



Universidad de Granada

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

TESIS DOCTORAL

Inteligencia Emocional y adaptación en hijas que cuidan
a su familiar con demencia

Rafael Portal Moreno

Córdoba 2009

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Rafael Portal Moreno
D.L.: GR. 3198-2009
ISBN: 978-84-692-5193-5

A mi padre y a mi madre

pido...la gracia para aceptar con serenidad las cosas que no podemos cambiar, el valor para cambiar las cosas que podemos cambiar y la sabiduría para distinguir las unas de las otras (plegaria).

Quien se sienta impregnado de la propia estimación

preferirá vivir brevemente en el más alto goce que una larga existencia en indolente reposo;

preferirá vivir un año sólo por un fin noble, que una larga vida por nada;

preferirá cumplir una sola acción grande y magnífica, a una serie de pequeñeces insignificantes. (Aristóteles)

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento más sincero para la Universidad de Granada y más concretamente, para el departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, el cual, gracias a las estrechas relaciones personales y profesionales, han facilitado que los obstáculos y dificultades que se presentan en la realización de una tesis, sean superados gracias a su ayuda y conocimientos.

Agradezco igualmente a los doctores D. Manuel Aleixandre Rico y D. Manuel Mariano Vera Martínez, directores de la presente obra, por su colaboración y ánimo mostrado en todo momento.

Y finalmente, a las mujeres cuidadoras de las ciudades de Córdoba, Granada y Jaén, de quienes aprendo en su continuo esfuerzo y alegría para vivir.

ÍNDICE

Introducción.....	13
Objetivos e hipótesis.....	19
SECCIÓN PRIMERA MARCO TEÓRICO.....	21
CAPÍTULO I APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LA DEMENCIA.....	23
Modelos que guían el estudio de las demencias.....	25
Definición de demencia.....	26
Criterios de clasificación.....	26
Síntomas conductuales y psicológicos.....	30
CAPÍTULO II ORIENTACIONES Y MODELOS TRADICIONALES QUE HAN GUIADO EL ESTUDIO DE CUIDADORES DE ENFERMOS CON DEMENCIA.....	39
Enfoques que han estudiado el cuidado de enfermos dependientes.....	39
Modelo estrés y salud-enfermedad.....	41
Aproximación al estudio de la carga.....	42
Modelo del proceso de estrés de Pearlin.....	44
Aportaciones de Lawton.....	47
Modelo de Yates.....	48
Perspectivas positivas del cuidado.....	49
CAPÍTULO III ASPECTOS SOCIALES DESTACABLES EN EL DESARROLLO EVOLUTIVO DE LA MUJER CUIDADORA.....	55
Consideraciones referentes al cuidado.....	55
La relación de cuidado.....	57
Concepto de cuidador principal.....	58
La familia.....	61
El género.....	62
El cuidado de las hijas.....	63
Relaciones intergeneracionales.....	64

La generación	67
CAPÍTULO IV LA INTELIGENCIA EN EL CONTEXTO SOCIAL Y DIARIO.....	69
Inteligencia.....	70
Inteligencia Aplicada o Inteligencias Múltiples	73
Inteligencia Práctica y Exitosa.....	75
Inteligencia Social.....	83
CAPITULO V ASPECTOS TEÓRICOS QUE COMPONEN EL MODELO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL EN CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA.....	85
Inteligencia Emocional.....	85
Adaptación.....	94
Bienestar subjetivo.....	98
Valores.....	108
Control Percibido	113
Resiliencia	117
Comportamientos del enfermo.....	125
Evitación-abandono.....	126
Creencias irracionales o actitudes disfuncionales	128
Malestar en acontecimientos vitales.....	132
SECCIÓN SEGUNDA INVESTIGACIÓN.....	137
CAPÍTULO VI MÉTODO.....	139
Procedimiento	139
Participantes.....	139
Instrumentos.....	140
Validez de las escalas	147
CAPÍTULO VII PROCESO DE ELABORACIÓN DE ESCALAS	165
Consideraciones generales para la creación de escalas	165
Escala de Inteligencia Emocional.....	169

Escala de Bienestar Subjetivo	172
Cuestionario de Valores	177
Escala de Control Percibido en el Rol de Cuidadoras de Enfermos con Demencia	179
Escala de Resiliencia en Cuidadoras de Enfermos con Demencia.	181
Escala de Percepción de Síntomas Conductuales y Psicológicos en Enfermos con Demencia	184
Escala de Creencias Irracionales	186
Escala de Déficit Cognitivo en la Demencia.....	188
Escala de Malestar en Acontecimientos Vitales.....	190
Escalas de las AVD.....	192
CAPÍTULO VIII RESULTADOS DEL ESTUDIO	195
Muestras de cuidadoras y no cuidadoras.....	195
Muestra de cuidadoras	201
CAPÍTULO IX MODELO DE ECUACIONES ESTRUCTURALES	215
Aproximación al estudio de las ecuaciones estructurales	215
Resultados del modelo de inteligencia emocional en cuidadoras de enfermos con demencia	221
Justificación teórica.....	222
Interpretación del modelo.....	232
CAPÍTULO X CONTRASTE DE HIPÓTESIS	237
SECCIÓN TERCERA DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	239
DISCUSIÓN	241
CONCLUSIONES.....	255
LIMITACIONES.....	257
FUTURAS INVESTIGACIONES.....	257
BIBLIOGRAFÍA.....	259
ÍNDICE DE FIGURAS.....	291
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	291

ÍNDICE DE CUADROS	291
ÍNDICE DE TABLAS DEL TEXTO.....	294
ÍNDICE DE TABLAS DEL ANEXO	295

INTRODUCCIÓN

El cuidado de personas dependientes y más concretamente el de enfermos con demencia, se caracteriza por el cambio que produce en la vida de las personas que les cuidan y por los aspectos personales, sociales y culturales que entran en juego.

Comúnmente, se ha venido en llamar estresores del cuidador, entre otros, a las tareas de cuidado e higiene en las que contribuye, a los comportamientos mostrados por el enfermo, a las horas dedicadas y años cuidando.

Junto a estas responsabilidades del cuidador, también se han señalado aspectos que están presentes en la relación de cuidado como, composición y cohesión familiar, edad del cuidador, ocupación laboral (doméstica o por cuenta ajena) relación anterior con el enfermo, estado civil, género y parentesco.

En este estudio, se destaca la colaboración de la mujer al cuidado como una fuerza educadora para la sociedad, así como las amplias responsabilidades que lleva a cabo, por ello, se decide conocer determinadas conductas de las hijas que asisten a su familiar con demencia.

Además de este compromiso, hay que incluir sus dedicaciones como rol de madre, educadora de hijos, esposa, trabajadora, etc.

Según todo esto, gran parte de las investigaciones se han centrado en destacar los aspectos negativos y perjudiciales del cuidado, frente a otros desde una visión más positiva. Aunque muy criticados los negativos desde esta visión, entendemos que tales estudios se han realizado con el fin de proteger a la mujer e indirectamente involucrar a todos los agentes presentes en el contexto de cuidado, como la familia, comunidad y poderes públicos, a los que desde aquí solicitamos una mayor implicación.

No obstante, ante una ausencia o escasa colaboración de estos agentes, no debería suponer un inconveniente para que quien finalmente cuide, lo haga desde una actitud positiva, sabiendo como manejar y mejorar tanto sus propias emociones como la de los demás.

En este sentido, se podría decir que Kant llama a estas habilidades “*cualidades del temperamento*” las cuales carecen de valor si no se acompañan de “*la buena voluntad*”, una buena voluntad que es buena, “*sólo por el querer*” y que “*es la que nos hace dignos de ser felices*”.

De esta forma, el hombre orienta su libertad a favor de la comunidad, desempeñando comportamientos frente a los demás y para los demás (Gevaert, 1987, en Moradillo, 1993).

Como antes se indicaba, la tradición literaria referente al cuidado ha estado muy polarizada resaltando aspectos negativos del cuidado. Sin posicionarnos en extremos opuestos, estamos de acuerdo con Seligman et. al. (2005) cuando afirma que una ciencia psicológica, debe incluir tanto la comprensión del sufrimiento como la de la felicidad.

En relación al cuidado, Wells & Kending (1997) señalan que resulta un enfoque muy simplista, considerar que todos los cuidadores sean exclusivamente víctimas escondidas de la enfermedad de sus familiares. En esta línea, la literatura también ha contribuido en señalar, que no todas las demandas son una carga o provoquen estrés en el cuidador (Montorio et. al. 1998).

Nuestra tesis por tanto es, demostrar que existen hijas que cuidan a su familiar con demencia que manifiestan habilidades emocionales, (en uno mismo y en los demás) obteniendo como resultado, según predice la teoría, comportamientos adaptativos, entre los que no debe faltar el bienestar.

Aunque no se han comprobado estudios de Inteligencia Emocional en hijas cuidadoras de enfermos con demencia, otros autores han señalado dentro de los recursos del cuidador, la competencia personal, afrontamiento, resiliencia, asertividad, autoeficacia, etc. (Pearlin, et. al. 1990), (Lawton et. al. 1989, 1991, 1992), (Muela, Torres y Peláez, 2001) (Goode, Haley, Roth & Ford, 1998).

Y en el uso de habilidades, se han aportado resultados que reducen el estrés, que las cogniciones positivas se presentan como moduladoras de eventos vitales estresantes, y entre otros estudios, las habilidades para valorar el cuidado como algo positivo y su relación con el bienestar (Gallagher-Thompson & Coon, 2007), (Noonan & Tennstedt, 1997), (Given, Sherwood & Given, 2008).

Dentro del ciclo vital de las cuidadoras, las contribuciones teóricas en las que nos basamos para apoyar nuestra tesis, surgen de las aportaciones que señalan el uso de la inteligencia dentro de un contexto social y diario, destacando la inteligencia exitosa y práctica (Sternberg, 1984, 1997), la pragmática cognitiva, como forma de alcanzar la sabiduría (Baltes, 1987), la inteligencia intrapersonal e interpersonal donde dentro de la historia evolutiva del sujeto, se asocian con una mayor adaptación (Gardner, 2000, 2001, 2002) y la inteligencia emocional, que según sus creadores, se puede concebir perteneciente a la inteligencia social, inteligencia práctica y la inteligencia personal de Gardner (ibid.) (Mayer et. al.

2000).Y sin olvidar la literatura referente a los cuidadores, entre otras, las de Pearlin, (íbid.) Lawton et. al. (íbid.), Montorio, et. al. (1998, 2000), Losada et. al. (2006) y Kramer (1993, 1997a, 1997b).

Tales tradiciones, han contribuido a proponer un modelo teórico de aproximación de inteligencia emocional en hijas cuidadoras, el cual se pretende contrastar empíricamente, lo que constituye el principal objetivo de esta investigación.

Para dar cumplimiento a tal objetivo, la presente tesis comienza con esta introducción y con la descripción de los objetivos que se persiguen, así como las hipótesis que se proponen. La estructura de las siguientes páginas se organizan en tres secciones, a saber: marco teórico, investigación, discusión y conclusiones (ver figura n.1).

