles de cortisol (Hubert & de Jong-Meyer, 1991; Hubert et al., 1993), entre otros.

La variable satisfacción con la vida también ha resultado una variable muy diferenciadora, los cuidadores más satisfechos con la vida tienen mejor

salud física, utilizan menos el afrontamiento evitativo, perciben menos sobrecarga, cuentan con más apoyo social (tanto confidencial como afectivo) y tienen mejor salud mental y calidad de vida que los cuidadores menos satisfechos con la vida. Estos resultados vienen a confirmar que una alta satisfacción con la vida se relaciona con menos enfermedades físicas y mentales, mayor felicidad y en general con otras medidas de calidad de vida (Diener, 1994; Michalos, 1986).

Respecto a la resiliencia, los datos obtenidos en nuestro estudio constatan que los cuidadores más resilientes están menos sobrecargados, cuentan con más apoyo social confidencial y afectivo, tienen mejor salud mental y calidad de vida que los cuidadores menos resilientes. No encontrándose diferencias significativas en variables como salud física y afrontamiento (activo y evitativo). Datos de diversas investigaciones presentan a los cuidadores resilientes como aquellos que hacen una valoración más benigna de los estresores asociados a la asistencia, lo que, a su vez, tendrá importantes repercusiones en su salud mental (Gaugler et al., 2007). Un estudio destaca la vinculación existente entre el apoyo social recibido por el cuidador y su resiliencia, ejerciendo, el apoyo social, la función de amortiguador del efecto del estrés, y siendo este efecto mayor en el caso del apoyo social familiar (Wilks & Croom, 2008); también confirman lo indicado por Gaugler et al. (2007) que exigen, como parte integrativa del concepto de resiliencia que se den bajos niveles de sobrecarga en el cuidador. No hemos encontrado el papel mediador del apoyo social sobre la resiliencia en nuestros análisis de mediación, por lo que no hemos podido confirmar la tesis de Wilks & Croom (2008).

Los resultados de tipo correlacional tienden a confirmar las hipótesis propuestas, si bien, no en su totalidad. La tónica general ha sido la relación positiva entre las variables con connotación negativa, del mismo modo que las variables con connotación positiva también se han relacionado positivamente entre ellas. De esta pauta general se desgranar excepciones como la relación positiva entre ser mujer y la edad, encontrando que las mujeres de la muestra

son en general más mayores que los hombres. También se ha encontrado una relación positiva entre fase en la que se haya el enfermo cuidado y la variable beneficios. Lo cual nos lleva a afirmar que aunque en la fase III los cuidadores se encuentran en peor situación, también es cierto que perciben más beneficios de su tarea de cuidado. Finalmente las dos variables de afrontamiento activo y evitativo, presentan una relación positiva lo que nos lleva a pensar que ambas variables tienden a darse de un modo conjunto.

Excepciones en las pautas relacionales se han producido también por omisión, es decir, cuando esperábamos correlaciones que no se han producido. Esto se ha dado en variables tanto de connotación negativa como positiva. Meses cuidando no parece ser una variable especialmente relevante en nuestro trabajo. Parece que el llevar más tiempo cuidando, medido en meses, no tiene los mismos efectos que la variable horas de cuidado al día. Meses cuidando parece permitir la adaptación del cuidador a la situación de cuidado, siguiendo el razonamiento propuesto por Novak & Guest, 1989, pero las horas de cuidado al día resulta un estresor de efecto a corto plazo que repercute muy directamente en la salud del cuidador. Algo parecido ha ocurrido con la variable humor, dentro del conjunto de variables positivas. Eran muchas las expectativas que se tenían sobre dicha variable y no ha dado lugar a relaciones especialmente relevantes. Quizás su baja fiabilidad en este trabajo esté a la base de sus pobres resultados.

La psicología positiva, ha posibilitado la consideración de variables positivas que han demostrado un importante rol mediador entre otras variables negativas. En este sentido, resaltaremos en primer lugar el papel mediador que ejercen las variables optimismo, apoyo social, satisfacción con la vida y calidad de vida cuando median entre las variables horas al día cuidando y sobrecarga. La relación entre las horas al día dedicadas al cuidado del enfermo y la sobrecarga percibida por los cuidadores es positiva y significativa, indicativo de que a más horas diarias de cuidado más sobrecarga subjetiva. Cuando entre ambas median las variables optimismo y apoyo social se puede apreciar una mediación parcial. Por lo tanto, las variables optimismo y apoyo social reducen la sobrecarga subjetiva experimentada por los cuidadores, debida a las horas al

día dedicadas al cuidado del enfermo. Es decir, que los cuidadores más optimistas, al igual que los que cuentan con más apoyo social, perciben menos sobrecarga debida a las horas al día dedicadas al cuidado. Si el optimismo y el apoyo social ejercen un papel mediador importante entre las horas al día cuidando y la sobrecarga, el papel mediador de las variables satisfacción con la vida y calidad de vida es aún más importante e influyente, ya que cuando entre las variables horas al día cuidando y la sobrecarga median las variables satisfacción con la vida y calidad de vida, se aprecia un efecto de mediación completa. Esto es indicativo de que las variables satisfacción con la vida y calidad de vida reducen de manera significativa la sobrecarga percibida por los cuidadores debida a las horas al día dedicadas al cuidado. Nuestros resultados confirman diversos estudios, ya que muchas investigaciones demuestran que el optimismo actúa como mediador en eventos estresantes, paliando el sufrimiento y el malestar de las personas que sufren estrés (Peterson, Seligman & Vaillant, 1988); que el apoyo social tiene efectos amortiguadores del estrés y de la sobrecarga (Badía et al., 2002); que una alta satisfacción con la vida se relaciona con menos enfermedades físicas y mentales, mayor felicidad, y, en general con otras medidas de calidad de vida (Diener, 1994; Michalos, 1986). En cuanto a la calidad de vida, siguiendo a Dubos (1976) la calidad de vida hace referencia al bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Por lo tanto, una buena calidad de vida reduce significativamente la sobrecarga debida a las horas al día dedicadas al cuidado.

Es muy relevante también el papel de las variables sobrecarga, apoyo social y optimismo cuando median entre las variables horas al día cuidando y mala salud mental. La relación entre éstas dos últimas variables es positiva y significativa, es decir que a más horas al día dedicadas al cuidado peor salud mental. Esto parece bastante lógico, pero lo más relevante es que cuando las variables sobrecarga, apoyo social y optimismo median entre las variables horas al día cuidando y mala salud mental se produce un efecto de mediación completa. Vemos como las variables sobrecarga, apoyo social y optimismo, reducen significativamente la mala salud mental de los cuidadores debida a las horas diarias que dedican al cuidado. Es decir, los cuidadores más

sobrecargados, presentan peor salud mental, independientemente del número de horas al día que dediquen al cuidado del enfermo; los cuidadores que cuentan con más apoyo social, al igual que los cuidadores más optimistas, tienen mejor salud mental aunque dediquen muchas horas al día a cuidar al enfermo. Por lo tanto la influencia ejercida por la variable horas al día cuidando sobre la mala salud mental de los cuidadores, pierde su fuerza cuando entre ellas media la sobrecarga, el apoyo social o el optimismo. Los resultados obtenidos en nuestro estudio indican que el grado sobrecarga ejerce una influencia muy fuerte sobre la salud mental de los cuidadores, que cuanto más apoyo social tenga el cuidador, mejor será su salud mental, confirmando que la falta de apoyo social (Pushkar-Gold et al., 1995) y en concreto la falta de satisfacción con los lazos sociales se relaciona con una peor salud mental del cuidador (Stuckey & Smith, 1997). También se confirma que el optimismo es un buen predictor de la salud y del bienestar (Scheier et al., 1989; Scheier & Carver, 1993; Seligman et al., 1988).

Destacar también el papel medidor de las variables felicidad, satisfacción con la vida y calidad de vida entre las variables sobrecarga y salud física. Cuando las variables felicidad, satisfacción con la vida y calidad de vida median entre las variables sobrecarga y salud física, se observa una mediación parcial. Por lo tanto, las variable felicidad, satisfacción con la vida y calidad de vida reducen la peor salud física de los cuidadores debida a la sobrecarga. Nuestros resultados indican que los cuidadores con mayor sobrecarga subjetiva tienen peor salud física, pero su salud física mejora si se sienten más felices, están más satisfechos con la vida o tienen una mejor calidad de vida. Es decir, la fuerza de la variable sobrecarga sobre la salud física de los cuidadores disminuye cuando entre ellas media la felicidad, la satisfacción con la vida o la calidad de vida. Estos resultados corroboran que las personas más felices son menos vulnerables a las enfermedades (Myers, 1993); que una alta satisfacción con la vida se relaciona con menos enfermedades físicas (Diener, 1994; Michalos, 1986) y confirman los resultados obtenidos por Badía, Lara y Roset (2004) los cuales realizaron un estudio en el que evaluaron entre otras cosas, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los cuidadores principales informales de los enfermos de Alzheimer en España, demostrando

que el 84% de los cuidadores con peor CVRS presentaban problemas de salud física.

Consideramos que uno de las aportaciones más importantes de nuestro trabajo ha sido el destacar el papel mediador de variables positivas en el modo de entender a los cuidadores de enfermos de Alzheimer. Tomando como punto de partida el “Modelo de estrés asociado a la tarea de cuidar de Pearlin” (Pearlin et al., 1990; Pearlin, 1992; Aneshensel et al., 1995; Pearlin & Skaff, 1995; Gaugler et al., 1999), donde apoyo social y afrontamiento juegan el rol de variables mediadoras, entre los estresantes tanto objetivos (horas de cuidado) como subjetivos (percepción de sobrecarga), podemos afirmar que a tenor de nuestros resultados, apoyo social se ve confirmada como variable mediadora, a la que habría que añadir variables como optimismo, felicidad, satisfacción con la vida y calidad de vida, quedando afrontamiento como aquella variable que no ha confirmado su valor mediador en nuestros estudio.

4.4. Ámbito de aplicación de la investigación, limitaciones encontradas y reflexiones generales

1. Ámbito de aplicación

Como se ha visto en el primer capítulo, muchos estudios demuestran que cuidar de un familiar enfermo de Alzheimer puede provocar muchos efectos perjudiciales para la salud física y mental de los cuidadores. Las relaciones sociales de los cuidadores también se ven afectadas, produciendo en muchas ocasiones el aislamiento del propio cuidador por la asistencia diaria y continuada prestada al enfermo. Es decir, desempeñar la tarea de cuidador puede producir diversas repercusiones bio-psico-sociales. Muchos cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer experimentan altos niveles de sobrecarga subjetiva. La sobrecarga, perjudica la salud física, la salud mental y la vida social de los cuidadores, viéndose en consecuencia afectada la calidad de vida de los mismos. En este sentido, también se ha visto que tanto el apoyo social como el uso de estrategias adecuadas de afrontamiento, son muy importantes para reducir las consecuencias negativas derivadas del cuidado.

No obstante, a pesar de que el cuidado se asocia con efectos negativos sobre el bienestar de los cuidadores, diversos estudios han observado algunos efectos positivos. Por lo tanto, no todas las situaciones asociadas al cuidado son negativas, de hecho cada vez son más numerosos los trabajos que se centran en los aspectos positivos del cuidado.

El cuidador familiar de un enfermo de Alzheimer experimenta diversas emociones durante el tiempo que dura su tarea como cuidador. En este sentido, la mayoría de los investigadores dedicados al estudio de las emociones, se han centrado en las emociones negativas, pero en los últimos años esta tendencia está cambiando y son muchos los investigadores dentro del marco de la psicología positiva que se dedican al estudio de los beneficios que pueden aportar las emociones positivas, demostrando que experimentar emociones positivas puede tener efectos beneficiosos para la salud.