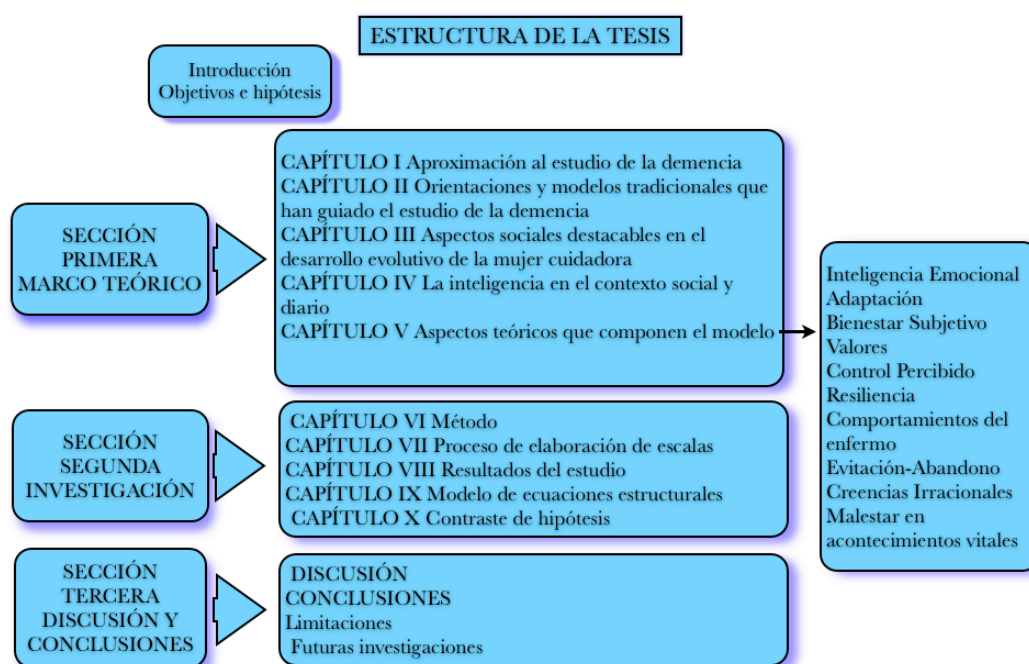


Figura n.1 Estructura de la Tesis

La primera sección se componen de cinco capítulos, en el que en el primero se expone una aproximación al estudio de la demencia. Así se indican las definiciones vertidas sobre ésta y los criterios establecidos para su clasificación. Y sin olvidar las manifestaciones que los enfermos afectados de esta enfermedad tienen sobre los cuidadores, se describen los síntomas conductuales y psicológicos.

El capítulo segundo, recoge las orientaciones y modelos que han guiado el estudio de los cuidadores. Entre éstos se exponen, a nuestro entender, aquellos que de una forma más influyente han establecido las bases para el estudio de las relaciones del cuidado de una persona dependiente.

El capítulo tercero, intenta enmarcar los aspectos sociales y culturales que se hayan presentes en tal relación. Así, se comentan los conceptos del cuidado de personas dependientes y del cuidador principal, señalando algunas características que se relacionan, como la evolución del sistema familiar y sus transformaciones, el género y el parentesco, como es el caso de las hijas, para finalmente señalar las relaciones intergeneracionales.

En el capítulo cuarto, se describen las contribuciones que resaltan la inteligencia dentro de un contexto social y diario. Comenzando, a nuestro entender, con su relación con los antecedentes clásicos del mundo griego, se describen a continuación las primeras manifestaciones de algunos autores para intentarla medir. Y centrados en la utilidad práctica de la inteligencia, se muestran las aportaciones de autores a la inteligencia social, personal (interpersonal e intrapersonal) y emocional, sin olvidar la inteligencia práctica y exitosa.

El capítulo quinto expone, los aspectos teóricos del modelo que se intenta validar, describiendo para ello, tanto conceptos teóricos como algunas investigaciones obtenidas en cuidadores de enfermos dependientes. Así, se describen Inteligencia Emocional, Adaptación, Bienestar Subjetivo, Valores, Control Percibido, Resiliencia, Comportamientos Percibidos del Enfermo, Evitación, Creencias Irracionales y Malestar en Acontecimientos Vitales.

El capítulo sexto, dentro de la sección segunda de investigación, se explica que ésta, se lleva a cabo mediante la metodología “ex post facto”, en la que según Bisquerra (1989), permite validar hipótesis una vez que el fenómeno se ha producido. A continuación se comenta la metodología aplicada para la obtención de muestras de mujeres cuidadoras y mujeres no cuidadoras. Y finalmente, además de los criterios de validez, se detallan los instrumentos utilizados, que corresponden a la creación de escalas por cada uno de los constructos teóricos que componen el modelo.

El capítulo séptimo, recoge los procesos llevados a cabo para la elaboración de estas escalas, explicando los análisis requeridos en la evaluación de los ítems, análisis factorial exploratorio, fiabilidad y estudio teóricos de los factores de cada instrumento.

En el capítulo octavo, se comentan los resultados obtenidos en el estudio, mostrando en un primer lugar, los datos descriptivos, correlacionales y diferenciales de la muestra total, correspondiente a mujeres cuidadoras y no cuidadoras. Y posteriormente, centrados en ésta última muestra, además de los análisis anteriores, exponer los obtenidos en las diferencias halladas en mujeres con altas y bajas puntuaciones en las variables que se estudian.

El capítulo noveno, se refiere por una parte, a los aspectos teóricos que engloban el estudio de ecuaciones estructurales, y por otra, al ajuste, justificación teórica y explicación del modelo de aproximación de inteligencia emocional en cuidadoras de enfermos con demencia.

En el capítulo décimo, se procede a contrastar las hipótesis planteadas.

Y la sección tercera, discusión y conclusiones, se expone en aquella, los resultados obtenidos y su relación con la teoría e investigaciones en cuidadores. Y en las conclusiones, se

valoran los objetivos propuestos y el valor social que aporta la presente investigación, terminando con las limitaciones de ésta y las recomendaciones para futuras investigaciones.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Entre los objetivos que se pretenden alcanzar se pueden enumerar los siguientes:

1. Diseñar un modelo que permita conocer en las hijas que cuidan a su familiar con demencia, qué variables resultan idóneas para una adaptación adecuada y cuáles no.
 - 1.1. Someter a prueba en mujeres cuidadoras, un modelo de aproximación de Inteligencia Emocional, basado en el modelo de habilidades emocionales de Salovey & Mayer (1990), que integra procesos cognitivos y emocionales en uno y en los demás.
 - 1.2. Adoptar la validez del modelo, si resulta ajustado, para establecer programas de habilidades emocionales en hijas que cuidan a su familiar con demencia
2. Conocer si las puntuaciones de las escalas que se han elaborado, discriminan entre mujeres no cuidadoras y mujeres cuidadoras de enfermos con demencia, y si en éstas, diferencian entre altas y bajas puntuaciones.
3. Comprobar como sugiere Bagozzi & Philips (1982) mediante ecuaciones estructurales, la validación de las escalas que se han elaborado, permitiendo el ajuste entre las propiedades de medición y contenidos teóricos.
4. Obtener información de los resultados y asociaciones de las variables que componen el estudio, que ayuden a comprender y complementar las relaciones del modelo, con el fin de aproximarnos a obtener un mayor conocimiento en la vida de la cuidadora, en un ámbito social, como es la familia, y otro personal; como la edad, apoyo social y aceptación.
5. Aportar valor para contribuir a mejorar el bienestar de las hijas cuidadoras, esperando una contribución conjunta entre la familia, profesionales de la salud, comunidad y poderes públicos, para beneficio además del enfermo con demencia.

Respecto a las hipótesis que se quieren contrastar, se exponen a continuación:

H1.- Las puntuaciones de la escala de Inteligencia emocional diferenciará entre cuidadoras con altas y bajas puntuaciones, aplicándose hacia la adaptación como predice la teoría.

H1.1.- Las altas puntuaciones influirán en una variable latente que podrá denominarse adaptación adecuada.

H1.2.- Las bajas puntuaciones influirán negativamente en otra variable latente, que podría denominarse adaptación no adecuada.

H2.- La variable latente adaptación no adecuada, estará explicada a su vez por cuatro variables latentes, que se explican por grupos de variables observables:

H2.1.- La variable latente tiempo de cuidado, estará compuesta por el tiempo que la mujer dedica al cuidado diario, así como el tiempo que lleva cuidando.

H2.2.- La variable latente Actividades de la Vida Diaria (AVD), se compondría por la percepción que la cuidadora hace de las demandas que el enfermo necesita para las AVD, así como la frecuencia que la mujer contribuye a éstas.

H2.3.- La variable latente enfermo, lo compondrían las variables observables de las puntuaciones de la Escala de Déficit Cognitivo y las de la Escala de Percepción de Síntomas Conductuales y Psicológicos en Enfermos con Demencia.

H2.4.- La variable latente percepción, estaría compuesta por las puntuaciones de Evitación/Abandono (EA.1), Escala de Creencias Irracionales y la escala de Malestar en Acontecimientos Vitales.

H3.- La variable latente adaptación adecuada, se encontraría explicada por un grupo de variables observables como: la Escala de Bienestar Subjetivo y la de Control Percibido en el Rol de Cuidadoras de Enfermos con Demencia.

H4.- Respecto a los valores obtenidos en el Cuestionario de Valores y en la Escala de Resiliencia en Cuidadoras de Enfermos con Demencia, no podemos pronosticar si producirán efecto sobre la adaptación, y si lo hacen, consideramos que su peso sería bajo.

SECCIÓN PRIMERA MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LA DEMENCIA

Existe una gran variedad de términos para describir las demencias, coincidiendo la mayoría de ellos en señalar un deterioro de las funciones cognitivas que impiden la autonomía del individuo, estando además acompañadas de alteraciones conductuales y psicológicas.

Tales síntomas conductuales y psicológicos, son los que dominan el cuadro clínico, antes de que se manifiesten los verdaderos signos cognitivos, siendo los que causan más daño para el paciente y sus cuidadoras (Agüera & Martín, 2006). Siguiendo a estos autores, la recomendación para el tratamiento de los enfermos, consiste en administrar conjuntamente tanto fármacos, como estrategias no farmacológicas, entendiendo por estas la estimulación cognitiva, sobre todo en las primeras fases de la enfermedad.

Respecto al tratamiento farmacológico, Terrón y Peña-Casanova (2006) consideran perjudicial la publicidad vertida en los medios de comunicación anunciando la curación de la enfermedad mediante el descubrimiento de un nuevo fármaco, influyendo en la población esperanzas, que después serán los médicos los encargados de destruirlas.

No obstante, ¿qué es lo que preferimos?. Dar o tomar una pastilla y girar la cabeza para otro lado, como indican los autores antes mencionados. O, podríamos añadir, enfrentarnos a la enfermedad y al dolor humano, ¿aceptándolas como partes integrantes de la vida?

Evidentemente, no se está preparado para enfrentarse a la enfermedad, siendo un problema de salud pública, en el que existe un gran desconocimiento por parte de la población, los gobernantes y gran parte de comunidad médica (Terrón & Peña-Casanova, *Ibíd.*).

Educados e influenciados en una cultura occidental, existe en nuestros días una continua presión hacia la consecución de unos estándares de belleza y eterna juventud, que con-

trastan cuando se acude acompañados de un familiar a la consulta del neurólogo. Tal impacto conlleva: 1) sufrir la exigencia de la presión estética y el rechazo de la enfermedad como inherente al ser humano y 2) sentimientos de inseguridad y abandono por parte del Estado, a una atención completa de la enfermedad con todas sus consecuencias (Terrón & Peña-Casanova *Ibíd.*).

Respecto al diagnóstico, la información del neurólogo también ha de ser completa, con todas sus consecuencias; aunque teniendo la suficiente empatía y delicadeza para saber como informar. Para ello, hay que transmitir no sólo las incapacidades de la demencia, sino las capacidades preservadas. En este sentido, el deber del neurólogo es tratar la enfermedad en positivo, en lo que se mantiene y no en lo que se ha perdido. La actuación no se puede limitar cada cierto tiempo a la verificación de los efectos secundarios de la medicación. Se requiere un paso más, como sugiere el grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología (SEN) (ver Cuadro n. 1.1)¹ manifestándose respecto a las unidades de día y unidades de diagnóstico y tratamiento de las demencias (Terrón & Peña-Casanova *Ibíd.*).

RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA (SEN)

1. La experiencia de cuidar a un familiar demente en su casa supone una carga emocional, física y económica para la mayoría de los cuidadores.
2. El correcto tratamiento domiciliario del paciente con demencia depende de la actitud, aptitud y disponibilidad de los familiares.
3. Aunque son de gran relevancia para el cuidado de los pacientes, las unidades de día no desempeñan un papel prioritario en el sistema de salud español.
4. Su número y sus posibilidades de cobertura son realmente escasos.

El grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la SEN recomienda específicamente:

1. Aumentar la creación de unidades de día
2. Crear grupos especialmente destinados a la intervención cognitiva en pacientes con deterioro leve
3. Ofrecer una intervención adaptada al proceso evolutivo del paciente y mantener la intervención cognitiva durante el máximo tiempo posible, ya que; aunque sea en menor medida, el paciente se beneficia de esta terapia hasta grados evolutivos avanzados.
4. Elaborar programas personalizados para cada paciente, integrándose en grupos reducidos.
5. Desarrollar criterios de evaluación de calidad asistencial.

Cuadro n. 1.1 Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurología (SEN)

¹ Guías en Demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. Revisión 2002. Barcelona: Masson. Citado en (Terrón y Peña-Casanova 2006).

1. MODELOS QUE GUÍAN EL ESTUDIO DE LAS DEMENCIAS

Dado que la gerontología se basa en conocimientos psicológicos, sociales y biológicos, su principal característica es la de ser multidisciplinar, entendiéndose por ésta que, para la consecución de sus objetivos, se requiera un conjunto de saberes independientes. Ahora bien, ¿en qué aspectos o más concretamente, en qué porcentajes debe contribuir cada una?. Para la acreditación de programas en Gerontología, según la Association for Gerontological Higher Education (en Fernández-Ballesteros, 2000), todo programa multidisciplinar debe contribuir proporcionalmente según unas determinadas áreas (Cuadro n. 1.2).

DISCIPLINAS	%
Biología, Medicina, Salud	15
Psicología	15
Sociología, CC. Sociales	15
Metodología de investigación	15
Materias específicas de Gerontología	30
▪ Aspectos jurídicos	
▪ Política Social	
▪ Economía...	
Investigación	10
Fuente: Fernández-Ballesteros (2000)	

Cuadro n. 1.2 Programas multidisciplinarios

Tradicionalmente en las ciencias de la salud, y por tanto en el estudio de la enfermedad, las diferencias entre modelo psicosocial o antropológico y modelo médico, se indican a continuación (Yanguas & Pérez, 2001):

1) Modelo Psicosocial o Antropológico. Sirva la aproximación multidisciplinar mostrada en el cuadro anterior, como una importante contribución dentro de los estudios de este modelo, que surgen como reacción o alternativa al modelo médico, por excluir las consecuencias psicosociales de la demencia. Así dentro de la gerontología, se establecen estudios, que van desde factores no exclusivamente orgánicos, a la inclusión de perspectivas éticas de respeto al enfermo. En este sentido, se contempla de un lado, una identidad personal, en cuanto la consideración del individuo como unidad y continuidad a través del tiempo y el espacio, y de otro, identidad social, en cuanto vivencias diarias de interacción con los demás en cada colectividad. Esta identidad, al interaccionar la persona demente con los demás, la cooperación o rechazo de éstos, determinarán la continuidad o ruptura de esta relación.

2) Modelo Biomédico. Yanguas & Pérez (Ibíd..) citando a Natalie Rigaux, señalan que dicho modelo, respecto a las demencias, se desarrolla teniendo en cuenta que el sujeto se considera como un objeto, evitando así toda influencia subjetiva, concibiéndose por tanto la enfermedad como un hecho aislable del enfermo. Y respecto a la intervención de la enfermedad, se encaminan a neutralizar la patología, reduciendo los efectos y síntomas que perturban al enfermo demente.

2. DEFINICIÓN DE DEMENCIA

Respecto a la evolución del concepto de demencia, siguiendo a Agüera & Martín (2006) se puede entender por una parte, como un síndrome, y por otra, diferenciándola del resto de las demencias, por las enfermedades que la pueden causar.

En cuanto a las enfermedades que la producen se encuentran: diabetes, anemias, tumores cerebrales, etc. En este sentido en cuanto al conjunto de síntomas, y comparándose con niveles previos de funcionamiento, se entiende como una disminución de la capacidad intelectual (Peña-Casanova, 1999), como un trastorno cerebral orgánico que afecta mayoritariamente a la población mayor (Muñoz & Tirapu, 2001) y nuevamente como síndrome de deterioro intelectual que afecta al menos a una de las esferas de la memoria, personalidad, cognición, lenguaje y aptitudes visuoespaciales (Cummings & Benzol, 1983), o como enfermedad cerebral, cuyo progresivo deterioro afecta a la adaptación y personalidad del enfermo (Signoret, 1991).

Entre las características de la demencia, presentes en un gran número de enfermos afectados con dicha patología, se pueden nombrar los siguientes:

- 1) Como se ha dicho, se encuentra relacionada con edades avanzadas; aunque puede aparecer en edades más tempranas.
- 2) Relacionado con su etiología degenerativa, supone un deterioro progresivo.
- 3) Irreversibilidad; aunque algunas demencias si se tratan las causas que lo provocan, pueden revertir.

3. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN

Los criterios de clasificación han venido a aunar conceptos dentro de la comunidad científica, dada la elevada variedad de estudios y tradiciones procedentes de cada país. Tal consenso hace que las definiciones y clasificaciones individuales desaparezcan, adoptándose para ello la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y recientemente el DSM-IV-TR (2004) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Según ambas clasificaciones, (ver cuadro n. 1.3) consideran la alteración de la memoria como principal componente dentro de las demencias.

CRITERIO DSM-IV-TR	CRITERIO CIE-10
1. Déficit cognitivo múltiple que incluye:	A) Deterioro de la memoria verbal o no verbal.
1.1. Alteración de la memoria.	B) Déficit de la capacidad intelectual, caracterizado por deterioro del pensamiento y de la capacidad de procesar información.
1.2. Algunos de los siguientes:	C) Ausencia de obnubilación de la conciencia.
1.2.1. Afasia	D) Deterioro del control emocional, motivación y cambio del comportamiento.
1.2.2. Apraxia	E) Los apartados A y B deben estar presentes desde al menos 6 meses antes.
1.2.3. Agnosia	
1.3. Déficit de capacidades ejecutivas.	
1.4. Alteración en actividades ocupacionales y/o sociales.	
2. Déficit con respecto a situación previa	
3. Evidencia clínica o de laboratorio de trastorno orgánico.	
4. Las alteraciones anteriores no aparecen exclusivamente en el curso de un delirio.	

Cuadro n. 1.3 Criterios de clasificación en la demencia

Según se refleja en la clasificación del DSM-IV-TR, y como ya se ha indicado, la demencia consiste en un conjunto de síntomas, cuyo progresivo deterioro de la memoria (incluyendo al menos una afasia, apraxia o agnosia) o déficit de las capacidades ejecutivas, alteran la actividad social del individuo, existiendo diferencias respecto a su rendimiento y capacidades anteriores.

Dentro del déficit cognitivo, y dependiendo de la evolución de la enfermedad, los síntomas se manifiestan de distinta forma. De una forma más detallada a continuación se expone cada una de tales alteraciones:

1. Memoria.- Constituye la alteración más relevante, por el que tanto la familia como la confusión y desorientación del enfermo suelen descubrir las fases iniciales. Así para el diagnóstico de la demencia, se requiere que la memoria constituya el síntoma más destacable y rápido en su deterioro. Dentro de ella, se pueden establecer la siguiente clasificación:

1.1. Memoria a corto plazo o memoria inmediata. Hace referencia a los sucesos y acontecimientos que justo acaban de ocurrir. Equiparada en muchos casos con la memoria de trabajo, implica el empleo simultáneo de almacenamiento y manipulación de la información. El material de la memoria, tiene su origen en la información sensorial que procede del exterior y del concepto que se posea de aprendizajes anteriores, recuperándose así de la memoria a largo plazo.

1.2. Memoria a largo plazo. Material almacenado durante largos periodos de tiempo, donde gracias a la codificación de la información, facilita los procesos implicados en su recuperación.

1.3. Memoria declarativa. Tipo de memoria que se accede tras una decisión consciente.

1.3.1. Memoria episódica o autobiográfica. Se refiere a la evocación de recuerdos específicos que permiten su ubicación en un momento concreto de la vida.

1.3.2. Memoria semántica. Almacenamiento permanente de información conceptual, referente a albergar lo que se sabe tanto de uno, como del mundo, confiriendo así sentido, a toda información que se recibe de manera consciente. Incluye el significado dado a los objetos, palabras, gestos, etc.

1.4. Memoria no declarativa o implícita. Se produce la activación de la memoria, sin necesidad de un estímulo que la provoque, desencadenándose de forma involuntaria.

1.4.1. Memoria procedimental.- Facilita la adquisición de habilidades mediante la práctica continuada, permitiendo así el aprendizaje a través de la ejecución de tareas. Se refiere al saber hacer.

1.5. Memoria retrógrada. Hace referencia a la recuperación de la información anterior a una lesión, así la amnesia retrógrada supone la incapacidad para recuperar esta información. La memoria declarativa se ve afectada.

1.6. Memoria anterógrada. Consiste en la obtención de información posterior a una lesión. En este caso la amnesia anterógrada o de fijación, supone la incapacidad para aprender o retener información que tienen lugar tras el deterioro orgánico, impidiendo de esta manera, el aprendizaje asociativo entre estímulos. Afecta directamente a la memoria episódica, no relacionando parámetros temporales y espaciales.

En las demencias, se puede comprobar que algunos déficit de memoria se hallan alterados, mientras que otros no lo están. Así, se pueden comprobar errores en la recuperación de palabras y en el sentido que a ellas le confiere. Respecto al avance de la enfermedad, se va extendiendo la amnesia retrógrada, olvidando poco a poco desde el pasado más reciente hasta el más lejano (Arrollo-Anyó, 2002). En este sentido, tanto los ancianos como personas con demencia, poseen más memoria de su juventud, ya que entre otras razones, tratan de acontecimientos aprendidos que se han ido evocando y por tanto fijando a lo largo de la vida.

En cuanto a las estrategias de rehabilitación de la memoria, Muñoz & Tirapu (Ibíd.) recomiendan:

1) Adaptación del entorno y ayudas externas. Entre estas últimas hay que incluir aquellas medidas que faciliten el acceso a la información que se posee, para ello se servirán de objetos o instrumentos externos como temporizadores, grabadoras, etc.

2) Estrategias nemotécnicas. Se clasifican en función de la codificación empleada en el procesamiento de la información. Así se puede hablar por una parte, de estrategias verbales, como la agrupación de palabras por su significado, y por otra, de

estrategias visuales, que consiste en crear imágenes mentales que sirvan para recordar, por ejemplo, donde se ha dejado algo.

3) Utilización de los sistemas de memoria preservados. Consiste en utilizar la memoria implícita que se conserva, con el fin de intentar compensar los déficit de la memoria episódica.