Como ya se ha comentado, en el presente estudio nos hemos propuesto investigar la influencia de las emociones positivas en la salud de una muestra de cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer, y tras los resultados obtenidos, podemos concluir que en general los cuidadores que experimentan más emociones positivas presentan mejor salud física y mental, cuentan con más apoyo social, presentan menos sobrecarga subjetiva y mejor calidad de vida. A modo de ejemplo, los cuidadores que se sienten más felices tienen mejor salud física, utilizan estrategias de afrontamiento más adecuadas, perciben menos sobrecarga, cuentan con más apoyo social, tienen mejor salud mental y mejor calidad de vida que los cuidadores menos felices.

Los resultados obtenidos en la presente investigación, indican la conveniencia de potenciar las emociones positivas en los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer para mejorar su salud, o al menos minimizar los efectos perjudiciales derivados del cuidado, y no sólo centrarse en tratar las psicopatologías que presenten. En este sentido, sería aconsejable realizar por ejemplo programas de formación en emociones positivas, tales como cursos y talleres de risoterapia dirigidos a cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer con el propósito de fomentar emociones positivas y mejorar su salud.

Por otro lado, también pensamos que nuestros resultados podrían generalizarse y por lo tanto ser también de aplicación en aquellos familiares que cuiden a otras personas y cuya sobrecarga y nivel de dedicación sea alto.

2. Limitaciones encontradas

En cuanto al tamaño de la muestra, no cabe duda que hubiéramos preferido un tamaño mayor, pero hay que tener presente que la participación de los sujetos en esta investigación es voluntaria y por lo tanto queda a expensas del interés de los sujetos en participar en la investigación. Algunos participantes por diversas razones tuvieron dificultades para cumplimentar los cuestionarios por ellos mismos, requiriendo de la ayuda del propio investigador para poder completar los cuestionarios correctamente.

Una característica del estudio puede ser percibido tanto como una limitación o como un potencial. Nos referimos al amplio número de variables estudiadas. Resulta complicado y difícil contemplar los efectos de todas y cada una de las variables estudiadas, sean a nivel individual como a nivel conjunto. Pero de alguna manera, todo el conjunto de ellas nos ha llevado a dar un peso mayor a variables que parecían a priori no tener tanta importancia. Este ha sido el caso de las variables de la psicología positiva, especialmente optimismo, felicidad, satisfacción con la vida y calidad de vida. Y por otro lado, variables que en muy diversos estudios han resultado de gran importancia, en nuestro caso han resultado menos relevantes, este es el caso de afrontamiento.

3. Reflexiones generales

No cabe duda de que el binomio enfermo de Alzheimer-cuidador es inseparable. Como ya se ha visto en el primer capítulo de este estudio, el progresivo deterioro cognitivo y funcional que provoca la enfermedad de Alzheimer, hace que el enfermo sea cada vez más dependiente y precise más ayuda. Esta situación afecta directamente al cuidador que necesariamente

debe de hacerse cargo del enfermo y asistirlo en todo momento, asumiendo las consecuencias perjudiciales asociadas al cuidado.

La enfermedad de Alzheimer además de provocar numerosos efectos perjudiciales a los cuidadores familiares, es un grave problema a nivel mundial desde el punto de vista social, sanitario y económico. Además, las previsiones de futuro no son nada alentadoras, ya que se prevé que los casos de demencia en general y demencia tipo Alzheimer en particular sigan aumentando. Por todo esto, es necesario que las autoridades aporten más ayudas a las ya existentes para quienes padecen directamente las consecuencias de esta enfermedad, así como también seguir investigando sobre la enfermedad y sobre cómo ayudar a los cuidadores familiares de estos enfermos, para tratar de mejorar la calidad de vida de ambos.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Adler, C.M. & Hillhouse, J.J. (1996). Stress, health and immunity: A review of the literature. En T.W. Miller (Ed.), *Theory and assessment of stressful life events* (pp.109-138). Madison, CT: International Universities Press.
- Alberca, R. (2009). Enfermedad de Alzheimer. En J.L. Molinuevo & J. Peña-Casanova (Eds.), *Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones* (pp. 61-85). Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología N° 8. Barcelona: Prous Science, SAU. Thomson Reuters.
- Alberca, R. & López-Pousa, S. (2002). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Médica Panamerica.
- Aldana-Sierralta, G. (2009). No hay tiempo que perder para cuidar a quien cuida un familiar con Alzheimer. *Boletín de la Fundación Alzheimer de Venezuela*, 1(6), 3-4.
- Almedom, F.M. & Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD anymore than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12(2), 127-143. doi: 10.1080/15325020600945962
- Almkvist, O. & Winblad, B. (1999). Early diagnosis of Alzheimer dementia based on clinical and biological factors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(3), 3-9.
- Alzheimer's Disease International (2009). *Informe Mundial sobre el Alzheimer 2009*. Resumen Ejecutivo de Londres: Autor.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Texto Revisado (DSM-IV-TR)*. (4ª ed.). Barcelona: Masson.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. (5th ed.). Arlington, AV: American Psychiatric Publishing.
- Andersson, G. (1996). The benefits of optimism: A meta-analytic review of the Life Orientation Test. *Personality and Individual Differences*, 21(5), 719-725.
- Andlin-Sobocki, P., Jonsson, B., Wittchen, H.U. & Olesen, J. (2005). Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology*, 12(1), 1-27. doi:10.1111/j.1468-1331.2005.01202.x
- Andrews, F.M. & Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being: America's perception of life quality*. New York, NY: Plenum Press.
- Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S.H. & Whitlatch, C.J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. New York, NY: Academic Press.
- Antón, M. (2010). Situación de la asistencia a pacientes con enfermedad de Alzheimer grave. En M. Goñi & P. Martínez-Lage (Eds.), *Alzheimer 2010: Evolución humana y evolución del Alzheimer*. Madrid: Editorial Aula Médica.
- Arai, Y., Zarit, S.H. & Sugiura, M. (2002). Patterns of outcome of caregiving for the impaired elderly: A longitudinal study in rural Japan. *Aging & Mental Health*, 6(1), 39-46.
- Arango, J., Fernández, S. & Ardila, A. (2003). *Las demencias: Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento*. México: Manual.
- Argimon, J.M., Limon, E., Vila, J. & Cabezas, C. (2005). Health related quality of life of caregivers as a predictor of nursinghome placement of patients with dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 19 (1), 41-44.
- Argyle, M. (1997). Is happiness a cause of health? *Psychology and Health*, 12(6), 769-781. doi: 10.1080/08870449708406738

- Armor, D.A. & Taylor, S.E. (1998). Situated optimism: Specific outcome expectancies and self-regulation. En M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. Vol. 30 (pp. 309-379). San Diego, CA: Academic Press.
- Artaso, B., Goñi, A. & Biurrún, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(4), 212-218.
- Aspinwall, L. G. (2001). Dealing with adversity: Self-regulation, coping, adaptation, and health. En A. Tesser & N. Schwarz (Eds.), *The Blackwell handbook of social psychology*. Vol.1 (pp. 159-614). Malden, MA: Backwell.
- Aspinwall, L. G. & Staudinger, U. M. (2003). *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Avia, M.D. & Vazquez, C. (1998). *Optimismo inteligente: Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bachman, D.L., Wolf, P.A., Linn, R., Konoefel, J.E., Cobb, J., Balanger, A.,... D'Agostino, R.B. (1993). Incidence of dementia and probable Alzheimer's disease in a general population: The Framingham Study. *Neurology*, 43(3 Pt 1), 515-519.
- Badía, X. (1995). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos. En J. Sacristán, J. Badía & J. Rovira (Eds.), *Farmacoeconomía*. Madrid: Editores Médicos.
- Badía, X., Salamaero, M. & Alonso, J. (3ª ed.). (2002). *La medida de la salud: Guía de escalas de medición*. Barcelona: Edimac.
- Badía, X., Lara, N. & Roset, M. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. Atención primaria. *Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 34(4), 170-177.

- Barak, Y. (2006). The immune system and happiness. *Autoimmunity Reviews*, 5 (8), 523-527.
- Baumgarten, M. (1989). The health of persons giving care to the demented elderly: A review of the literature. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(12), 1137-1148.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, NY: Hoeber.
- Bédard, M., Kuzik, R., Chambers, L., Molloy, D.W., Dubois, S. & Lever, J.A. (2005). *Understanding burden differences between men and women caregivers: The contribution of care-recipient problem behaviors*. *International Psychogeriatrics*, 17(1), 99-118.
- Belle, S.H., Burgio, L., Burns, R., Coon, D., Czaja, S.J., Gallagher-Thompson, D.,...Zhang, S. (2006). Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: a randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 145(10), 727-38.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (2004). *Manual de Psicopatología (Vol.2)*. Madrid: McGraw-Hill.
- Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios, J. & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18(4), 153-163.
- Bensabat, S. (1984). *Stress, grandes especialistas responden*. Bilbao: Mensajero.
- Berciano, J. (2006). Enfermedades degenerativas del sistema nervioso. Demencias. Enfermedad de Alzheimer. En P. Farregas & C. Rozman (Eds.), *Medicina Interna (15ª ed.)*. Madrid: Elsevier.
- Bergener, M. & Reisberg, B. (1989). *Diagnosis and Treatment of Senile Dementia*. Heidelberg: Springer-Verlag.

- Bermejo, F. (1995). Estadios evolutivos en la demencia y calidad de vida. Instrumentos para su valoración. *Revista de Gerontología, monográfico Abril*, 10-16.
- Bermejo-Pareja, F., Benito-León, J., Vega, S., Medrano, M.J. & Román, G.C. (2008). Incidence and subtypes of dementia in three elderly populations of central Spain. *Journal of Neurological Sciences*, 264(1-2), 63-72.
- Biurrun, A., Artaso, B. & Goñi, A. (2003). Apoyo social en cuidadores familiares de enfermos con demencia. *Geriatría*, 19(5), 181-187.
- Blair, W. (1985). Models for the stress buffering functions of coping resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(4), 352-364.
- Block, J. & Kremen, A. (1996). IQ and Egoresiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349-361.
- Boada, M., Peña, J., Bermejo, F., Guillen, F., Hart, W.M., Espinosa, C. & Rovira, J. (1999). Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de Alzheimer en España. *Medicina Clínica*, 113(18), 690-695.
- Bobes, J., Bascaran, M.T., García-Portilla, M.P., Bousoño, M., Sáiz, P.A. & Wallance, D.H. (2001). *Banco de instrumentos básicos de psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría ED.
- Boerner, K., Schulz, E. & Horowitz, A. (2004). Positive aspects of caregiving and adaptation to bereavement. *Psychology and Aging*, 19(4), 668-675.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bonanno, G.A. & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734.

- Bover-Bover, A. (2006). El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: Una perspectiva de género. *Enfermería Clínica*, 16(2), 69-76.
- Bower, J.E., Kemeny, M.E., Taylor, S.E. & Fahey, J.L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 979-986.
- Bradburn, N.M. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine.
- Braithwaite, V. (2000). Contextual or general stress outcomes: Making choices through caregiving appraisals. *The Gerontologist*, 40(6), 706-717.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo Thomson Learning.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. & Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26(7), 709-723.
- Brod, M., Steward, A. L., Sands, L. & Walton, P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: The Dementia Quality of Life instrument (DQoL). *The Gerontologist*, 39(1), 25–35.
- Brody, S., Puolxhock, S. & Masciocchi, C. (1978). The family caring unit: A major consideration in the long-term support system. *The Gerontologist*, 18(6), 556-561.
- Brown, A.S. (1996). *The social processes of aging and old age*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Cacabelos, R. (1989). Desafío biomédico y sociosanitario de la enfermedad de Alzheimer. *Monografías Médicas Jano*, 3(4), 7-18.

- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Cano-Vindel, A. & Miguel-Tobal, J.J. (2001). Emociones y Salud. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 111-121.
- Carbelo, B. (2005). *El humor en la relación con el paciente. Una guía para profesionales de la salud*. Barcelona: Masson.
- Carbelo, B. (2006). *Estudio del sentido del humor: validación de un instrumento para medir el sentido del humor. Análisis del cuestionario y su relación con el estrés*. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá, España.
- Carbelo, B. & Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: Humor positivo. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 18-30.
- Carnevale, P.J.D. & Isen, A.M. (1986). The influence of positive affect and visual access on the discovery of integrative solutions in bilateral negotiation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 37(1), 1-13. doi: 10.1016/0749-5978(86)90041-5
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Carver, C.S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*, 54(2), 245-266.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1981). *Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior*. New York, NY: Springer Press.
- Carver, C.S. & Gaines, J.G. (1987). Optimism, pessimism and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11(4), 449-462.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York, NY: Cambridge University Press.

- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S.,...Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390.
- Castro, R., Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: Situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-435.
- Chapell, N.L. & Reial, R.C. (2002). Burden and well-being among caregivers: Examining the distinction. *The Gerontologist*, 42(6), 772-780.
- Chapman, A. J. (1983). Humor and laughter in social interaction and some implications for humor research. En P.E. McGhee & J.H. Goldstein (Eds.), *Handbook of Humour Research*, (Vol. I, pp. 135-158). Nueva York, NY: Springer-Verlag.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3), 544-550.
- Clark, P.G. (1995). Quality of life, values, and teamwork in geriatric care: Do we communicate what we mean? *The Gerontologist*, 35(3), 402-411.
- Clipp, E. C. & George, L.K. (1990). Psychotropic drugs use among caregivers of patients with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 38(3), 227-235. doi: 10.1111/j.1532-5415.1990.tb03496.x
- Clipp, E. C. & George, L. K. (1993). Dementia and cancer: A comparison of spouse caregivers. *The Gerontologist*, 33(4): 534–541.
- Coan, R.W. (1977). *Hero, artist, sage, or saint?* New York, NY: Columbia University Press.

- Cochrane, J., Goering, P. & Rogers, J. (1997). The mental health of informal caregivers in Ontario: An epidemiological survey. *American Journal Public Health, 87*(12), 2002-2007.
- Coen, R.F., Swanwick G.R., O'Boyle, C.A. & Coakley, D. (1997). Behavior disturbance and other predictors of career burden in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 12*(3), 331-336.
- Cohen, C.A., Gold, D. P., Shulman, K. I., Tracey, J., Mcdonald, G. & Wargon, M. (1993). Factors determining the decision to institutionalize dementing individuals: A prospective study. *The Gerontologist, 33*(6), 714-720.
- Cohen, C.A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: Rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17*(2), 184-188. doi: 10.1002/gps.561
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, R., Leis, A.M., Kuhl, D., Charbonneau, C., Ritvo, P. & Ashbury, F.D. (2006). QOLLTI-F: Measuring family carer quality of life. *Palliative Medicine, 20*(8), 755-767.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology, 7*(3), 269-297.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist, 59*(8), 676-684. doi:10.1037/0003-066X.59.8.676.
- Cohen, S. & Mckay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. En A. Baum, J.E. Singer & S.E. Taylor, *Handbook of psychology and health*, Vol.4 (pp. 253-267). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S., Underwood, L.G. & Gottlieb, B.H. (Eds). (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. New York, NY: Oxford University Press.

- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M. & Skoner, D. P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Style*, 65(4), 652-657.
- Collins, C. & Jones, R. (1997). Emotional distress and morbidity in dementia carers: A matched comparison of husbands and wives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(12), 1168-1173. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199712)12:12<1168:AID-GPS711>3.0.CO;2-F
- Conde, J. Ll. (1998). Integración de la familia en el proceso terapéutico de la demencia. En R. Alberca & S. López (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (1a. Ed.) (pp. 117-128). Madrid: Panamericana.
- Connor, K.M. & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Coon, D.W. & Edgerly, E.S. (1999). The personal and social consequences of Alzheimer's disease. *Genetic Testing*, 3(1), 29-36.
- Covinsky, K.E., Newcomer, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K. & Yaffe, K. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine*, 18(12), 1006-1014. doi: 10.1111/j.1525-1497.2003.30103.x
- Crespo, M. & López, J. (2003). Cope Abreviado. En M. Crespo & F. Labrador (Eds.), *Estrés* (pp. 98-99). Madrid: Síntesis.
- Crespo, M. & López, J. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes*. Madrid: Pirámide.
- Crespo, M. & López, J. (2008). Cuidadoras y cuidadores: Efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el Envejecimiento. Perfiles y Tendencias*, 35, 1-32. Madrid: IMSERSO.

- Csikszentmihalyi, M. (1999). *Fluir. Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairos.
- Cummings J. L. & Cole G. (2002). Alzheimer Disease. *Journal of the American Medical Association*, 287(18), 2335-2338. doi:10.1001/jama.287.18.2335
- Cummins, R. & Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Intervención Psicosocial*, 9(2), 185-198.
- Czaja, S.J., Eisdorfer, C. & Schulz, R. (2000). Future directions in caregiving: Implications for intervention research. In R. Schulz (Ed.), *Handbook of dementia caregiving intervention research* (pp. 283-319). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Danner, D. D., Snowdon, D. A. & Friesen, W. V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 804-813.
- Dantzer, R. & Mormede, P. (1995). Psychoneuroimmunology of stress. En B.E. Leonard & K. Miller (Eds.), *Stress, the immune system and psychiatry* (pp. 47-67). Chichester: Wiley.
- Davis C. G., Nolen-Hoeksema S. & Larson J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 561-74.
- De la Revilla, L., Bailón, E., De Dios, J., Delgado, A., Prados, M. A. & Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8(9), 688-692.
- De la Sienra, A. (2007). Sobre la felicidad, las teorías y un mundo mejor. Tópicos. *Revista de Filosofía*, 33, 205-214.
- De Vugt, M.E., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., Jaspers, N., Winkens, I., Jolles, J. & Verhey F.R.J. (2004). Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia? *International Journal Geriatric Psychiatry*, 19(9), 85-92. doi: 10.1002/gps.1044

- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the selfdetermination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Derogatis, L.R., Abeloff, M.D. & Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 242(14), 1504-1508.
- Derryberry, D. & Tucker, D. M. (1994). Motivating the focus of attention. En P. Neidenthal & S. Kitayama (Eds.), *The heart's eye: Emotional influences in perception and attention*, (pp.167-196). San Diego, CA: Academic Press.
- Devins, G.M., Mann, J., Mandin, H., Paul, L.C., Hons, R.B., Burgess, E.D., ...Buckle, S. (1990). Psychosocial predictors of survival in end-stage renal disease. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(2), 127-133.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. Intervención psicosocial. *Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, 3(8), 67-113.
- Diener, E. (1999). Introduction to the special section on the structure of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(5), 803-804.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.34
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Sandvik, E. & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, or positive versus negative affect. En F. Strark & M. Argylr (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*.

International series in experimental social psychology, Vol. 21 (pp. 119-139). Oxford: Pergamon Press.

- Diener, E., Diener, M. & Diener, C. (1995). Factor predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 851-864.
- Diener, E., Suh, M., Lucas, E. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Dillon, K.M., Minchoff, B. & Baker, K.H. (1985). Positive emotional state and enhancement of the immune system. *International Journal of Psychiatry*, 15(1), 13-18.
- Dimenäs, E.S., Dahlöf, C.G. Jern, S.C. & Wiklund, I.K. (1990). Defining quality of life in medicine. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1, 7-10.
- Dingfelder, R.T. (2003). The relation of optimism, stress, and physical health in an adolescent population. *Dissertation Abstracts International*, 63(7-B), 3469.
- Draper, B. M., Poulos, C. J., Cole, A., Poulos, R. G. & Ehrlich, F. (1992). A comparison of caregivers for elderly stroke and dementia victims. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(9), 896-901. doi: 10.1111/j.1532-5415.1992.tb01986.x
- Drolet, G., Dumont, E.C., Gosselin, I., Kinkead, R., Laforest, S. & Trottier, J.F. (2001). Role of endogenous opioid system in the regulation of the stress response. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 25(4), 729-741.
- Dubos, R. (1976). The state of health and quality of life. *The Western Journal of Medicine*, 125(1), 8-9.
- Duckworth, A.L., Steen, T.A. & Seligman, M.E.P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154

- Ekman, P. (1989). The argument and evidence about universals in facial expressions of emotion. En H. Wagner & A. Manstead (Eds.), *Handbook of psychophysiology: Emotion and social behaviour* (pp. 143- 164). Chichester: Wiley.
- Ekman, P. (1994). All emotions are basic. En P. Ekman & R. Davidson (Eds.), *The Nature of Emotions. Fundamental Questions* (pp. 15-19). Nueva York: Oxford University Press.
- Ellenbogen, M.A., Hodgins, S., Claire-Dominique, W., Couture, S. & Adam, S. (2006). Daytime cortisol and stress reactivity in the offspring of parents with bipolar disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 31(10), 1164-1180.
- Elliott, A., Burgio, L. & DeCoster, J. (2010). Enhancing caregiver health: Findings from the resources for enhancing Alzheimer's caregiver health II intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(1), 30-37. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02631.x.
- Elliot, S. & Umberson, D. (2004). Recent demographic trends in the U.S. and implications for wellbeing. En J.L. Scott, J. Treas & M. Richards (eds.), *The Blackwell companion to the sociology of families*. Malden, MA: Blackwell.
- Esquirol, E.D. (1914). Deméncé. En *Dictionare de sciences médicales par una societ  de m dicines et de chirugiens* (vol. 4). Paris: Panchouke.
- Family Caregiver Alliance. (2001). *Fact sheet: Selected caregiver statistics*. San Francisco: Autor.
- Feinberg, L.F. (2002). *The state of the art: Caregiver assessment in practice settings*. San Francisco, CA: Family Caregiver Alliance
- Feldberg, C., Tartaglini, M. F., Clemente, M. A., Petracca, G., Cáceres, F. & Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*, 3(1), 11- 17.

- Fernández, J.L. (1993). *Stress, un fenómeno de nuestro tiempo*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Fernández de Larrinoa, P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta E, J. & Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23(3), 388-393.
- Ferri, C.P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., ...Scazufca, M. (2005). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *Lancet*, 366(9503), 2112-2117. doi: S01406736(05)67889-0[pii]10.1016/S01406736(05)67889-0
- Fierro, A. (2006). La inteligencia emocional ¿se asocia a la felicidad? Un aporte provinciano. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 241-249.
- Flórez, J.A., Adeva, J., García, M.C. & Gómez, M.P. (1997). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Jano. Medicina y Humanidades*, 53(1218), 53-64.
- Flory, J.D., Manuck, S.B., Matthews, K.A., & Muldoon M.F. (2004). Serotonergic function in the central nervous system in associated with daily ratings of positive mood. *Journal of Psychiatric Research*, 129(1), 11-19.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science Medicine*, 45(8), 1207-1221.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., Mchugh, P.R. & Fanjiang, G. (2002). *Examen Cognoscitivo Mini-Mental: MMSE* (trabajo original de 1975; adaptación española: Lobo et al., 1979). Madrid, España: TEA.
- Fontaine, K.R. & Jones, L.C. (1997). Self-esteem, optimism, and postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 59-63. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199701)53:1<59:AID-JCLP8>3.0.CO;2-Q

- Förstl, H., Maelicke, A. & Weichel, C. (2007). Prólogo: Epidemiología. En H. Förstl, A. Maelicke & C. Weichel (Eds), *Demencia* (pp. 2-7). Barcelona: J&C Ediciones Médicas.
- Fratiglioni, L., De Ronchi, D. & Agüero-Torres, H. (1999). Worldwide prevalence and incidence of dementia. *Drugs Aging*, 15(5), 365-375.
- Fratiglioni, L., Launer, L.J., Andersen, K., Breteler, M.M., Copeland, J.F., Lobo, A.,...Hoffman, A. (2000). Incidence of dementia and major subtypes in Europe; A collaborative study of population based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology*, 54(11 Suppl. 5), 10-15.
- Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2 (3), 300-319.
- Fredrickson, B.L. (2000). Positive emotions. En C. R. Snyder & S. J. López (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp.120-134). New York: Oxford University Press.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. doi: 10.1037//0003-066X.56.3.218
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *American Scientist*, 91(4), 330-335.
- Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity*. New York, NY: Crown.
- Fredrickson, B. L. & Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12(2), 191-220.
- Fredrickson, B.L. & Branigan, C. (2000). Positive emotions. En T. J. Mayne & G. A. Bonanno (Eds.), *Emotion: Current issues and future directions* (pp. 123-151). New York, NY: Guilford Press.