En cuanto a otras técnicas de intervención, Peña-Casanova (Ibíd.) citando a Norris (1996) indica que la reminiscencia es una forma de reactivar el pasado y ayudar a mantener la propia identidad. En este sentido, se pretende que los recuerdos sean los más vivos posibles y vayan acompañados de emociones. Se pretende además, propiciar la comunicación, socialización y entretenimiento.

1. Afasia.- Consiste en la alteración de la producción y comprensión del lenguaje que es debida a lesión cerebral, y viene acompañada la mayoría de las veces, con trastornos de lectura (alexia) y escritura (agrafia). La producción se suele presentar de forma muy difusa, empleando largos rodeos al no encontrar las palabras adecuadas (circunloquios). En el caso de la enfermedad de Alzheimer son frecuentes las parafasias, consistentes en la inclusión de palabras equivocadas en la conversación, es decir, referirse a una palabra con otra que se encuentra relacionada (por ejemplo agua y grifo; papel y periódico, etc.). Aunque la comprensión se haya alterada, suelen responder adecuadamente ante instrucciones poco complejas. Aspectos del lenguaje como pronunciación y repetición de palabras (ecolalia) suelen estar preservadas, llegando en fases avanzadas a perder la capacidad para hablar. Los trastornos del lenguaje en la enfermedad de Alzheimer, se suelen suceder mediante una evolución típica (Peña-Casanova Ibíd.):

1.1. Afasia anómica. Corresponden a los fallos en la evocación y comprensión de palabras en fases iniciales de la enfermedad.

1.2. Afasia sensorial transcortical. La comprensión se ve muy afectada, preservándose la capacidad para repetir.

1.3. Afasia global. Mayormente en fase terminal, existe una drástica reducción de las capacidades del lenguaje.

2. Apraxia.- Incapacidad para llevar a cabo acciones motoras, a pesar de que las funciones motoras no se encuentran alteradas y las instrucciones han sido comprendidas. Tal alteración, supone la inexpresividad de los gestos, normas sociales como el saludo, manipulación de objetos e incapacidad para vestirse (apraxia del vestido). Tales manifestaciones se presentan en estados de enfermedad avanzada.

3. Agnosia.- Supone la alteración para interpretar e integrar los estímulos que provienen del ambiente, a pesar de que los órganos sensoriales no se encuentran afectados. Se trata básicamente de un trastorno de reconocimiento, en el que muestra dificultad para captar el significado. Entre las distintas agnosias se pueden citar: ópticas, acústicas, táctil, somatognosia (orientación del propio cuerpo) y prosopagnosia. Esta también conocida como agnosia de las fisionomías, que se considera como la incapacidad para re-

conocer caras familiares. Esto puede conllevar a lo que se conoce como el síndrome del huésped fantasma, en el que el enfermo ve deambular a personas por su casa y a quienes no reconoce.

4. Déficit de capacidades ejecutivas. Supone la dificultad para llevar a cabo comportamientos que permitan una adaptación al medio, encontrándose afectadas funciones como: razonamiento, planificación y pensamiento abstracto. Este último, se puede notar su ausencia, ante la imposibilidad de aprehender los comportamientos adecuados que se requieren en situaciones complejas o poco habituales. La dificultad ejecutiva en las acciones puede variar desde la reducción de movimientos, hasta el mutismo. Siguiendo a Muñoz y Tirapu (Ibíd.) el síndrome disejecutivo se caracteriza por:

4.1. Dificultad para concentrarse y finalizar una tarea.

4.2. Pérdida de habilidad para construir y automatizar movimientos, así como adquirir nuevos aprendizajes.

4.3. Pérdida de flexibilidad cognitiva, en cuanto dificultad para cambiar de pensamiento o curso de las acciones que se estén llevando a cabo, presentando comportamientos estereotipados.

4.4. Incapacidad para abstraer ideas e identificar categorías.

4.5. Se producen cambios de humor, emociones y personalidad.

5. Alteración en actividades ocupacionales y/o sociales. Comparándose con niveles de eficacia normal y habitual en la vida del paciente antes de la demencia, el deterioro de la memoria, junto a la alteración del procesamiento cognitivo, deben suponer una afección importante en las relaciones sociales del día a día.

4. SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS

En cuanto a los síntomas no cognitivos, (ver Cuadro n. 1.4)² estamos de acuerdo con los autores, Agüera & Martín (2006) que al no ser considerados como alteraciones cognitivas, se denominan trastornos de la conducta o psiquiátricos, como si el procesamiento cognitivo se encontrase ausente de tales patologías.

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER %

SINTOMAS	
Apatía	72
Agitación	60
Ansiedad	45
Irritabilidad	42
Depresión	38

² Cummings, J.L. (1997). Comprehensive Treatment Approach to Alzheimer's Disease. X Congreso Anual. Sociedad US Psychiatric & Mental Health. Orlando (Florida). 14 Nov. 1997. Obtenido de Agüera & Martín (2006).

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	%
Abulia cognitiva	38
Desinhibición	36
Hiper/Hipofagia	31
Insomnio	24
Delirios	22
Alucinaciones	10
Euforia	2

Cuadro n. 1.4 Trastornos Psicológicos y Conductuales en la enfermedad de Alzheimer

Entre los diversos estudios realizados, varios son los que califican la conducta del paciente más relacionada con la sobrecarga, que el deterioro cognitivo y funcional (Artaso, Goñi y Gómez, 2001a), (Clyburn, Stones, Hadjistavropoulos & Tuokko, 2000).

Aunque se han usado diferentes términos para establecer tal clasificación, a continuación se adopta, la establecida por la Internacional Psychogeriatric Association (IPA), como síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD) aceptándose la definición en relación a la alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo, o la conducta que a menudo presentan los pacientes con demencia (Finkel & Burns, 1999).

4.1. SÍNTOMAS CONDUCTUALES

4.1.1. AGITACIÓN Y AGRESIVIDAD.

Describe una intensa actividad física y verbal, juzgándose inapropiada y molesta. Se concretan en manifestaciones de: tensión, hiperactividad, discusiones, gritos y agresión hacia uno mismo o los demás, etc. Tal actuación contrasta de forma significativa con la forma de ser que tenía el paciente antes de la demencia.

Describiéndose independiente de otras alteraciones psicológicas o cognitivas, se halla relacionada con depresión, dolor físico, condiciones del ambiente, etc.. Autores como Gilley, Wilson, Beckett & Evans (1997) califican las ideas delirantes, como un factor de riesgo para la aparición de la agresividad física. En ocasiones, una posible causa puede deberse a interrupciones bruscas del tratamiento.

4.1.2. QUEJAS

Con frecuencia, los pacientes con demencia manifiestan su disconformidad o descontento mediante continuas expresiones de quejas y lamentos, siendo interpretados como carentes de sentido para la persona que los escucha. En ocasiones se pueden deber a variaciones del entorno o cambio de cuidador, y en otras, por la dificultad para comprender lo que les ocurre.

4.1.3. DEAMBULACIÓN

Sin que existan razones aparentes para la movilidad, el paciente afectado de demencia manifiesta continuamente deseos de marcharse, y cuando lo hace, lo hace sin un rumbo fijo, representando así, ciertos peligros de pérdida, atropellos, robos, etc. Entre las posibles causas se encuentran: afección en ciertas zonas del cerebro, falta de ejercicio y desorientación, incluyéndose según la siguiente categoría (Peña-Casanova Ibíd..).

- 1) Somáticas. Pueden estar causadas por: dolor, sensación de hambre, malestar físico.
- 2) Psicológicas. Se pueden incluir: angustia, miedo y sensación de estar encerrado.
- 3) Cambios en el entorno. Poca luz, o bien exceso o ausencia de estímulos externos.

4.1.4. TRASTORNOS DEL SUEÑO

Gran parte de los cuidadores informan de tales trastornos en los pacientes, señalando agitación nocturna, despertarse y dormirse a cualquier hora del día, con el consiguiente problema para conciliar el sueño durante la noche.

En ocasiones, tales trastornos se unen a la desorientación del paciente, sin poder establecer el momento del día en el que se encuentran. Se señala incluso, la presencia de temores nocturnos, debido a la mayor frecuencia durante la noche de alucinaciones visuales y/o auditivas.

4.1.5. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Alrededor del 60% de los casos de la enfermedad de Alzheimer presentan este tipo de trastorno, adoptando distintas formas: por una parte trastornos del comportamiento en el momento de comer, y por otra, generando un incremento o disminución del apetito. Así, la pérdida de peso en fases avanzadas, puede deberse por la ingesta de comidas incompletas y por la incapacidad de usar cubiertos y manipular comida (Peña-Casanova Ibíd..).

4.2. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

4.2.1. DELIRIOS

Son creencias basadas sobre razonamientos incorrectos del entorno, que se caracterizan por:

- 1) Ser falsas,

- 2) No se aceptan tras explicaciones lógicas, manteniéndose firmemente
- 3) Se establecen por vía patológica
- 4) No se derivan de otras manifestaciones patológicas.

Son por tanto vivencias que se experimentan como resultado de una percepción y juicios distorsionados (Sarró, 2001). Entre los síndromes delirantes que se dan en personas con demencia, se puede citar el de Capgras, consistente en la creencia que las personas próximas al ámbito familiar del paciente, han sido sustituidas por otras personas o impostores. Contrariamente, el síndrome Frégoli consiste en identificar extraños con personas cercanas.

Aunque la investigación tradicional recomienda no confundir los delirios con la confabulación, lo cierto es que tales síndromes son confabulatorios (Hirstein, 2006), definiéndose éstos, como mecanismos de defensa que ante vacíos de memoria, se completan con invenciones, o imaginaciones tomadas como recuerdos, existiendo una mayor frecuencia de confabulación en enfermos con Síndromes Amnésicos.

Los delirios, por tanto, se definen en relación a la alteración del contenido del pensamiento, y las confabulaciones, lo son en relación a la alteración de la memoria (Cummings, 1985).

4.2.2. ALUCINACIONES

Aunque menos frecuentes que los delirios, son percepciones que ocurren en ausencia de estímulos externos, siendo vividas por el enfermo como reales. Siguiendo a Slade & Bentall (1988) desde una perspectiva cognitiva consideran las siguientes características:

- 1) Experiencias similares a las percepciones que ocurren sin estimulación apropiada. En este apartado, conviene distinguir entre ilusión y alucinación. En el primero, existen expectativas o influencias internas y externas que generan una inadecuada interpretación de estímulos reales, y en el segundo, la percepción se produce sin estímulo.
- 2) Posee la fuerza de una percepción real.
- 3) Ausencia de control individual, lo que hace que se experimenten con miedo.

Entre la variedad de clasificaciones que se han aportado, una es la que hace referencia a los sentidos, siendo por tanto: auditivas, táctiles, gustativas, olfativas y visuales, siendo éstas las más frecuentes, (sobre todo en demencias por cuerpos de Lewy), siguiéndoles las auditivas y olfativas.

4.2.3. DEPRESIÓN

La constituyen -entre otros- sentimientos de infelicidad, pérdida de interés, culpa, tristeza e inutilidad, con frecuentes manifestaciones de llantos. El diagnóstico no resulta fácil, teniendo en cuenta las perturbaciones cognitivas que padece, existiendo además concurrencia con otras alteraciones propias de estos enfermos como las pérdidas de sueño, peso y apetito, etc.

La asociación entre depresión y demencia puede presentar varias situaciones: a) la depresión puede ser anterior a la demencia, b) los síntomas depresivos pueden deberse a la demencia y c) tanto una como otra, se pueden deber a causas independientes. Las diferencias entre una y otra (Andrés & Bas, *Ibíd.*) se muestran en el cuadro n. 1.5.

DIFERENCIAS ENTRE DEMENCIA Y DEPRESIÓN

DEPRESIÓN	DEMENCIA
Caso clínico	
1. Principio claro, progresión rápida.	1. Principio incierto, progresión lenta.
2. Los otros son conscientes de los déficit.	2. Los otros no se dan cuenta de los déficit. Los déficit se ocultan.
3. Historia de otros problemas psicológicos.	3. Sin historia de problemas psicológicos.
4. Pocos cambios en las habilidades cognitivas por la noche.	4. Habilidades cognitivas con mayor deterioro por la noche
Síntomas cognitivos	
1. Menor deterioro en orientación espacial y temporal.	1. Mayor deterioro.
2. Mejoría cognitiva tras tratamiento antidepressivo.	2. No mejoría en la cognición a pesar de la mejoría en el estado de ánimo.
3. Puntuaciones superiores en gravedad.	3. Puntuaciones inferiores.
4. Quejas acerca de la pérdida de mejoría.	4. Quejas escasas.
5. Experiencias subjetivas de pérdida de memoria.	5. Pérdidas de memoria objetivas muy evidentes.
Conductas clínicas	

DIFERENCIAS ENTRE DEMENCIA Y DEPRESIÓN

DEPRESIÓN	DEMENCIA
1. Quejas detalladas de las dificultades.	1. Pocas o vagas quejas de las dificultades.
2. Se renuncia a realizar tareas cognitivas.	2. Se hacen esfuerzos para tener éxito en las tareas.
3. Se hace hincapié en los fallos y en los esfuerzos. Se enfatizan los problemas.	3. Se ignoran los fallos. Se minimizan las dificultades.
4. Más sensibles o conscientes de sus disfunciones.	4. Menos sensibles.
5. Angustia por los síntomas o por los resultados.	5. Poca angustia por los síntomas.
6. Más síntomas afectivos.	6. Pocos síntomas afectivos o emociones embotadas.
7. Menor deterioro en las actividades de la vida diaria.	7. Problemas con las actividades cotidianas.
8. Déficit en habilidades sociales.	8. Con frecuencia no se modifican las habilidades sociales.
9. Despertar temprano.	9. No se presenta el despertar temprano. Problemas con el ritmo diurno, ruptura o pérdida de la consolidación del sueño: andar nocturno, dormir durante el día.
10. Buena fluidez verbal.	10. Poca fluidez verbal

Realizaciones en tareas cognitivas

DIFERENCIAS ENTRE DEMENCIA Y DEPRESIÓN

DEPRESIÓN	DEMENCIA
1. Se renuncia a hacerlas. Falta energía y motivación.	1. Se intenta realizarlas.
2. Expresiones como “no sé”.	2. Los errores pasan desapercibidos.
3. Se cometen errores de omisión.	3. Errores en la orientación
4. La pérdida de memoria es inconsistente.	4. La pérdida de memoria para los sucesos recientes es peor que la de los remotos.
5. Mayores dificultades en tareas de memoria que requieren esfuerzos o actividades elaboradas de procesamiento cognitivo.	5. Déficit consistentes en las distintas tareas.
6. Resultados buenos en vocabulario.	6. Respuestas pobres.
7. Distintos resultados en las diferentes tareas.	7. Resultados consistentemente deteriorados en las diversas tareas.
8. Cogniciones y memoria negativas. Más ansiedad ante las tareas.	8. Más dificultades para atender y centrarse en la realización de las tareas.
9. Minimización de logros y autocrítica.	9. Reacciones diversas, a veces conciencia de que en el pasado se hubiera hecho mejor, otras veces satisfacción por la realización.

Fuente: Andrés & Bas (2000)

Cuadro n. 1.5 Diferencias entre demencia y depresión

Respecto a la prevalencia de estos enfermos, hasta un 50% pueden mostrar síntomas de depresión intermitente y entre un 20 y 30% pueden presentar un diagnóstico de depresión mayor (Ernst et al. 1977, Reifler et. al. 1986 citados en Andrés y Bas, 2000). En demencias avanzadas, los signos más frecuentes son: manifestaciones emocionales de miedo y llanto, mayor demanda hacia sus cuidadores y apenas reacciones ante estímulos provenientes del entorno, mostrando autoagresiones, deambulación y gritos (Christensen, Griffiths, Mackinnon & Jacomb, 1997)

En estos sujetos, la depresión parece relacionarse con la conciencia de pérdida de capacidades y poseer una enfermedad grave e incurable (Peña-Casanova *Ibíd.*). En este sentido, en un estudio llevado a cabo con diez sujetos afectados con demencia tipo Alzheimer, se pudo comprobar la conciencia del sujeto sobre el ambiente y; aunque no se hicieron referencias concretas a la enfermedad que padecían, siete de los diez realizaron comentarios a este respecto y dos de ellos argumentaron razones por las que se aislaban del resto de las personas (Danner & Friesen 1996 en Teri, Montorio y Izal, 2000).

4.2.4. ANSIEDAD

Respecto a los términos de ansiedad y angustia, tanto en la Psicología Española como Británica, no se establecen distinciones algunas, conceptuándose la ansiedad para manifestaciones tanto físicas como cognitivas. Procedentes ambas de la raíz indogermánica “ang” que indica constricción, apuro, se distinguió entre anxietas y angor, (debida a la influencia latina) estableciéndose desde la Psiquiatría Española la separación entre ansiedad con componentes más cognitivos y angustia más físicos (Sandín & Chorot, 1995)

Seguendo a Agüera & Cervilla (2006 p.551), la ansiedad patológica se puede definir “como un malestar interior que se acompaña de pensamientos, temor, inquietud o anticipación de daños imaginados”.

Una de las características más importantes de la ansiedad es su capacidad para anticiparse ante acontecimientos de peligro o amenaza, adquiriendo así una importante función adaptativa ante el entorno. Pero la función se convierte en desadaptativa, cuando la interpretación que se hace, bien de estímulos externos o bien de pensamientos o imaginaciones, no es la más adecuada, llegando a reaccionar ante señales que objetivamente no suponen ninguna amenaza. En situaciones en las que los acontecimientos se interpretan desde un elevado nivel de sensibilidad individual, supone permanecer en un continuo estado de alerta.

Estados de alerta o continua activación fisiológica (sudación, manos frías, taquicardias, etc.) que se puede relacionar con la pérdida de capacidades cognitivas, o bien como respuesta a las posibles tensiones familiares que puede experimentar, o tal vez, por las zonas cerebrales afectadas. La prevalencia en enfermos de Alzheimer se encuentra comprendida alrededor del 40% (Peña-Casanova *Ibíd.*).

CAPÍTULO II ORIENTACIONES Y MODELOS TRADICIONALES QUE HAN GUIADO EL ESTUDIO DE CUIDADORES DE ENFERMOS CON DEMENCIA

Siguiendo a Vitaliano, Katon & Unützer (2005) durante los últimos años, las materias que han guiado las investigaciones en el estudio de cuidadores, son las siguientes:

- 1) Psicosocial y Salud Mental.- Donde incluye estados como: depresión, ansiedad, carga y experiencias positivas.
- 2) Factores Comportamentales.- Considera hábitos saludables como el ejercicio y la dieta como importantes factores mediadores.
- 3) Salud Percibida.- Incluye salud global, enfermedad, medicación, etc.
- 4) Factores físicos y psicológicos.- Destaca las funciones cardiovasculares, metabólicas, inmunes, etc.
- 5) Mortalidad.- En cuidadores la literatura ha puesto de manifiesto relaciones con: problemas físicos, estrés y la asociación entre cuidar y mortalidad (Schulz & Beach, 1999).

1. ENFOQUES QUE HAN ESTUDIADO EL CUIDADO DE ENFERMOS DEPENDIENTES

Tradicionalmente el problema del cuidado ha estado caracterizado por una abundante literatura científica, que ha resaltado en exceso las consecuencias negativas que el efecto del cuidado de enfermos con demencia produce sobre la mujer. Influida por el modelo médico de enfermedad y manifestaciones psicopatológicas como la depresión y la ansiedad, se han destacado continuamente sus repercusiones negativas. Muchas de las veces, describiendo

una mujer anulada siendo víctima de la carga del cuidado, donde su rescate había que buscarlo en las circunstancias externas como la necesidad de institucionalización del enfermo, apoyo recibido, falta de ocio, etc. y pocas veces, confiando en los recursos y capacidad de la mujer.

No es de extrañar que, con tanta verborrea literaria referente a la carga de la cuidadora, se haya contribuido a estigmatizar el cuidado de personas con demencia, y probablemente influya o cree alarmas sociales, en aquellas personas que en su etapa evolutiva y circunstancias personales y culturales, le depare proveer de cuidados a un familiar dependiente.

Frente a una visión sesgada del cuidado por las consecuencias negativas, es conveniente; aunque sin necesidad de polarizarse en el extremo opuesto, tener en cuenta los aspectos positivos que sobre la mujer tiene los efectos del cuidado, y sin lugar a dudas también, sobre el receptor de cuidados.

Suscribimos con Seligman, Steen & Peterson (2005) que una completa práctica y ciencia psicológica debe incluir una comprensión tanto del sufrimiento como de la felicidad.

Por ello, para una adecuada aproximación a la realidad de la mujer cuidadora, es necesario un acercamiento que integre tanto sus aspectos negativos como positivos. Entre estos, destacar por ejemplo: autoeficacia percibida, sentimiento de utilidad, afrontamiento exitoso ante la adversidad, bienestar, satisfacción en el cuidado, realización personal, etc.

Sin lugar a dudas, cuidar a un enfermo con demencia entraña una serie de manifestaciones que generan reacciones adversas para la salud, y se pueden ver agravadas, si no se parte de una verdadera elección del hecho de cuidar. Se puede acumular agotamiento sin muchas perspectivas de descanso, o tal vez se cuida después de una agotadora jornada laboral. Entre las manifestaciones físicas descritas por Vitaliano y cols. (2005), señalan en cuidadores de enfermos con demencia el mayor riesgo de padecer problemas de salud, en comparación con no cuidadores, así han descrito: que los cuidadores tenían un 23 % de mayores niveles de tensión hormonal (ACTH, catecolaminas, cortisol, etc) y un 15% menos del nivel de anticuerpos. En este sentido, las investigaciones sugieren que el estrés prolongado en cuidadores de mayor edad, junto con una mayor vulnerabilidad biológica, poseen un considerable riesgo de padecer enfermedades. En esta línea, los cuidadores muestran una mayor reactividad cardiovascular, aumentando así la probabilidad de mortalidad frente a los no cuidadores (Schulz & Beach, 1999).

Además de los numerosos estudios que han comparado cuidadores y no cuidadores, se han puesto de manifiesto investigaciones entre cuidadores de enfermos con demencia de distintas culturas, así entre hispano-americanos y españoles no se encontraron diferencias referentes a los síntomas depresivos (Losada y cols. 2006). Entre otros grupos étnicos pertenecientes a la población americana, se encontraron que los cuidadores afroamericanos tienen menos estrés en el rol del cuidado, que los cuidadores blancos, (Farran, Miller & Kaufman, 1997), incluso menos que los cuidadores hispanos (Cox & Monk, 1996). Se ha sugerido como respuesta a estas variaciones, que los cuidadores afro-americanos poseen una

fuerza emocional única (Wood y Parham, 1990) y que su evaluación positiva del cuidado dentro de la vida familiar, les facilita para tener menos niveles de carga en el cuidado.