- Fredrickson, B. L. & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13(2), 172-175.
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C. & Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24(4), 237-258.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M.M., Waugh, C. E. & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States of september 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *The Journal of Social Issues*, 30(1), 159-166.
- Friedman, H., Tucker, J.S., Tomlinson-Keasey, C., Schwartz, J., Wingard, D. & Criqui, M. (1993). Does childhood personality predict longevity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(1), 176-185.
- Fry, W.F. (1994). The biology of humor. *Humor: International Journal of Humor Research*, 7(2), 111-126. doi: 10.1515/humr.1994.7.2.111
- Fundación Alzheimer España. (2014). Enfermedad al día. España: Autor. Recuperado de <http://www.alzfae.org/index.php/enfermedad>
- Gable, S.L. & Haidt, J. (2005). What (and why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110. doi: 10.1037/1089-2680.9.2.103
- Gallagher-Thompson, D. (1994). Clinical intervention strategies for distressed caregivers: Rationale and development of psychoeducational approaches. En E. Light, G. Niederehe & B. D. Lebowitz (Eds.), *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients. Research and interventions* (pp. 260-277). New York, NY: Springer Publishing Company.

- Ganguli, M., Dodge, H.H., Shen, C., Pandav, R.S. & Dekosky, S.T. (2005). Alzheimer disease and mortality: A 15-year epidemiological study. *Archives of Neurology*, 62(5), 779-784.
- García, A., Yanguas, J.J., Etxeberria, I., Iglesias, A., Laskibar, I., Urdaneta, E., ...Lorea, I. (2009). Positive aspects of the caregiving of dementia patients. The relationship with positive emotions. *19th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics*, Paris, 5-9 Julio.
- García, E. (2009). *Emociones positivas*. Madrid, España: Pirámide.
- García, M.M., Mateo, I. & Maroto, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supple.2), 83- 92.
- Garity J. (1997). Stress, learning style, resilience factors, and ways of coping in Alzheimer family caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 12(4), 171-178. doi:10.1177/153331759701200405
- Garre-Olmo, J., Hernández-Ferrándiz, M., Lozano-Gallego, M., Vilalta-Franch, J., Turón-Estrada, A., Cruz-Reina, M.,...López-Pousa, S. (2000). Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista de Neurología*, 31(6), 522-527.
- Gascón-Bayarri, J., Reñé, R., Del Barrio, J.L., de Pedro-Cuesta, J., Ramón, J.M., Manubens, J.M.,...Rubio, F.R. (2007). Prevalence of dementia subtypes in El Prat de Llobregat: The PRACTICON study. *Neuroepidemiology*, 28(4), 224-234.
- Gatz, M., Bengtson, V.L. & Blum, M.J. (1990). Caregiving families. En J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*, 3rd ed. (pp. 404-426). San Diego, CA: Academic Press.
- Gaugler, J.E., Zarit, S.H. & Pearlin, L.I. (1999). Caregiving and institutionization: Perceptions of family conflict and socioemotional support. *The International Journal of Aging and Human Development*, 49(1), 1-25.

- Gaugler, J.E, Zarit, S.H & Pearlin L.I. (2003). The onset of dementia caregiving and its longitudinal implications. *Psychology and Aging*, 18(2), 171-180.
- Gaugler, J.E., Kane, R. & Newcomer, R. (2007). Resilience and transitions from dementia caregiving. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62 B(1), 38-44.
- George, L.K. & Gwyther, L.P. (1984). *The dynamics of caregiver burden: Changes in caregiver well-being over time*. Comunicación presentada en el *Annual Meetings of the Gerontological Society of America*. San Antonio, Texas.
- George, L.K. & Gwyther, L.P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26(3), 253-259. doi: 10.1093/geront/26.3.253
- Gerra, G., Fertomani, G., Zaimovic, A., Caccavari, R., Reali, N., Maestri, D.,... Brambilla, F. (1996). Neuroendocrine responses to emotional arousal in normal women. *Neuropsychobiology*, 33(4), 173-181.
- Gerra, G., Zaimovic, A., Franchini, D., Palladino, M., Giucastro, G., Reali, N.,... Brambiulla, F. (1998). Neuroendocrine responses of healthy volunteers to "techno-music": Relationships with personality traits and emotional state. *International Journal of Psychophysiology*, 28(1), 99-111.
- Gilbert, D.T. (2006). *Stumbling on happiness*. New York, NY: Knopf.
- Gillham, J.E. & Seligman M.E.P. (1999) Footsteps on the road to a positive psychology. *Behavior Research and Therapy*, 37(1), 163-173.
- Goldberg, D. P. & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Goldberg, D.P. & Williams, P. (1996). *Cuestionario de Salud General GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

- González, E., De Andrés, S. & Moya, L. (2011). The cortisol awakening response in caregivers of schizophrenic offspring shows sensitivity to patient status. *Anxiety Stress Coping*, 24(1), 107-120.
- González-Salvador, M.T., Arango, C., Lyketsos, C.G. & Barba, A. (1999). The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(9), 701-710. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199909)14:9<701::AID-GPS5>3.0.CO;2-#
- Goode K.T., Haley E.H. & Roth D.L. (1998). Predicting longitudinal changes in caregiver's physical and mental health. *Health Psychology*, 17(2), 190-198.
- Graeber, M.B., Kösel, S., Grasbon-Frodl, E., Möller, H.J. & Mehraein, P. (1998). Histopathology and APOE genotype of the first Alzheimer disease patient, Auguste D. *Neurogenetics*, 1(3), 223-228.
- Grafström M. & Winblad B. (1995). Family burden in the care of the demented and nondemented elderly: A longitudinal study. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 9(2), 78-86.
- Haley, W. E., Roth, D. L., Coleton, M. I., Ford, G. R., West, C. A. C., Collins, R. P. & Isober, T. L. (1996). Appraisal, coping, and social support as mediators of well-being in black and white family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 121-129.
- Harker, L. & Keltner, D. (2001). Expressions of positive emotion in women's college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 112-124. doi: 10.1037//0022-3514.80.1.112
- Hernández, B. & Valera, S. (2001). *Psicología social aplicada e intervención psicosocial*. Tenerife: Editorial Resma.

- Hewitt, C.E., Perry, A.E., Adams, B. & Gilbody, M. (2011). Screening and case finding for depression in offender populations: A systematic review of diagnostic properties. *Journal of Affective Disorders*, 128(1-2), 72-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.029>
- Hilgeman, M.M., Allen, R.S., DeCoster, J. & Burgio, L.D. (2007). Positive aspects of caregiving as a moderator of treatment outcome over 12 months. *Psychology and Aging*, 22(2), 361-371. doi: 10.1037/0882-7974.22.2.361
- Hinrichsen, G. A. & Nierderehe, G. (1994). Dementia management strategies and adjustment of family members in older patients. *Gerontologist*, 34(1), 95-102.
- Hirst, M. (2005) Carer distress: A prospective, population-based study. *Social Science and Medicine*, 61(3), 697-708. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.01.001
- Hofman, A., Rocca, W.A., Brayne, C., Breteler, M.M., Clarke, M., Cooper, B., ...Amaducci, L. (1991). The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. Eurodem Prevalence Research Group. *International Journal Epidemiology*, 20(3), 736-748. doi: 10.1093/ije/20.3.736
- Holley, C.K. & Mast, B.T. (2009). The impact of anticipatory grief on caregiver burden in dementia caregivers. *The Gerontologist*, 49(3), 388-396. doi: 10.1093/geront/gnp061
- Hooker, K., Monahan, D., Shifren, K. & Hutchinson, C. (1992). Mental and physical health of spouse caregivers: The role of personality. *Psychology and Aging*, 7(3), 367-375.
- Hubert, W. & de Jong-Meyer, R. (1991). Autonomic, neuroendocrine, and subjective responses to emotion-inducing film stimuli. *International Journal of Psychophysiology*, 11(2), 131-140.

- Hubert, W., Moller, M. & de Jong-Meyer, R. (1993). Film induced amusement changes in saliva cortisol levels. *Psychoneuroendocrinology*, 18(4), 265-272.
- Huppert, F. A. & Whittington, J. E. (2003). Evidence for the independence of positive and negative well-being: Implications for quality of life assessment. *British Journal of Health Psychology*, 8(1), 107-122.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: Autor.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2005a). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*. Madrid: Autor.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2005b). *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Autor.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Autor.
- Irwin, M. & Patterson, T. L. (1994). Neuroendocrine and neural influences on stress-induced suppression of immun function. En E. Light, G. Niederehe & B. D. Lebowitz (Eds.), *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients. Research and interventions* (pp. 76-92). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Isen, A.M. (1987). Positive affect, cognitive processes and social behavior. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 20 (pp. 203-253). Nueva York, NY: Academic Press.
- Isen, A.M. (1990). The influence of positive and negative effect on cognitive organization: Some implications for development. En N. L. Stein, B. Leventhal & T. Trabasso (Eds.), *Psychological and biological approaches to emotion* (pp. 75-94). New York, NY: Erlbaum.

- Isen, A.M. (1993). Positive affect and decision making. En M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 216-277). New York, NY: Guilford Press.
- Isen, A. M. (1999). Positive affect. En T. Dagleish & M. Powers (Dir.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 521-539). Sussex, England: Wiley.
- Isen, A. M. (2000). Positive effect and decision making. En M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2a. ed., pp. 417-435). New York, NY: Guilford Press.
- Isen, A. M. & Daubman, K. A. (1984). The influence of affect on categorization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6), 1206-1217.
- Isen, A. M., Johnson, M. M. S., Mertz, E. & Robinson, G. F. (1985). The influence of positive affect on the unusualness of word associations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(6), 1413-1426.
- Isen, A. M., Daubman, K. A. & Nowicki, G. P. (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(6), 1122-1131.
- Isen, A. M., Nygren, T. E. & Ashby, F. G. (1988). The influence of positive affect on the perceived utility of gains and losses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5), 710-717.
- Isen, A. M., Roenzweig, A. S. & Young, M. J. (1991). The influence of positive affect on clinical problem solving. *Medical Decision Making*, 11(3), 221-227.
- Isen, A. M., Niedenthal, P. & Cantor, N. (1992). The influence of positive affect on social categorization. *Motivation and Emotion*, 16(1), 65-78.
- Izal, M., Montorio, I., Márquez, M., Losada, A. & Alonso, M. (2001). Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes percibidas por los profesionales de los servicios sociales y de la salud. *Intervención Psicosocial*, 10(1), 23-40.

- Jáuregui, E. (1998). Situating laughter: Amusement, laughter and humor in everyday life. Tesis Doctoral. Instituto Universitario Europeo.
- Jáuregui, E. (2004). Life's a Laugh and Death's a Joke: The Relevance of Dramaturgical Theory to "Therapeutic Humor". Ponencia en la 16ª Conferencia del International Society for Humor Studies (Dijon, Francia).
- Jorm, A.F. (1994). *La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines*. Fundación Caja Madrid. Barcelona: S.G. Editores.
- Junqué, C. & Jurado, M. (1994). *Envejecimiento y demencias*. Barcelona: Martínez Roca.
- Kamen, L. P., Rodin, J., & Seligman, M. E. P. (1987). *Explanatory style and immune functioning*. Unpublished Manuscript, Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M.E.P. & Dwyer, J. (1991). Explanatory style and cell-mediated immunity. *Health Psychology, 10*(4), 229-235.
- Kay, D. (1991). The epidemiology of dementia: A review of recent work. *Reviews in Clinical Gerontology, 1*(1), 55-66.
- Kerkkanen, P., Kuiper, N. & Martin, R.A. (2004). Sense of Humor, physical health and wellbeing at work: A three year longitudinal study of Finnish police officers. *Humor: International Journal of Humor Research, 17*(1-2), 21-35.
- Kettl, P. (2007). Helping families with end-of-life care in Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*(3), 428-429.
- Keyes, C. L. M. & Waterman, M. B. (2003). Dimensions of well-being and mental health. En M. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes & K. Moore (Eds.), *Adulthood, well-being: Positive development throughout the life course* (pp. 477-497). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kiecolt-Glaser, J.K. & Glaser, R. (1994). Caregivers, mental health, and immune function. En E. Light, G. Niederehe & B. D. Lebowitz (Eds.),

Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients. Research and interventions (pp. 64-75). New York, NY: Springer Publishing Company.