Entre las ganancias o beneficios que el cuidado puede reportar a la mujer, se pueden considerar entre otros: una nueva oportunidad para aprender nuevas habilidades enfrentándose a situaciones adversas, nueva oportunidad de amar, lealtad en su ayuda (rol inverso), sentido de propósito en la vida, crecimiento personal y sentido de autocompetencia. Este último no hay que entenderlo exclusivamente mientras se cuida, sino también, cuando se termine la relación de cuidado tras el fallecimiento. En este sentido, se destinan esfuerzos y medios hacia la pertenencia y liderazgo de asociaciones de ayuda, facilitando así reestructurar más positivamente su experiencia de cuidado (Miller & Lawton, 1997) y continuar de alguna forma con el vínculo del familiar ausente.

Aunque escasas las publicaciones que resaltan los aspectos positivos del cuidado, ya se empieza a ver una floreciente lista de publicaciones que sin dejar de mencionar los perjuicios, también resaltan los beneficios. Así, se extienden a cuidadores de enfermos con Sida, Depresiones, Esquizofrenia, etc. Algunos resultados obtenidos, indican reducción de estrés en el cuidado (Kinney & Stephens, 1989), disminución de ansiedad y depresión en esposas que cuidan a enfermos discapacitados (citado por Yee & Schulz, 2.000) o comprender que las tareas habituales o instrumentales, pueden ser un recurso para disfrutar y alcanzar un significado personal, lo que adquiere importantes repercusiones para la salud y la rehabilitación (Loucks-Atkinson, 2006).

En un estudio llevado a cabo por la National Alliance for Caregiving en 1996 se comprobó que los sentimientos más habituales entre los cuidadores eran la felicidad y el amor (Ory, et. al. 2.000). Entre los testimonios recogidos en mujeres americanas que cuidan a sus familiares con enfermedades crónicas, se obtienen opiniones como: ser afortunada por cuidar a su familiar, aplicar un buen sentido de humor resulta gratificante y obtener realización por haber hecho más de lo imaginado (Berg-Weger, et. al. 2001).

2. MODELO ESTRÉS Y SALUD-ENFERMEDAD

Para Vitaliano, Zhagn & Scanlan (2003) y Vitaliano, Katon & Unützer, (2005) el modelo relaciona los siguientes constructos: estresores psicosociales y del cuidador, riesgo en hábitos de salud, mediadores psicológicos y problemas de salud.

Este modelo se basa en los factores psicosociales de la enfermedad, que contempla las aportaciones de Lazarus y Folkman (1984) referente a los recursos como moderadores del estrés vs. la vulnerabilidad, estableciendo así diferencias individuales.

La vulnerabilidad en los cuidadores se ha entendido desde dos puntos de vista: a) como características inherentes al sujeto o innatas, tales como: edad, sexo, temperamento, historia familiar y hereditarias y b) en cuanto los recursos personales son cambiantes y se ven influidos por la interacción entre la persona y el ambiente; en este sentido, en contextos concretos del cuidado, se refiere a las horas que dedican y a la oportunidad para obtener descanso.

Según el modelo propuesto, los efectos principales de la exposición al cuidado, junto con la vulnerabilidad y los recursos, se encuentran directamente asociados con el estrés y riesgos en los hábitos de salud. Así, la interacción entre la vulnerabilidad y los recursos, predice estrés y malos hábitos de salud. (Vitaliano, Maiuro, Bolton & Armsden 1987 en Vitaliano et. al. 2003).

3. APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LA CARGA.

Entre las repercusiones que tiene cuidar a un enfermo con demencia, el concepto de carga engloba toda una serie de efectos que inciden directamente sobre el o la proveedora de cuidados. Entre tales efectos, se incluye una amplia variedad que van desde la percepción de las consecuencias económicas que ocasiona el cuidado, hasta las físicas, psicológicas y emocionales.

En este sentido, se ha definido en el cuidado de familiares enfermos adultos, como la vivencia de problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y económicos (George & Gwyther, 1986).

Así los estudios centrados en el cuidado de enfermos con demencia, han analizado en el receptor de cuidados, aspectos comportamentales, psicológicos, funcionales y sus repercusiones sobre la carga psicológica y social percibida por el cuidador.

Una definición similar a la anterior considera la carga como el resultado psicológico tras combinar en el cuidado del paciente, el trabajo físico, presión emocional, relaciones sociales reducidas y demandas económicas (Dillehay & Sandys, 1990).

Tal resultado psicológico o nivel de carga va a depender, según Malobeach & Zarit (1991) de: los antecedentes en la relación del enfermo y cuidador, historia familiar, ciclo vital del proveedor de cuidados, tipo de enfermedad y etapa en la que se encuentra. En esta última, según los autores mencionados, el estrés del cuidador disminuye hasta la etapa final de la enfermedad, donde de nuevo se vuelve a experimentar, ante el afrontamiento de la muerte del enfermo.

En referencia a los predictores de la carga en cuidadores informales, Peinado & Garcés de los Fayos (1998) explican las siguientes categorías:

- 1) Predictores intrapersonales.- Considera tanto los aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales, así como la personalidad; en esta última, señala el patrón de personalidad tipo A, que se caracteriza, con respecto a los demás individuos, en una mayor competitividad, ambición, agresividad y una concepción exagerada del sentido de responsabilidad.
- 2) Contexto familiar.- Incluye elementos familiares propios de ambientes que facilitan una mayor sobrecarga; para ello especifica los siguientes: rigidez familiar y relaciones con los familiares y con la persona cuidada, demandas o exigencias de la situación, democratización en la toma de decisiones, etc.

3) Contexto ambiental.- Considera el tipo de interacción que mantiene con su entorno más inmediato o comunidad, contemplando: relaciones sociales, apoyo social, exigencias ambientales y satisfacción vital.

Entre las importantes clasificaciones de la carga, Montgomery, Gonyeawe & Hooyman (1985) establecen dos, una objetiva y otra subjetiva. La primera, se refiere a las alteraciones vividas que afectan tanto a la vida del cuidador como su ámbito doméstico y la segunda, consiste en la reacción a las tareas objetivas, que se manifiesta en actitudes y emociones ante tales tareas.

Otras clasificaciones como la de Novak & Guest (1992) establecen distinciones entre la carga como:

- 1) Carga dependiente del tiempo.- Incluye la falta de tiempo que el cuidador percibe para dedicarse a otros asuntos.
- 2) Carga evolutiva.- Considera la percepción en comparación con su grupo de iguales, de estar desempeñando un rol que no les corresponde.
- 3) Carga física.- Incluye percepción de cansancio y fatiga en el desempeño de tareas físicas del cuidado.
- 4) Carga social.- Recoge los conflictos que ocasiona el desempeño del rol de cuidado.
- 5) Sobrecarga emocional.- Señala las emociones negativas hacia la persona que se cuida.

Entre las críticas que se vierten sobre el concepto de carga, se encuentra su pobreza conceptual, habiendo surgido como un constructo sin ninguna base en modelos teóricos que lo expliquen (Montorio, Izal, López y Sánchez, 1998) (Chou, Chu, Tseng & Lu, 2003).

Según lo anterior, Chou et. al. (Ibíd.) argumenta que entre los instrumentos utilizados para medir la carga, no se encuentran conceptos bien explicados, en cuanto qué es lo que realmente es la carga y qué no, de aquí, que muchas de las explicaciones resulten ambiguas, donde la falta de estudios longitudinales de tales instrumentos limitan la exploración en los cambios de la carga.

Respecto a la escala más utilizada para medir la carga, The Zarit Burden Interview (1985) los autores anteriormente citados señalan las siguientes limitaciones:

- 1) La medición unidimensional de la escala omite aspectos de la carga del cuidador, sumando por ello, todos los ítems como una sola puntuación, lo que excluye dimensiones específicas de la carga.
- 2) La validez discriminante y predictiva no se establecen adecuadamente.

- 3) Los investigadores necesitan otros métodos para examinar la dimensionalidad de la carga, sin haber facilitado el método usado para la extracción de los factores.
- 4) Necesidad de explorar la validez externa.

Considerándose la carga como una influencia directa tanto de las características del enfermo como de las del propio cuidador, se emplean planes de intervención orientados a ambos. En este sentido, en el primero, se analiza la posibilidad de institucionalización, y en los dos, se establecen planes para mejorar la autonomía, apoyo familiar y comunitario.

4. MODELO DEL PROCESO DE ESTRÉS DE PEARLIN

El modelo propuesto por Pearlin, Mullan, Semple & Skaff (1990) Aneshensel & Pearlin (1993), Pearlin (1999), supone una estructura general que sirve de guía ante circunstancias potencialmente estresantes, como son las circunstancias de cuidar a enfermos con demencia, en los que conforme aumenta su deterioro se incrementa su asistencia.

Así, dentro de un contexto social y familiar en el que se establecen continuas relaciones, los cambios y alteraciones producidas en un miembro del grupo, afectan a otros de su entorno más inmediato, por tanto, las referencias al estrés son entendidas como un proceso.

El modelo que a continuación se expone, consiste en cuatro dominios: contexto social que ocurre la situación de cuidado, estresores, mediadores del estrés y resultados del estrés.

- 1) Contexto social en el que ocurre la situación de cuidado.- En las circunstancias concretas del cuidado, incluye todas aquellas circunstancias sociales y personales, inherentes al cuidador, como son: ocupación, etnia, estatus social, nivel de estudios, edad, género, historia de las relaciones con la persona que cuida, facilidad para acceder a recursos, etc.

Especial importancia concede Pearlin dentro del modelo al estatus social, etnia, edad y género, los cuales suponen una desigual distribución de los recursos y diferentes oportunidades para acceder a ellos. De esta forma en muchos casos, en nuestra opinión, tales circunstancias sociales vienen a aumentar o a enmascarar los efectos de estrés que produce el cuidado de enfermos con demencia.

Acerca del estatus social y económico, en una posición socialmente devaluada existe la posibilidad de que los individuos inmersos en ella se menosprecien a sí mismos (Rosenbeg & Pearlin, 1979 citado en Pearlin, 1999)

Respecto al género, es una característica que influye en el estrés, de tal forma, que hombres y mujeres experimentan distintas circunstancias estresantes, sobre todo en referencia a los distintos roles que desempeñan. En este sentido, clara es la influencia que a nivel social determina que el cuidado de personas, no sólo ya mayores, sino de cualquier edad, se tiene asignado a la mujer.

- 2) Estresores.- Los estresores primarios y secundarios no indican orden de importancia, hacen referencia al orden temporal en el que suceden, apareciendo secuen-

cialmente dentro del proceso de estrés. Esta distinción, puede ayudar a clarificar las conexiones entre la exposición a los acontecimientos adversos y sus desagradables resultados. Las distinciones entre ambos indican que: a) los primarios, incluyen las demandas y actividades de la vida diaria, no sólo tareas como, comer, vestirse, lavarse, sino evitar comportamientos agresivos que puedan dañar a sí mismo o los demás y b) los secundarios, suponen el desarrollo y desempeño del cuidado a lo largo del tiempo, como el rol del cuidado y sentimientos acerca de uno mismo. En este sentido suponen, dudas e inseguridad en los propios dominios y competencia personal, así como sentimientos de cautividad y estar viviendo una vida superflua por el rol y responsabilidades desempeñadas.

En el desempeño de roles que antes se aludía, el rol es una parte de otro rol cuyas responsabilidades son mayores, o son el desempeño de pequeños roles en los que las relaciones personales se encuentran definidas y estructuradas. Las relaciones son por tanto duraderas y estables, considerándose importantes para las partes que lo integran. De aquí, que las circunstancias y experiencias que componen el rol tiendan a ser repetitivas y monótonas. El problema en los roles, y por tanto la generación de estrés, es cuando tal repetición de circunstancias se perciben como amenazantes, incrementándose con la frecuencia en la que ocurre tales eventos. Así, por ejemplo, en el rol de cuidado, en familias con una alta conflictividad en sus relaciones personales, el estrés se puede manifestar cuando entre los integrantes, existe alguien que no cumple con las expectativas y demandas del rol asignadas por la familia.