- Kiecolt-Glaser J.K., Glaser R, Gravenstein S, Malarkey W.B. & Sheridan J. (1996). Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 93(7), 3043-3047.
- Korn, L., Logsdon, R., Polissar, N., Gomez-Beloz, A., Waters, T. & R yser, R. (2009). A Randomized Trial of a CAM Therapy for Stress Reduction in American Indian and Alaskan Native Family Caregivers. *The Gerontologist* 49(3), 368-377. doi:10.1093/geront/gnp032
- Kramer, B. (1997). Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. *The Gerontologist*, 37(2), 239-249. doi: 10.1093/geront/37.2.239
- Kubzansky, L.D., Sparrow, D., Vokonas, P. & Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? *Psychosomatic Medicine*, 63(6), 910-916.
- Kubzansky, L.D., Wright, R.J., Cohen, S., Weis, S.T., Rosner, B. & Sparrow, D. (2002). Breathing Easy: A prospective study of optimism and pulmonary function in the Normative Aging Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(4), 345-353.
- Kuiper, N.A. & Nicholl, S. (2004). Thoughts of feeling better? Sense of humor and physical health. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 1-2.
- Kuiper, N. A., Martin, R. A. & Olinger, L. J. (1993). Coping humor, stress, and cognitive appraisals. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25, 81-96.
- Kuiper, N.A., Grimshaw, M., Leite, C. & Kirsh, G. (2004). Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and

psychological well-being. *International Journal of Humor Research*, 17(1-2), 135-168. doi: 10.1515/humr.2004.002

Labrador, F.J. (1992). *El estrés*. Madrid: Temas de Hoy.

Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Bergiristáin, J. M., Valderrama, M. J. & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 443-450.

Laserna, J. A., Castillo, A., Peláez, E. M., Navío, L. F., Torres, C. J., Rueda, S., Ramírez, M. N. & Pérez, M. (1997). Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicología Conductual*, 5(3), 365-375.

Launer, L. J. & Hofman, A. (2000). Frequency and impact of neurologic diseases in the elderly of Europe: a collaborative study of population based cohorts. *Neurology*, 54(Supple.5), 1-3.

Lawton, M. P. (1994). Quality of life in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8(3), 138-150.

Lawton, M. P., Moos, M., Kleban, M. H., Glicksman, A. & Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46 (4), 181-189.

Lazarus, R. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21. Recuperado de <http://www.annualreviews.org/aronline>

Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción: Su manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de brouwer.

Lazarus R. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York, NY: Springer.

Ledoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York, NY: Simon & Schuster.

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, Nº 299, pp. 44142-44156 (15 de diciembre de 2006).
- Linley, P.A., Joseph, S., Harrington, S. & Wood, A.M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16. doi: 10.1080/17439760500372796
- Lishman, W. & Ron, M. (1980). El concepto de demencia. En A. Portera & F. Bermejo (Eds.), *Demencias*. Madrid: Mayoria.
- Lobo, A., Esquerria, J., Gómez-Burgada, F., Sala, J.M. & Seva-Díaz, A. (1979). El Mini-Exámen Cognoscitivo: Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencia*, 7(3), 189-202.
- Lopera, F., Ardilla, A., Martínez, A., Madrigal, L., Arango-Viana, J.C., Lemere, C.A.,...& Kosik, K.S. (1997). Clinical features of early-onset Alzheimer's disease in a large kindred with an E280A presenilin-1 mutation. *The Journal of the American Medical Association*, 277(10), 1104-1107. doi:10.1001/jama.1997.03540340027028
- López, J. & Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: Una revisión. *Psicothema*, 19(1), 72-80.
- López, J., López-Arrieta, J. & Crespo, M. (2005). Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(1), 81-94.
- López, M. J., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona de la Morena, J. & Alonso, F. J. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y salud. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 2(7), 332-334.
- López, S. J. & Snyder C. R. (2003). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington, EE.UU: American Psychological Association.

- López-Pousa, S. & Garre-Olmo, J. (2010). La demencia: Concepto y epidemiología. En: R. Alberca & S. López-Pousa (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp. 29-38). Madrid: Editorial Panamericana.
- López-Pousa, S., Vilalta, J. & Llinás, J. (1996). *Manual de demencias*. Barcelona. Prous Science.
- Losada, A., Montorio, I., Izal, M. & Márquez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: IMSERSO.
- Lovell, B. & Wetherell, M. A. (2011). The cost of caregiving: Endocrine and immune implications in elderly and non elderly caregivers. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(6), 1342-1352.
- Lucas, R.E., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628.
- Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Lutzky, S. M. & Knight, B. G. (1994). Explaining gender differences in caregiver distress: The roles of emotional attentiveness and coping styles. *Psychology and Aging*, 9, 513-519.
- Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad: un método probado para conseguir el bienestar*. Barcelona: Urano.
- Lyubomirsky, S. & Lepper, H.S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46(2), 137-155.

- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803
- Maddux, J. E. (2002). Stopping the «madness»: Positive psychology and the deconstruction of the illness ideology and the *DSM*. En C. R. Snyder & S. J. Lopez (Dir.), *Handbook of positive psychology* (pp. 13-25). New York, NY: Oxford University Press.
- Mahoney, R., Regan, C., Latoma, C. & Livignston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 13(9), 795-801.
- Majerovitz, S.D. (1995). Role of family adaptability in the psychological adjustment of spouse caregivers to patients with dementia. *Psychology and Aging*, 10(3), 447-457.
- Malatesta, C. Z. & Wilson, A. (1988). Emotion cognition interaction in personality development: A discrete emotions, functionalist analysis. Special Issue: The social context of emotion. *British Journal of Social Psychology*, 27(1), 91-112. doi: 10.1111/j.2044-8309.1988.tb00807.x
- Mangone, C.A., Sanguinetti, R.M., Baumann, P.D., González, R.C., Pereyra, S. & Bozzola, F.G. (1993). Influence of feelings of burden on the caregiver's perception of the patient's functional status. *Dementia*, 4(5), 287-293. doi: 10.1159/000107335
- Marks, N.F., Lambert, J.D. & Choi, H. (2002). Transitions to caregiving, gender, and psychological well-being: Prospective evidence U.S. national study. *Journal of Marriage and Family*, 64(3), 657-667. doi: 10.1111/j.1741-3737.2002.00657.x
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Mijí, L.C., Rico, J.M., Lanz, P. & Taussing, M.I. (1996). Adaptación a nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 6(4), 338-346.

- Martin, R. A. (1996). The Situational Humor Response Questionnaire (SHRQ) and Coping Humor Scale (CHS): A decade of research findings. *Humor*, 9(3-4), 251-272.
- Martin, R. A. (2001). Humor, laughter, and physical health: Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*, 127(4), 504-519.
- Martin, R.A. (2007). *The psychology of humor: an integrative approach*. New York, NY: Academic Press.
- Martin, R.A., Kuiper, N., Olinger, J. & Dance, K. (1993). Humor, coping with stress, self concept and psychological well-being. *Humor: International Journal of Humor Research*, 6(1), 89-10. doi: 10.1515/humr.1993.6.1.89
- Martínez-Lage, J.M. & Moya, M. (2003). Factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer En J.M. Martínez Lage & L.F. Pasqual Millán (Eds.), *Alzheimer 2003. ¿Qué hay de nuevo?* (pp. 33-58). Madrid: Aula Médica Ediciones.
- Maruta, T., Colligan, R.C., Malinchoc, M. & Offord, K.P. (2000). Optimists vs pessimists: Survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clinic Proceedings*, 75(2), 140-143.
- Maruta, T., Colligan, R.C., Malinchoc, M. & Offord, K.P. (2002). Optimism-Pessimism assessed in the 1960s and self-reported health status 30 years later. *Mayo Clinic Proceedings*, 77(8), 748-753.
- Masanet E. & La Parra D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública*, 85(3), 257-266.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary Magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227- 238.

- Masten, A.S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(3), 921-930.
- Matson, N. (1994). Coping, caring and stress: A study of stroke carers and carers of older confused people. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(3), 333-344. doi: 10.1111/j.2044-8260.1994.tb01129.x
- Maurer, K. & Maurer, U. (2006). *Alzheimer: La vida de un medico, la historia de una enfermedad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- McCarthy, L., Wetzel, M., Sliker, J.K., Eisenstein, T.K. & Rogers, T.J. (2001) Opioids, opioid receptors, and the immune response. *Drug and Alcohol Dependence*, 62(2), 111-123.
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D. & Stadlan, E.M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34(7), 939-944.
- McKhann, G., Knopman, D., Chertkow, H., Hyman, B., Jack, C., Kawas, C., ...Phelps, C. (2011). The diagnostic of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 263-269.
- Mears R., & Sánchez S. (2005). Necesidades del cuidador del enfermo de Alzheimer terminal. *Enfermería Global: Revista Electrónica Semestral de Enfermería*, Nº 7, 1-26.
- Menor, J., Peraita, H. & Elosúa, R. (2001). *Trastornos de la memoria en la enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Trotta.
- Meuser, T.M. & Marwit, J.S. (2001). A comprehensive, stage- sensitive model of grief in dementia caregiver. *The Gerontologist*, 41(5), 658-670. doi: 10.1093/geront/41.5.658

- Michalos, A.C. (1986). An application of Multiple Discrepante Theory (TDM) to seniors. *Social Indicator Research*, 18(4), 349-373.
- Moïse, P., Schwarzinger, M. & Um, M. (2004). Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis. *OECD Health Working Papers*, N° 13, OECD Publishing. doi: <http://dx.doi.org/10.1787/485700737071>
- Molinuevo, J.L. & Peña-Casanova, J. (2009). *Guía oficial para la práctica clínica en demencias: Conceptos, criterios y recomendaciones*. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología N° 8. Barcelona: Prous Science, SAU. Thomson Reuters.
- Møller, T., Gudde, C., Folden, G. E. & Linaker, O. (2009). The experience of caring in relatives to patients with serious mental illness: Gender differences, health and functioning. *Scandinavian Journal of Caring Sciencies*, 23(1), 153-160. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00605.x
- Montgomery, R.J.V. & Borgatta, E.F. (1989). Effects of alternative family support strategies. *The Gerontologist* 29(4), 457-464. doi: 10.1093/geront/29.4.457
- Montorio, I., Díaz-Veiga, P. & Izal, M. (1995). Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 30(3), 157-168.
- Montorio I., Fernández de Trocóniz, M., López, A. & Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador: Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248.
- Montorio, I., Izal, M., & Díaz, P. (1999). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Montorio, I., Yanguas, J. & Díaz-Veiga, P. (1999). El cuidado del anciano en el ámbito familiar. En M. Izal & I. Montorio (Eds.), *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación* (pp. 141-158). Madrid: Síntesis.

- Mount, C. & Downton, C. (2006). Alzheimer disease: Progress or profit? *Nature Medicine*, 12(7), 780-784.
- Moyano, E. & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: Midiendo satisfacción con la vida, felicidad y salud en población chilena de la región Maule. *Revista Universum*, 22(2), 177-193.
- Muela, J.A., Torres, C.J. & Peláez, E.M. (2001). La evaluación de la asertividad como predictor de carga en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 36(1), 41-45.
- Muela, J.A., Torres, C.J. & Peláez, E.M. (2002). Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Alzheimer*, 18(2), 34-36.
- Muñoz, P.E., Tejerían-Allen, M. & Cañas, F. (1995). *Estudio de validación predictiva del GHQ en población general urbana*. Beca FIS 93/0905. Sin publicar.
- Murman, D.L., Chen, Q., Powell, M.C., Kuo, S.B., Bradley, C.J. & Colenda, C.C. (2002). The incremental direct costs associated with behavioural symptoms in Alzheimer disease. *Neurology*, 59(11), 1721-1729.
- Myers, D.G. (1993). *The pursuit of happiness*. New York: Avon. En D.G. Myers, (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-67. doi: 10.1037//0003-066X.55,1.56
- Myers, D.G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-67. doi: 10.1037//0003-066X.55,1.56
- Newman, R. (2005). APA's resilience initiative. *Profesional Psychology, Research and Practice*, 36(3), 227-229.
- Nolan, M., Grant, G. & Keady, J. (1996). *Understanding Family Care. A multidimensional model of caring and coping*. Open University Press: Buckingham & Philadelphia.

- Novak, M. & Guest, C. (1989). Caregiver response to Alzheimer's disease. *International Journal of Aging and Human Development*, 28(1), 67-79. doi: 10.2190/4W02-HLMK-HAMJ-UTQP
- Novak, M. & Guest, C. (1992). A comparison of the impact of institutionalization on spouse and nonspouse caregivers. *The Journal of Applied Gerontology*, 11(4), 379-394. doi: 10.1177/073346489201100401
- Oliva, J. & Osuna, R. (2008). Métodos de valoración de cuidados informales. En S. Jiménez-Martín (Coord.), *Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España* (pp. 163-177), Madrid: UPD.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Autor. Recuperado de http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe de la situación mundial de 2010 enfermedades no transmisibles*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012*. Ginebra: Autor.
- Ory, M. G., Hoffman, R. R., Yee, J. L., Tebbstedt, S. & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and non-dementia caregivers. *The Gerontologist*, 39(2), 177-185.
- Ostir, G., Markides, K., Black, S. & Goodwin, J. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(5), 473-478.

- Otero, J.M., Luengo, A., Romero, F., Gómez, J.A. & Castro, C. (1998). *Psicología de la personalidad. Manual de Prácticas*. Barcelona, España: Ariel Practicum.
- Ott, A., Breteler, M.M., Van Harskamp, F., Stijnen, T. & Hofman, A. (1998). Incidence and risk of dementia. The Rotterdam Study. *American Journal of Epidemiology*, 147(6), 574-580.
- Palomino, G. L., González, A. & Blanco, L. A. (2008). Perfil del cuidador: Sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(4), 159-166.
- Park, C.L., Moore, P.J., Turner, R.A. & Adler, N.E. (1997). The roles of constructive thinking and optimism in psychological and behavioral adjustment during pregnancy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 584-592.
- Parkinson, B. (1996). Emotions are social. *British Journal of Psychology*, 87(4), 663-683.
- Parkinson, B. (2001). Anger on and off the road. *British Journal of Psychology*, 92(3), 507-526.
- Patrick, D.L., & Erikson, P. (1993). *Health status and health policy. Allocating resources to health care*. New York, NY: Oxford University Press.
- Pavot, W., Diener, E.D., Colvin, C.R. & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-161. doi: 10.1207/s15327752jpa5701_17
- Pearlin, L.I. (1992). The careers of caregivers. *The Gerontologist*, 32(5), 647. doi: 10.1093/geront/32.5.647
- Pearlin, L.I. (1994). Conceptual strategies for the study of caregivers stress. En E. Light, G. Niederehe & B.D. Lebowitz (Eds.), *Stress effects on family*

caregivers of Alzheimer's patients. New York, NY: Springer Publishing Company.

- Pearlin L.I. & Aneshensel C.S. (1994). Caregiving: The unexpected career. *Social Justice Research*, 7(4), 373-390.
- Pearlin, L.I. & Skaff, M.M. (1995). Stressors in adaptation in late life. En M. Gatz (Ed.), *Emerging issues in mental health and aging* (pp. 97-123). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594. doi: 10.1093/geront/30.5.583
- Perea, M.V. & Ladera, V. (2005). Demencias. En M.V. Perea & A. Ardila (Eds.), *Síndromes Neuropsicológicos* (pp.256). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression, theory and evidence. *Psychological Review*, 91(3), 347-374. doi: 10.1037/0033-295x.91.3.347
- Peterson, C. & Bossio, L.M. (1991). *Health and optimism*. New York, NY: Oxford University Press.
- Peterson, C. & De Avila, M.E. (1995). Optimistic explanatory style and the perception of health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 128-132.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P. & Vaillant, G.E. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(1), 23-27.

- Peterson, C., Seligman, M.E.P., Yurko, K.H., Martin, L.R. & Friedman, H.S. (1998). Catastrophizing and untimely death. *Psychological Science*, 9(2), 127-130. doi:10.1111/1467-9280.00023
- Peña-Casanova, J. (1999). *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: Conceptos y hechos*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Pines, A. & Kafry, D. (1978). Coping with burnout. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychology Association. Toronto, Canadá.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), 112-128.
- Pressman, S.D. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925-971.
- Pruchno, R.A. & Potashnik, S.L. (1989). Caregiving spouses: Physical and mental health in perspective. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(8), 697-705. doi: 10.1111/j.1532-5415.1989.tb02230.x
- Punset, E. (2010). *Viaje a las emociones. Las claves que mueven el mundo: La felicidad, el amor y el poder de la mente*. Barcelona: Destino.
- Pushkar-Gold, D., Cohen, C., Shulman, K., Zuccherro, C., Andres, D. & Etezadi, J. (1995). Caregiving and dementia. *International Journal of Aging and Human Development*, 41(3), 183-201.
- Rabins, P.V. & Black, B.S. (2007). Measuring quality of life in dementia: Purposes, goals, challenges and progress. *International Psychogeriatrics*, 19(3), 401-407.
- Rando, T.A. (1986). *Loss and anticipatory grief*. Lexington: Lexington Books.

- Raschick, M. & Ingersoll, B. (2004). The costs and rewards of caregiving among aging spouses and adult children. *Family Relations*, 53(3), 317-325. doi: 10.1111/j.0022-2445.2004.0008.x
- Reed, G.M., Kemeny, M.E., Taylor, S.E., Wang, H.Y. & Visscher, B.R. (1994). "Realistic acceptance" as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13(4), 299-307.
- Reed, G.M., Kemeny, M.E., Taylor, S.E. & Visscher, B.R. (1999). Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men. *Health Psychology*, 18(4), 354-363.
- Reisberg, B., Ferris, S.H., de León, M.J. & Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139.
- Roca, M. & Úbeda, I. (2000). Atención domiciliaria. En A. Sánchez, V. Aparicio, C. Germán, L. Mazarrasa, A. Merelles & A. Sánchez (Eds.), *Actuación en enfermería comunitaria. Sistemas y programas de salud* (pp. 195-215). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Roca, M., Úbeda, I., Fuentelsaz, C., López, R., Pont, A., García, L. & Pedreny, R. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria*, 26(4), 53-67.
- Rocca W.A., Hofman, A., Brayne, C., Breteler, M.M, Clarke, M., Copeland, J.R., ...Heeren, T.J. (1991). Frequency and distribution of Alzheimer's disease in Europe: A collaborative study of 1980-1990 prevalence findings. The EURODEM-Prevalence research Group. *Annals of Neurology*, 30(3), 381-390.
- Rodríguez, M. & Sánchez, J.L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de Psicología*, 20(2), 175-186.

- Rodríguez del Álamo, A. (2002). Factores de riesgo de sobrecarga en los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Alzheimer*, 28(4), 34-36.
- Rodríguez del Álamo, A. (2005). *Sobrecarga psicofísica en cuidadores de enfermos de Alzheimer: Causas, problemas y soluciones*. Fundación PF de Neurociencias: Barcelona. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 393-405.
- Rogero-García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: IMSERSO.
- Rogers, H. & Arango, J.C. (2006). Retrogenesis theory in Alzheimer's disease: Evidence and clinical implications. *Anales de Psicología*, 22(2) 260-266.
- Roth, D. L., Haley, W. E., Owen, J. E., Clay, J. & Goode, K. T. (2001). Latent growth models of the longitudinal effects of dementia caregiving. A comparison of African American and white family caregivers. *Psychology and Aging*, 16(3), 427-436.
- Ruch, W. & Köhler, G. (1998). A temperament approach to humor. En W. Ruch (Ed.), *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic* (pp.203-230). New York, NY: Mouton de Gruyter.
- Ruiz, J.J. (2007). Cien años de enfermedad de Alzheimer. Alois Alzheimer: su vida y su obra. Historia de la enfermedad de Alzheimer. *Alzheimer: Realidades e Investigación en demencia*, 35, 12-22. Recuperado de <http://www.revistaalzheimer.com/pdf/0162.pdf>

- Ryff, C. D. & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
- Salameh, W.A. & Fry, W.F. (2004). *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sandin, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. & Valiente.R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Sanjuán, P. & Pérez García, A.M. (2003). Personalidad y vida afectiva I: Afectos positivos. En J. Bermúdez, A.M. Pérez García & P. Sanjuán (Eds.), *Psicología de la personalidad: Teoría e Investigación, Vol.II* (pp. 21-54). Madrid: UNED.
- Savva, G.M. & Brayne, C. (2010). Epidemiología y repercusión de la demencia. En M.F. Weiner & A.M. Lipton (Eds.), *Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp. 17-21). Madrid: Editorial Panamericana.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55(2), 169-210.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 201-228.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Psychological Science*, 2(1), 26-30. doi: 10.1111/1467-8721.ep10770572

- Scheier, M.F., Weintraub, J.K. & Carver, C.S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1257-1264.
- Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J.F., Magovern, G.J., Lefebvre, R.C., Abbott, R.A. & Carver, C.S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6): 1024-1040.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self mastery and self esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1.063-1.078.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. & Bridges, M.W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological wellbeing. En E.C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 189-216). Washington, DC: APA.
- Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J.F., Magovern, G.J., Lefebvre, R.C., Abbott, R.A. & Carver, C.S. (2003). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. En P. Salovey & A.J. Rothman (Eds.), *Social psychology of health* (pp. 342-361). New York, NY: Psychology Press.
- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor of mortality. *The Journal of the American Medical Association*, 282(23), 2215-2219. doi:10.1001/jama.282.23.2215
- Sears, D.O. (1983). The person-positivity bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(2), 233-250.
- Seligman, M.E.P. (1999). The president's address. *American Psychologist*, 54(8), 559-562.

- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, NY: Free Press/Simon and Schuster.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M.E.P., Castellon, C., Cacciola, J., Schulman, P., Luborsky, L., Ollove, M. & Downing, R. (1988). Explanatory style change during cognitive therapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(1), 13-18.
- Seligman, M.E.P., Ernst, R.M., Gillham, J., Reivich, K. & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3), 293-311. doi: 10.1080/03054980902934563
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Seltzer, M.M. & Li L.W. (2000). The dynamics of caregiving: Transitions during a three-year prospective study. *The Gerontologist*, 40(2), 165-178.
- Selye (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Selye (1956). *The stress of life*. New York, NY: Mc Graw-Hill.
- Seshadri, S., Wolf P.A., Beiser, A., Au, R., McNulty, K., White, R. & D'Agostino, R.B. (1997). Lifetime risk of dementia and Alzheimer's disease: The impact of mortality on risk estimates in the Framingham study. *Neurology*, 49(6), 1498-1504. doi: 10.1212/WNL.49.6.1498
- Shaw, W. S., Patterson, T. L., Semple, S. J., Grant, I., Yu, E. S., Zhang, M., He, Y. & Wu, W. Y. (1997). A cross-cultural validation of coping strategies and their associations with caregiving distress. *The Gerontologist*, 37(4), 490-504.