Los tipos de tensión que se pueden dar en los roles según Pearlin (1983, en Pearlin, 1989) se describen a continuación:

- a. Sobrecarga en el rol.- Cuando las demandas superan las capacidades individuales.
- b. Conflictos interpersonales.- Asumiendo distintas formas, estos roles surgen de la interacción con los demás en roles que son complementarios, como: esposos y esposas; jefes y subordinados; y padres e hijos.
- c. Conflictos inter-roles.- Se dan ante la confluencia de distintos roles, deparando incompatibles las exigencias de cada uno de ellos, como por ejemplo las responsabilidades del trabajo y la familia. Normalmente, aún cuando no se pueden llevar a cabo las obligaciones inherentes a los roles, no se suelen renunciar por los compromisos y vínculos adquiridos, aumentando así el estrés por la incapacidad de llevarlos adecuadamente. Tal sería el caso, de la coincidencia de responsabilidades en la mujer cuidadora, en la que como norma social, además de desempeñar las labores domésticas, crianza y educación de los hijos, ha de alternarse con el trabajo fuera del hogar, donde la tensión percibida se aumenta, si se carece de la libertad para cuidar.

d. Rol de cautividad.- Sucede cuando no se acepta las responsabilidades del rol.

e. Reestructuración del rol.- Son los comportamientos y estrategias llevadas a cabo para ajustar las nuevas expectativas.

3) Mediadores del estrés.- Como mediador de los recursos, el autor del modelo lo entiende como la capacidad que se posee en prevenir o amortiguar el desarrollo y resultados del estrés. Aunque se han descrito muchos mediadores como: autoestima, experiencia, rasgos de la personalidad como la extroversión, a continuación se expondrá el afrontamiento y apoyo social, por ser unos de los más influyentes dentro del cuidado de enfermos con demencia.

a. Afrontamiento.- Desde la perspectiva del modelo que se estudia, las habilidades de coping se refieren a las acciones y comportamientos llevados a cabo para evitar el impacto de los problemas. Desde un enfoque sociológico, se enfatiza, no la percepción de lo que sucede alrededor, sino lo que se ha aprendido de la pertenencia y referencia de grupos, siendo probable que, en la interacción con los demás, se manifiesten habilidades de coping aprendidas de éstos. La moderación de los efectos o manejar la situación para reducir el estrés, se enfocan evaluando directamente tales resultados, sin tener en cuenta modificaciones en los estresores primarios y secundarios.

b. Apoyo social.- Aunque se conoce poco de qué es lo que mantiene el apoyo, se está de acuerdo que un apoyo estable descansa en un cambio recíproco, no manteniéndose por tanto, en relaciones que imperen desequilibrios en la reciprocidad. Debido a que esto no siempre es así, y teniendo en cuenta según Pearlin (1999 *íbid.*) los motivos universales para su continuidad como la autoestima, podemos añadir en el cuidado de enfermos, el cumplimiento de valores personales como: fraternidad, dignidad hacia una persona con demencia, compasión, etc.

4) Resultado del estrés.- Tales resultados, se enfocan desde varias vertientes. De una, se refiere a las manifestaciones orgánicas del estrés, relacionado con varios sistemas como: inmunológico, endocrino y cardiovascular. Por otra, en referencia a la salud mental, toma en cuenta manifestaciones de ansiedad, dando así origen a distintas disciplinas desde las que se abordan las consecuencias del estrés. Y por último, desde un punto de vista sociológico, se destaca su importancia de la interacción inseparable con las circunstancias sociales del día a día y el comportamiento individual ante tales demandas.

Los enfermos con demencia, se caracterizan por un deterioro cognitivo y funcional que incluye: trastornos del estado de ánimo (mayor susceptibilidad, depresión, ansiedad), alteraciones psicóticas (delirios, alucinaciones), alteraciones de la conducta (desinhibición, agresividad, etc). De aquí, -como ya se ha expuesto- suponga un importante factor de alteración del comportamiento en la persona que le cuida; aunque para Schulz, O'Brien Boo-

kwala, & Fleissner (1995) la causa del estrés todavía no está clara, donde variables como la cantidad y duración del cuidado son los que mejor se relacionan con la salud de la cuidadora.

Entre los resultados del estrés en la población de cuidadores de enfermos con demencia, extensa es la literatura que aporta datos sobre este colectivo. Así en referencia a la depresión, el mejor predictor según el trabajo de Haley, Levine, Brown & Bartoluchi (1987) es la percepción que el cuidador realiza del deterioro del enfermo, más que una evaluación objetiva de su declive. En esta línea, una explicación alternativa es que el estrés es causado por la valoración de la decadencia del familiar que aman, siendo por tanto el estrés experimentado, más psicológico que físico (Schulz et. al. 1995). Siguiendo a estos autores, se ha argumentado incluso, el efecto de contagio de los cuidadores, en el que tienden a adoptar el humor de los que le rodean, independientemente de factores como la incapacidad o dependencia del enfermo. De esta forma, según Schulz et. al. (Ibíd..) el estado de ánimo o depresión del enfermo, podría afectar al cuidador.

5. APORTACIONES DE LAWTON.

Las contribuciones de Lawton y et. al. (1989, 1991, 1992) basadas en la teoría cognitiva del estrés y el afrontamiento, tienen en cuenta la valoración que se hace del cuidado como un mediador entre el estresor del ambiente y el resultado psicológico del cuidado (positivo-negativo).

Tanto la estructura del estrés como las habilidades de coping, consideran que la cuidadora despliega toda una serie de comportamientos tendentes a reducir los efectos negativos del cuidado. La evaluación que la proveedora de cuidados asigne a la influencia que recibe del enfermo, influirá en los resultados de la interacción. En tal proceso, la valoración del cuidado, incluye tres importante elementos a) evaluación cognitiva-afectiva, b) reevaluación del estresor c) y eficacia en las propias habilidades de afrontamiento.

Dicha valoración del cuidado, fundamental dentro del proceso de estrés, se basa en la percepción del estresor, donde el significado atribuido a éste, constituye un mejor predictor del impacto, que valoraciones objetivas (Lazarus & Folkman, 1984).

La valoración de los estresores puede ser positiva, negativa o neutral, moldeando así los efectos de los acontecimientos. En este sentido los efectos del cuidado, varían de unos cuidadores a otros, incluso cuando están expuestos a estresores similares (Lawton, Moos, Kleban, Glicksman, Revine, 1991). Según lo aportado, tales autores recomiendan el empleo del concepto de valoración, frente al de carga del cuidador, destacando así, que no todas las demandas del cuidado suponen una carga o son estresantes para el cuidador (Montorio et. al. 1998).

Lawton et. al. (1991) basa su modelo de valoración del cuidado y bienestar psicológico, sobre las bases del modelo de estrés de Lazarus (1966) y en el bienestar psicológico de Bradburn (1969) y Diener & Emmons (1984) (citados en Lawton, íbid.), describiendo varios constructos descritos previamente en la literatura, como:

1) Estresor.- Considera la distinción entre fenómenos subjetivos, transaccionales y objetivos, en cuanto ocurren fuera de uno. Estos últimos se han descrito según varias contribuciones, como el grado de incapacidad en la persona que cuida.

2) Recursos.- Destaca las aportaciones de Pearlin & Schooler (1978 citado en Lawton, et. al. *Ibíd.*) considerando que los recursos son la fuerza dentro de la persona o en el ambiente que configura el afrontamiento ante el estrés.

3) Valoración secundaria.- Considerada dentro del contexto del cuidado, como la respuesta cognitiva y afectiva a las demandas del ambiente y al propio comportamiento, la valoración debe usarse para describir el proceso en el que este sucede, como son la carga y la satisfacción.

4) Satisfacción en el cuidado.- Representa las ganancias percibidas o emociones positivas que proceden del cuidado.

5) Carga Subjetiva.- Es la percepción del estrés, ansiedad, depresión y pérdida de libertad atribuida al cuidado.

Basándose en el trabajo de Zarit, Lawton et. al. (1989) desarrollaron The Caregiving Appraisal Scale, un instrumento con 21 ítems diseñado para medir en los cuidadores la valoración positiva, negativa y neutra en el contexto del cuidado. Compuesta por tres factores incluye: carga subjetiva, percepción del impacto y satisfacción del cuidado.

6. MODELO DE YATES

El presente modelo propuesto por Yates, Tennstedt & Chang (1999) se basa en las aportaciones de los dos modelos estudiados previamente, como son el de Pearlin y el de Lawton. Según los autores, el primero, supone en el proceso de estrés, evaluar como las relaciones se desarrollan y cambian a través del tiempo, y el segundo, incluye las variables subjetivas dentro de la categoría de la valoración.

El modelo contempla los siguientes elementos: estresores del cuidado, valoración del cuidado, mediadores y resultados.

1) Estresores.- Los estresores primarios consisten en las siguientes medidas referentes a las necesidades de cuidado: a) Nivel funcional de incapacidad b) Presencia de deterioro cognitivo y c) problemas de comportamiento.

2) Valoración del cuidado.- Afecta a la relación entre los estresores primarios y los resultados, que comprenden dos evaluaciones: por una parte, una evaluación primaria, compuesta por las horas de cuidado informal, representando una valoración subjetiva de las necesidades de cuidado, así como de medidas objetivas. Y, por otra, una valoración secundaria, que examina la sobrecarga del cuidado.

3) Mediadores.- Considerados como recursos según las contribuciones de Pearlin (*Ibíd.*) sirven para modificar los efectos del estresor, en los que se incluyen tanto personales como sociales, recursos económicos, locus de control,

4) Resultados.- El bienestar psicológico es medido mediante el riesgo a la depresión, en el que según establecen los autores lo incluyen por varias razones: 1) Se ha estudiado en gran cantidad de poblaciones de cuidadores 2) Es mayor en mujeres, lo que supone un elevado porcentaje en la población de cuidadores 3) La depresión permite conocer dificultades psicológicas como las relaciones interpersonales, disfrute, actividades de ocio, etc.

Los objetivos del modelo son determinar los efectos de la incapacidad funcional, deterioro cognitivo y problemas de comportamiento sobre el bienestar psicológico de los cuidadores.

7. PERSPECTIVAS POSITIVAS DEL CUIDADO

7.1. APORTACIONES DE KRAMER

Según las aportaciones de Kramer (1997a, 1997b, 1993) la investigación a finales del pasado siglo ha estado muy centrada en los aspectos negativos del cuidado. Tal campo de estudio según la autora, necesita replantear las experiencias y resultados del cuidado, incluyendo tanto aspectos positivos como indicadores de bienestar, donde la ausencia de indicadores positivos desvirtúa o sesga la información que se obtiene del cuidado, limitando así acercarse a la teoría de la adaptación en el cuidado.

En este sentido, Wells & Kending (1997) señalan que es un enfoque demasiado simplista, el que todos los cuidadores sean exclusivamente víctimas escondidas de la enfermedad de sus familiares.