- Shepperd, J.A., Maroto, J.J. & Pbert, L.A. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality, 30*(4), 517-534.
- Shin, D.C. & Johnson, D.M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research, 5*(1-4), 475-492.
- Sieber, W.J., Rodin, J., Larson, L. & Ortega, S. (1992). Modulation of human natural killer cell activity by exposure to uncontrollable stress. *Brain, Behavior and Immunity, 6*(2), 141-156.
- Siegrist, J. (2005). Social reciprocity and health: new scientific evidence and policy implications. *Psychoneuroendocrinology, 30*(10), 1033-1038.
- Siegrist, J., Broer, M. & Junge, A. (1996). *Profil der lebensqualität chronoschranker (PLC)*. Göttingen: Hogrefe-Verlag GmbH and Co.
- Sin, N.L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviation depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*(5), 467-487. doi: 10.1002/jclp.20593
- Skaff, M.M. & Pearlin, L.I. (1992). Caregiving: Role engulfment and the loss of self. *The Gerontologist, 32*(5), 656-664. doi: 10.1093/geront/32.5.656
- Smerglia, V., Miller, N., Sotnak, D. & Geiss, C. (2007). Social support and adjustment to caring for elder family members: A multi-study analysis. *Aging & Mental Health, 11*(2), 205–217.
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2000). *Consenso Español sobre Demencias*. Madrid: Drug Pharma.
- Spector, N.H. (1997). The great Hans Selye and the great "stress" muddle. *Developmental Brain Dysfunction, 10*(6), 538-542.
- Stein, N.L., Folkman, S., Trabasso, T. & Richards, T. A. (1997). Appraisal and goal processes as predictors of psychological well-being in bereaved

- caregivers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 872-884.
- Stone, R., Cafferata, G.L. & Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A national profile. *The Gerontologist*, 27(5), 616-626. doi: 10.1093/geront/27.5.616
- Stroebe, M.S., Stroebe, W. & Hansson, R.O. (1993). *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Stuckey, J. & Smyth, K. (1997). The impact of social resources on the Alzheimer's disease caregiving experience. *Research on Aging*, 19(4), 423-441.
- Svebak, S. (1996). The development of sense of humor questionnaire: From SHQ to SHG-G. *Humor: International Journal of Humor Research*, 9 (3-4), 341-361.
- Svebak, S., Gøtestam, K.G. & Jensen, E.N. (2004). The significance of sense of humor, life regard, and stressors for bodily complaints among high school students. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17(1-2), 67-83.
- Szabo, S. (1998). Hans Selye and the development of the stress concept. Special reference to gastroduodenal ulcerogenesis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 851, 19-27. doi: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb08972.x
- Taylor, S. E. (1989). *Positive illusions*. New York, NY: Basic Books.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Aspinwall L.G., Schneider, S.C., Rodríguez, R. & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for AIDS. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 460-473.

- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower J.E. & Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55 (1), 99-109.
- Testa, M.A. & Simonson, D.C. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-840.
- Thorson, J.A. & Powell, F.C. (1991). Measurement of sense of humor. *Psychological Reports*, 69(2), 691-702.
- Thorson, J.A. & Powell, F.C. (1993a). Sense of humor and dimensions of personality. *Journal of Clinical Psychology*, 49(6), 799- 809.
- Thorson, J.A. & Powell, F.C. (1993b). Development and validation of the multidimensional sense of humor scale. *Journal of Clinical Psychology*, 49(1), 13-23.
- Townsend, A., Noelker, L., Deimling, G. & Bass, D. (1989). Longitudinal impact of interhousehold caregiving on adult children's mental health. *Psychology and Aging*, 4(4), 393-401.
- Tschanz, J.T., Corcoran, C., Skoog, I., Khachaturian, A.S., Herrick, J., Hayden, K.M.,...Breitner, J.C.S. (2004). Dementia: The leading predictor of death in a defined elderly population. The Cache County Study. *Neurology*, 62(7), 1156-1162. doi: 10.1212/01.WNL.0000118210.12660.C2
- Tugade, M. & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333.
- Urry, H.L., Nitschke, J.B., Dolski, I., Jackson, D.C., Dalton, K.M., Mueller, C.J., ...Davidson, R.J., (2004). Making a life worth living: Neural correlates of well-being. *Psychological Science*, 15(6), 367-372.
- Vaquiroy, S. & Stieпович, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería*, 16(2), 9-16.

- Vázquez, C. (2009a). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología positiva* (pp. 13-46). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. (2009b). El bienestar de las naciones. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología positiva* (pp. 103-141). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. & Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9(2-3), 231-254.
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C., Hernangómez, L. & Hervás, G. (2004). Longevidad y emociones positivas. En L. Salvador-Carulla, A. Cano & J.R. Cabo (Eds.), *Longevidad: Un tratado integral sobre promoción de la salud en la segunda mitad de la vida* (pp. 752-761). Madrid: Medica Panamericana.
- Vázquez, C., Castilla, C. & Hervás, G. (2007). Reacciones ante el trauma: Vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal Ed.), *Las emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- Vedhara, K., Cox, N.K., Wilcock, G.K., Perks, P., Hunt, M., Anderson, S., ...Shanks, N.M. (1999). Chronic stress in elderly carers of dementia patients and antibody response to influenza vaccination. *Lancet*, 353(9153), 627-631. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)06098-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(98)06098-X)
- Vedhara, K., Shanks, N., Wilcock, L. & Lightman, S. L. (2001). Correlates and predictors of self-reported psychological and physical morbidity in chronic caregiver stress. *Journal of Health Psychology*, 6(1), 101-119. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/135910530100600108>

- Vedhara K., McDemott, M.P., Evans, T.G., Treanor, J.T., Plummer, S., Tallo, ...Schifitto, G. (2002). Chronic stress in nonelderly caregivers: Psychological, endocrine and immune implications. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1153- 1161.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Young, H., Teri, L. & Maiuro, R.D. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 6(3), 392-402. doi: 10.1037/0882-7974.6.3.392
- Vitaliano, P.P., Young, H. M., Russo, J. & McCann, B. S. (1994). Type a behavior, anger and cardiovascular reactivity in caregivers of Alzheimer's disease patients and matched controls. En E. Light, G. Niederehe y B. D. Lebowitz (Eds.), *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients. Research and interventions* (pp. 115-130). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Vitaliano, P.P., Zhang, J. & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 946-972.
- Wancata, J., Musalek, M., Alexandrowicz, R. & Krautgartner, M. (2003). Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. *European Psychiatry*, 18(6), 306-313.
- Watanuki, S. & Kim, Y.K. (2005). Physiological responses induced by pleasant stimuli. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science*, 24(1), 135-138.
- Weiner, M.F. & Lipton, A.M. (2005). *Demencias: Investigación, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson.
- Wells, Y. D. & Kendig, H. L. (1997). Health and well-being of spouse caregivers and the widowed. *Gerontologist*, 37(5), 666-674. doi: 10.1093/geront/37.5.666

- Werneke, U., Goldberg, D.P., Yalcin, I. & Ustun, B.T. (2000). The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 30(4), 823-829.
- Wessa, M., Rohleder, N., Kirschbaum, C. & Flor, H. (2006). Altered cortisol awakening response in posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 31(2), 209–215.
- WHOQOL GROUP: The World Health Organization. Quality of Life Assessment (WHOQOL). (1995). Position Paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 4(10), 1409-1409.
- Wierenga, C. E & Bondi, M. W (2007). Use of functional magnetic resonance imaging in the early identification of Alzheimer's disease. *Neuropsychology Review*, 17(2), 127–143
- Wilks, S. & Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging & Mental Health*, 12(3), 357-365.
- Wilks, S. & Vonk, M. (2008). Private prayer among Alzheimer's caregivers: Mediating burden and resiliency. *Journal of Gerontological Social Work*, 50(3-4), 113 -131.
- Wrosch, C. & Scheier, M.F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12(1), 59-72.
- Wurtman, R.J. (1985). Enfermedad de Alzheimer. *Investigación y Ciencia*, 102, 38-48.
- Yanguas, J.J., Etxeberria, I., García, A., Iglesias, A., Barbero, E., Laskibar, I. & Galdona, N. (2010). Depression, burden and perceived stress among Alzheimer's caregivers: The association with emotions. *International Conference on Alzheimer's Disease*, Honolulu-Hawaii, 10-15 Julio.

- Yap, P., Luo, N., Ng, W.Y., Chionh, H.L., Lim, J. & Goh, J. (2010). Gain in Alzheimer Care Instrument – A new scale to measure caregiving gains in dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1), 68-76.
- Yee, J. L. & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist*, 40(2), 147-164. doi: 10.1093/geront/40.2.147
- Yovetich, N.A., Dale, J.A. & Hudak, M.A. (1990). Benefits of humor in reduction of threat induced anxiety. *Psychological Reports*, 66(1), 51-58.
- Zabalegui, A., Juandó, C., Izquierdo, M.D., Gual, P., González, A., Gallart, A...Jones, C. (2004). Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: Una revisión sistemática. *Gerokomos*, 15(4), 199-208.
- Zarit, S.H. (2006). Assessment of family caregivers: A research perspective. En Family Caregiver Alliance (Eds.). *Caregiver Assessment: Voices and views from the field*. Report from a National Consensus Development Conference, Vol. 2 (pp. 12–37). San Francisco: Family Caregiver Alliance.
- Zarit, S.H. & Knight, B. (1996). A guide to psychotherapy and aging. *Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zarit, S.H., Reever K.E. & Bach-Paterson J. (1980). Relatives of impaired elderly: correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zarit, S.H., Todd, P. A. & Zarit, J.M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist*, 26(3), 260-266.
- Zweyer, K., Velker, B. & Ruch, W. (2004). Do cheerfulness, exhilaration and humor production moderate pain tolerance? A FACS study.

Humor: International Journal of Humor Research, 17(1-2), 85-119.
doi:10.1515/humr.2004.009

VI. ANEXOS

1. Hoja de consentimiento informado

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La finalidad de esta hoja de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación de una clara explicación de la naturaleza de la misma.

La presente investigación corresponde a la Tesis Doctoral realizada por José Manuel Ponsoda Tornal bajo la dirección de la Dra. Amelia Díaz Martínez, Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Valencia.

El propósito de esta investigación, es investigar la influencia de las emociones positivas en la salud de los cuidadores de enfermos de Alzheimer.

Si accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a las preguntas de diversos cuestionarios.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Yo _____ declaro bajo mi responsabilidad que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha: _____

Firma

Muchas gracias por su colaboración

2. Registro sociodemográfico

PARTIPANTE N°: _____

A continuación indique los siguientes datos sobre usted:

- **Género:** Hombre _____ Mujer _____

- **Edad:** _____ años.

- **Vínculo familiar:**

Esposo/a _____ Hijo/a _____ Yerno/Nuera _____ Nieto/a _____ Sobrino/a _____ Otro _____

- **Nivel de estudios:**

Sin estudios _____ Primarios _____ Secundarios _____ Universitarios _____

- **Estado civil:** Soltero/a, separado/a, viudo/a _____ Casado/a, en pareja _____

- **¿Cuánto tiempo hace que es cuidador?:** _____ años _____ meses.

- **¿Cuántas horas al día dedica al cuidado de su familiar?:**

Más de 15 h. _____ Entre 11 y 15 h. _____ Entre 5 y 10 h. _____ Menos de 5 h. _____

- **¿Cómo considera que es su salud física?:**

Muy buena _____ Buena _____ Regular _____ Mala _____ Muy mala _____

- **¿Consume algún tipo de fármaco?:** Si _____ No _____

En caso afirmativo, indique para qué tipo de problema/s o dolencia/s toma medicación:

-

-

-

-

A continuación indique el siguiente dato sobre la persona que usted cuida:

- **¿En qué fase de la enfermedad se encuentra la persona que cuida?:**

Fase I _____ Fase II _____ Fase III _____

3. Escala de Estilos de Afrontamiento (COPE abreviada)

COPE abreviada

Ahora piense en la **semana pasada**, señale la frecuencia con la que usted ha realizado las acciones que siguen a continuación en relación a su tarea como cuidador.

0 = No lo hice en absoluto

1 = Lo hice poco

2 = Lo hice bastante

3 = Lo hice muchas veces

	0	1	2	3
1-Me he orientado hacia el trabajo u otras actividades para apartar el suceso de mi cabeza				
2-He concentrado mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estaba				
3-Me he dicho a mí mismo que "eso no era real"				
4-He tomado alcohol u otras drogas para sentirme mejor				
5-He intentado obtener el apoyo emocional de los demás				
6-Renuncié a seguir tratando con ello				
7-He tomado medidas para intentar hacer que la situación fuera mejor				
8-Me he negado a creer que había sucedido				
9-Me he dicho cosas a mí mismo que me permitía escapar de los sentimientos tan poco agradables				
10-He tomado alcohol u otras drogas que me han ayudado a ir tirando				
11-He intentado verlo desde otro ángulo para hacer que las cosas parecieran más positivas				
12-He intentado elaborar una estrategia sobre lo que hacer				
13-He intentado conseguir la simpatía y la comprensión de alguien				
14-He renunciado a intentar afrontarlo				
15-He buscado algo bueno en lo que había sucedido				
16-He hecho bromas sobre ello				
17-He realizado actividades para pensar menos en el suceso como ir al cine, ver la televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras				
18-He aceptado la realidad de que el hecho ha sucedido				
19-He expresado mis sentimientos negativos				
20-He intentado buscar apoyo en la religión o en las creencias espirituales				
21-He aprendido a vivir con ello				
22-He pensado mucho en los pasos a seguir				
23-He rezado o meditado				
24-Me he divertido con la situación				
25-He tratado de obtener consejo o ayuda de otras personas sobre lo que hacer				
26-He estado criticándome a mí mismo				
27-He obtenido ayuda y consejo de otras personas				
28-He estado culpándome a mí mismo por cosas que han ocurrido				

4. Escala de Carga del Cuidador (ZARIT)

ZARIT

1 = Nunca

2 = Rara vez

3 = Algunas veces

4 = Bastantes veces

5 = Casi siempre

	1	2	3	4	5
1-¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2-¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3-¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4-¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5-¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6-¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7-¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8-¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9-¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10-¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11-¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12-¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13-¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14-¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15-¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16-¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17-¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18-¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19-¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20-¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21-¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22-Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

5. Cuestionario de Apoyo Social Funcional (DUKE-UNC)

DUKE-UNC

1 = Mucho menos de lo que deseo

2 = Menos de lo que deseo

3 = Ni mucho ni poco

4 = Casi como deseo

5 = Tanto como deseo

	1	2	3	4	5
1-Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2-Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3-Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4-Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5-Recibo amor y afecto					
6-Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7-Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8-Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9-Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10-Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11-Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

6. Cuestionario de Salud General (GHQ-12)

GHQ-12

1- ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

0) Mejor que lo habitual 1) Igual que lo habitual 2) Menos que lo habitual 3) Mucho menos que lo habitual

2- ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

0) No, en absoluto 1) No más que lo habitual 2) Bastante más que lo habitual 3) Mucho más

3- ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

0) Más que lo habitual 1) Igual que lo habitual 2) Menos útil que lo habitual 3) Mucho menos

4- ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

0) Más capaz que lo habitual 1) Igual que lo habitual 2) Menos capaz que lo habitual 3) Mucho menos

5- ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

0) No, en absoluto 1) No más que lo habitual 2) Bastante más que lo habitual 3) Mucho más

6- ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

0) No, en absoluto 1) No más que lo habitual 2) Bastante más que lo habitual 3) Mucho más

7- ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

0) Más que lo habitual 1) Igual que lo habitual 2) Menos que lo habitual 3) Mucho menos

8- ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?

0) Más capaz que lo habitual 1) Igual que lo habitual 2) Menos capaz que lo habitual 3) Mucho menos

9- ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

0) No, en absoluto 1) No más que lo habitual 2) Bastante más que lo habitual 3) Mucho más

10- ¿Ha perdido confianza en sí mismo?

0) No, en absoluto 1) No más que lo habitual 2) Bastante más que lo habitual 3) Mucho más

11- ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

0) No, en absoluto 1) No más que lo habitual 2) Bastante más que lo habitual 3) Mucho más

12- ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

0) Más feliz que lo habitual 1) Aproximadamente lo mismo que lo habitual 2) Menos feliz que lo habitual 3) Mucho menos que lo habitual

**7. Escala de Calidad de Vida en Cuidadores Familiares de Enfermos con
Enfermedad Grave (QOLLTI-F)**

QOLLI-F (_____ = persona a la que cuida, sin incluir nombre para preservar su anonimato)

1-En los últimos dos días (48 horas) me he preguntado si el lugar donde está _____ (hogar, hospital, otros) es el lugar adecuado	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre
2-En los últimos dos días (48 horas) la intimidad que he tenido ha sido	Nula 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completa
3-En los últimos dos días (48 horas) la condición de _____ me ha preocupado	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre
4-En los últimos dos días (48 horas) el control que he tenido sobre mi vida ha sido	Total 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nulo
5-En los últimos dos días (48 horas) el tiempo para mí mismo ha sido	Ninguno 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Todo
6-En los últimos dos días (48 horas) he sido capaz de pensar con claridad	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre
7-En los últimos dos días (48 horas) físicamente me he sentido	Muy mal 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy bien
8-En los últimos dos días (48 horas) emocionalmente me he sentido	Muy mal 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy bien
9-En los últimos dos días (48 horas) cuando he cuidado o hecho compañía a _____ me ha hecho sentir bien	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre
10-En los últimos dos días (48 horas) me he sentido reconfortado por mi actitud en la vida, mi fe o mi espiritualidad	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre
11-En la actualidad siento que mi vida tiene sentido	Nulo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completo
12-He estado de acuerdo con el modo en el que he tenido que tomar las últimas decisiones	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre
13-La calidad de la asistencia sanitaria que hemos recibido últimamente ha sido	Mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Buena
14-En los últimos dos días (48 horas) mi interacción con _____ ha sido	Cómoda 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estresante
15-En los últimos dos días (48 horas) la relación con personas importantes de mi entorno ha sido	Cómoda 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Estresante
16-En los últimos dos días (48 horas) mi situación económica ha sido	Desahogada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Apurada

8. Escala de Ganancia en el Cuidado de un Enfermo de Alzheimer (GAIN)

GAIN

0 = Muy en desacuerdo

1 = Un poco en desacuerdo

2 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

3 = Un poco de acuerdo

4 = Muy de acuerdo

Cuidar a mi familiar me ha ...	0	1	2	3	4
1-Ayudado a tener más paciencia y ser más comprensivo/a					
2-Hecho más fuerte y resistente					
3-Aumentado la conciencia de mí mismo/a, haciéndome más consciente de mí mismo/a					
4-Aumentado mis conocimientos y destrezas en el cuidado de enfermos con demencia					
5-Ayudado a sentirme más cerca de mi familiar con demencia					
6-Ayudado a estrechar lazos con mi familia					
7-Permitido relacionarme mejor con personas mayores y personas con demencia					
8-Dado una visión más profunda sobre el significado de la vida y la perspectiva de mi propia vida					
9-Ayudado a crecer espiritualmente (ej. más cercanía a Dios y ser capaz de ver más allá del mundo material)					
10-Despertado en mí el altruismo (ej. querer ayudar más a otros y contribuir al bienestar de otros que pudieran estar pasando por dificultades similares a las mías)					

9. Test de Orientación en la Vida (LOT-R)

LOT-R

0 = Completamente en desacuerdo

1 = Parcialmente en desacuerdo

2 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

3 = Parcialmente de acuerdo

4 = Completamente de acuerdo

	0	1	2	3	4
1-En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor					
2-Me resulta fácil relajarme					
3-Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará					
4-Siempre soy optimista en cuanto al futuro					
5-Disfruto un montón de mis amistades					
6-Para mí es importante estar siempre ocupado					
7-Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera					
8-No me disgusto fácilmente					
9-Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas					
10-En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas					

10. Escala Multidimensional del Sentido del Humor (MSHS)

MSHS

1 = Muy en desacuerdo

2 = Desacuerdo

3 = Indiferente

4 = Acuerdo

5 = Muy de acuerdo

	1	2	3	4	5
1-A veces invento chistes o historias graciosas					
2-El uso de chistes o del humor me ayuda a dominar situaciones difíciles					
3-Sé que puedo hacer reír a la gente					
4-No me gustan las lecturas tipo "cómic"					
5-La gente dice que cuento cosas graciosas					
6-Puedo usar chistes para adaptarme a muchas situaciones					
7-Puedo disminuir la tensión en ciertas situaciones al decir algo gracioso					
8-La gente que cuenta chistes es insoportable					
9-Sé que puedo contar las cosas de tal modo que otras personas se rían					
10-Me gusta un buen chiste					
11-Denominar a alguien "cómic" es un insulto					
12-Puedo decir las cosas de tal manera que la gente se ría					
13-El humor es un pobre mecanismo para hacer frente a la vida					
14-Aprecio a la gente con humor					
15-La gente espera que yo diga cosas graciosas					
16-El humor me ayuda a hacer frente a la vida					
17-No me siento bien cuando todo el mundo está contando chistes					
18-Mis amigos me consideran chistoso					
19-Hacer frente a la vida mediante el humor es una manera elegante de adaptarse					
20-Tratar de dominar situaciones mediante el uso del humor es estúpido					
21-En un grupo puedo controlar la situación contando un chiste					
22-Usar el humor me ayuda a relajarme					
23-Uso el humor para entretener a mis amigos					
24-Mis dichos graciosos entretienen a otras personas					

11. Escala de Felicidad Subjetiva (SHS)

SHS

1- En general, me considero:

No muy feliz 1 2 3 4 5 6 7 Muy Feliz

2- En comparación con la mayoría de mis compañeros, me considero:

Menos feliz 1 2 3 4 5 6 7 Más feliz

3- Hay gente que es muy feliz en general, que disfrutan la vida independientemente de lo que les pasa y sacan el máximo disfrute de cada cosa. ¿Hasta qué punto esto te caracteriza a ti?

Nada 1 2 3 4 5 6 7 Mucho

4- En términos generales, hay gente que no es muy feliz y que aunque no están deprimidos, nunca parecen ser tan felices como podrían serlo. ¿Hasta qué punto esto te caracteriza a ti?

Nada 1 2 3 4 5 6 7 Mucho

12. Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)

SWLS

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Neutro

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5
1-Mi vida, en muchos aspectos está muy cerca de mi ideal					
2-Las condiciones de mi vida son excelentes					
3-Estoy satisfecho con mi vida					
4-Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que deseaba en mi vida					
5-Si pudiese vivir de nuevo mi vida, no cambiaría nada					

13. Escala de Resiliencia (CD-RISC)

CD-RISC

1 = Nunca

2 = Pocas veces

3 = Ni muchas ni pocas

4 = Muchas veces

5 = Siempre

	1	2	3	4	5
1-Soy capaz de adaptarme a los cambios					
2-Mis relaciones son cercanas y seguras					
3-Me implico en conseguir mis objetivos					
4-Trabajo para conseguir mis metas					
5-Me siento con control sobre mi vida					
6-Tengo un fuerte sentido del propósito					
7-Veo el lado cómico de las cosas					
8-Las cosas suceden por un motivo					
9-Tengo que actuar en una corazonada					
10-Puedo manejar los sentimientos desagradables					
11-A veces el destino o Dios me puede ayudar					
12-Puedo hacer frente a mi manera a todo lo que suceda					
13-El éxito obtenido me da confianza para nuevos desafíos					
14-Hacer frente al estrés me fortalece					
15-Me gustan los desafíos					
16-Puedo tomar decisiones difíciles o impopulares					
17-Pienso sobre mí que soy una persona fuerte					
18-Cuando las cosas se ponen difíciles me doy por vencido					
19-Doy el máximo esfuerzo no importa sobre qué					
20-Puedo conseguir mis metas					
21-No me desaliento fácilmente por el fracaso					
22-Tiendo a recuperarme ante la enfermedad o las dificultades					
23-Se dónde pedir ayuda					
24-Bajo la presión me concentro y pienso con claridad					
25-Prefiero tomar la iniciativa para solucionar los problemas					