Entre los argumentos por los cuales es importante investigar los aspectos positivos en el cuidado, Kramer establece cuatro razones:

- 1) Es un aspecto del cuidado expresado por un considerable número de cuidadores, en el que su dedicación les faculta para mejorar su autoestima, adquirir habilidades para acometer desafíos y alcanzar un significado en la vida.
- 2) La comprensión de los aspectos positivos del cuidado facilita a los profesionales trabajar más eficazmente con familias cuidadoras, lo que contribuye a mejorar la evaluación y métodos de intervención que ayuden a predecir resultados positivos. Así, un considerable número de clínicos han centrado su preocupación en los problemas y en la carga del cuidador, reforzando éstos aspectos y desatendiendo a la persona, sin comprobar qué comportamientos adecuados manifiesta. La perspectiva que se estudia, es consistente con la orientación de la fortaleza personal, que indica en cada uno, la capacidad para seguir creciendo (Weick, Rapp, Sullivan & Kisthard 1989 en Kramer, 1997a)
- 3) Influencia determinante en la calidad del cuidado.
- 4) Contribuye de forma importante a realzar las teorías de la adaptación y bienestar psicológico.

En nuestra opinión, sería conveniente que las ganancias o beneficios del cuidado, entrasen a formar parte de los esquemas cognitivos de los cuidadores, ayudándoles a descubrir aquellos resortes o valores, que les permitan superar los inconvenientes en el continuo desempeño de sus responsabilidades.

Siguiendo a Kramer, las ganancias son entendidas como la valoración de beneficios, recompensas y satisfacción en el rol del cuidado, permitiendo así llevar una vida enriquecida.

Basándose en la teoría de la resiliencia en el estrés familiar, ajuste y adaptación, Kramer (1993) elabora el modelo de determinantes personales y sistémicos del cuidador, que concluyen en una buena y mala adaptación. A continuación se describen tales determinantes:

- a. Demandas.- Toma en cuenta por una parte, los estresores personales y familiares, en los que considera en la persona del cuidador, su edad y duración del cuidado, y del paciente, la funcionalidad, memoria y problemas de comportamiento. Y por otra, la vulnerabilidad, en la que analiza el sistema familiar, calidad en las relaciones, historia anterior a la enfermedad de Alzheimer y tensiones no resueltas.
- b. Recursos personales y familiares.- Entre los recursos familiares, destaca las competencias que eliminan o median en el impacto (McCubbin & McCubbin en Kramer, *Ibíd.*). Incluye además estado de salud, nivel de ingresos y apoyo social.
- c. Valoración del cuidador.- Examina la valoración que la familia que hace del estresor.
- d. Buena y mala adaptación.- Describe los resultados familiares en el afrontamiento de los estresores, considerando la depresión, calidad de vida y satisfacción en el cuidado.

7.2. APORTACIONES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA FORTALEZA

Tal perspectiva supone un enfoque desde diferentes visiones en las que contemplar las continuas interacciones entre el individuo, la familia y la comunidad. Todas deben ser vistas desde sus propias capacidades, competencias, talento, valores, posibilidades y esperanzas, accediéndose a ellas, tras haber sufrido cambios drásticos en el equilibrio individual y social. Requiere por tanto, desde una perspectiva individual, lo que sabe el individuo, lo que puede hacer y como es capaz de obtener los recursos apropiados del contexto (Saleebey, 1996).

Según lo anterior, Mills (1995 en Saleebey, *Ibíd.*) considera, que ante los desórdenes sufridos en la vida, se debe ayudar a reconocer su resiliencia innata, donde el conocimiento debe ser orientado hacia un crecimiento individual. Así, conceptos como la resiliencia, salud, sabiduría, inteligencia y motivaciones positivas, se encuentran dentro de la persona, accesibles desde la educación, apoyo y empeño.

Tales motivaciones y mantenimiento en las creencias positivas desempeña un importante papel en el desarrollo y regeneración de la salud (Counsins, 1989 en Saleebey, 1996) donde tal tipo de creencias, muy cercanas a control percibido, pueden ayudar a reconstruir -teniendo en cuenta las limitaciones personales y alcance del evento- los desordenes personales y familiares experimentados.

Partiendo de un enfoque ecológico, Saleebey (1996, 1997) señala las narraciones e historias personales como recursos de transmisión cultural, en los que –podríamos decir- constituyen efectos socializadores que pueden influir ante actitudes, por ejemplo, de lucha o huida ante situaciones que supongan un desafío.

Desde la presente perspectiva, los estudios llevados a cabo por Ber-Weger, McGartland & Tebb (2001) describen ventajas y oportunidades en la experiencia del cuidado (ver cuadro n. 2.1).

VENTAJAS Y OPORTUNIDADES TRAS LA EXPERIENCIA DE CUIDAR

1. Descubrir la propia fortaleza
 2. Habilidad para afrontar los desafíos
 3. Oportunidad para aprender nuevas habilidades y uso formal de recursos
 4. Oportunidad de pasar más tiempo con el familiar
 5. Sentido de competencia, satisfacción o autoeficacia
 6. Crecimiento personal.
-

Fuente: Ber-Weger, McGartland & Tebb (2001)

Cuadro n. 2.1 Ventajas y oportunidades tras la experiencia de cuidar

Tras un estudio cualitativo con cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas, los autores antes mencionados recogieron entre otras, las siguientes expresiones:

- ▶ “Me siento privilegiado con el cambio y siento que ello ha incrementado mi crecimiento personal”
- ▶ “Un buen sentido del humor es algo muy gratificante. Aunque no siempre es fácil, una vida fácil produce gente aburrida”
- ▶ “Me siento una excelente cuidadora y lo estoy llevando muy bien”
- ▶ “Realicé y llevé a cabo mucho más de lo que podía imaginar”

Según Saleebey (1996, 1997) el mérito de esta perspectiva reside en ayudar a detectar y desarrollar la propia fortaleza, empleando recursos para resolver problemas, reconsiderar objetivos y llevar a cabo las propias necesidades. Por tanto, cada individuo, familia y comunidad tiene su propia fortaleza, y tal vez, como en el poema de Bécquer, se necesite resucitar al genio que todos llevamos dentro y sólo falte tender la mano como a Lázaro.

7.3. CONTRIBUCIONES ACTUALES

Según las aportaciones de Fredrickson (2001) una evaluación de sí mismo, o de acontecimientos previos, son procesos que pueden influir en las valoraciones de: experiencias subjetivas, expresiones faciales, procesamiento cognitivo y cambios fisiológicos. Por tanto, las experiencias de afectos positivos, además de facilitar una aproximación al comportamiento y facilitar la ejecución de la acción, permite obtener comportamientos más adaptativos.

Tal unión entre los afectos positivos y la acción ofrecen una explicación para la compensación positiva, sin la cual, las personas no se verían motivadas para enfrentarse ante los acontecimientos. Algunas aportaciones más acerca de emociones positivas sugieren que las personas pueden mejorar su bienestar psicológico y probablemente su salud física, desempeñando este tipo de emociones frente a las emociones negativas (Fredrickson, 2000a en Fredrickson *Ibíd.*). En este sentido, y referente a las diferencias individuales, parece probable que algunos sujetos frente a otros comprendan y hagan uso de los beneficios de tales emociones, correspondiéndoles a aquellos que mostrasen una resiliencia psicológica. Así en un experimento llevado a cabo por Tugade & Fredrickson (2000 en Fredrickson *Ibíd.*) comprobaron que la resiliencia no predecía niveles de ansiedad y; sin embargo, sí emociones positivas.

En un estudio publicado en el pasado año, Dulin & Dominy (2008) estudiaron en una muestra de cuidadores de enfermos con demencia mediante análisis de regresión, en la que mantener actitudes positivas hacia los demás debía ser un importante determinante en comportamientos como funcionamiento emocional positivo.

En nuestro país, y también mediante análisis de regresión, López, López-Arrieta y Crespo (2005) encontraron en una muestra de cuidadoras informales de mayores dependientes, que la satisfacción se asociaba con haber tenido mejores relaciones afectivas con la persona cuidada, con ser cuidador por propia iniciativa, tener tiempo libre, con menos uso de emociones de descarga y con no trabajar fuera del hogar.

Ante las dificultades del cuidado, o ante los estresores (según denominación de los anteriores modelos expuestos) existen momentos de felicidad y satisfacción, relacionándose con un creciente ajuste entre los cuidadores (Folkman & Moskowitz, 2000).

Según los autores anteriormente mencionados, un contexto de cuidado en el que imperen afectos positivos, ha sido señalado como beneficioso para los proveedores de cuidado, donde experimentar tales emociones puede servir de estímulo para detener los efectos de experiencia provenientes de depresión. En este sentido las emociones positivas no son sólo indicadoras de felicidad, sino también una forma de establecer las bases para solucionar problemas, bienestar futuro y potenciar los recursos internos ante los estresores (Fredrickson, 2001).

En un estudio llevado a cabo por Cohen, Colantonio & Vernich (2002), en una muestra de cuidadores de enfermos con demencia, comprobaron por una parte, que un 73% podían identificar al menos un aspecto positivo del cuidado, un 7% podían identificar

más de uno, y por otra, que los sentimientos positivos hacia el cuidado estaban asociados con una menor depresión, menor carga y mejor valoración de la propia salud.

El autor de la presente tesis, pudo realizar en varias reuniones con mujeres cuidadoras de enfermos con demencia (N=18) la misma consulta que Cohen y cols. (Ibíd.) formularon: identificar una o más emociones positivas en su rol de cuidadoras. Aunque en cada una de las 4 sesiones llevadas a cabo, hubo 3 mujeres que nunca contestaron, las demás expresaron más de una emoción, lo que servía para identificar y valorar emociones de las que no eran conscientes. Entre los sentimientos que expresaron se encuentran:

- ▶ “...sí que me da mucha guerra, pero después me echa esa sonrisa y es que... (se emociona)... no tengo más remedio que devolverle la sonrisa” (cuidaba a su suegra, cuyo marido ya había fallecido)
- ▶ “... llevo muy mal el que un hermano con el me llevaba muy bien, apenas me hable; sin embargo con mi padre con el que me llevaba mal, ahora siento que lo quiero más... paradojas de la vida...”
- ▶ “...esta noche no me ha dejado dormir, no sé como he venido... pero el humor todavía no lo he perdido...” (cuidaba a su marido).

En un estudio cualitativo de cuidadores de enfermos de Alzheimer, llevado a cabo por Algado, Basterra & Garrigós (1997 pag. 23), se recogieron las siguientes valoraciones:

- ▶ “Que estoy pagándole en poca proporción lo que me han dado a mí ellos siempre, porque es tu madre la quieres mucho...es que hay que hacerlo”
- ▶ “Es la madre de mi marido, yo lo quiero mucho a él y por él tengo que hacerlo”
- ▶ “No es que la tenga aquí porque tengo una obligación de tenerla, sino que es mi madre y la quiero”

CAPÍTULO III ASPECTOS SOCIALES DESTACABLES EN EL DESARROLLO EVOLUTIVO DE LA MUJER CUIDADORA.

1. CONSIDERACIONES REFERENTES AL CUIDADO

La tradicional asignación de roles ligada al género femenino por las funciones protectoras de la familia y tareas derivadas del cuidado de sus familiares mayores, junto con una ausencia de remuneración económica por el cuidado prestado, caracteriza el cuidado informal en mayores dependientes. Una relación diferenciada por un marcado carácter voluntario, familiar y altruista en algunos casos, y en otros, por las exigencias, presión y necesidad familiar, determinando en éstos, un conflicto de roles donde no se aceptan en ocasiones, las obligaciones y demandas de los demás.

Además de la influencia cultural que determina el género en las labores de cuidado, existen varios factores que propician que finalmente el cuidado sea prestado por las hijas, como son: proximidad de la vivienda, grado de dependencia del enfermo, sentido conferido a la responsabilidad filial, y a las que habría que incluir; ausencia o incapacidad del cónyuge y presencia de hijas solteras.

Considerando las aportaciones vertidas en el Libro Blanco (2004) que cita a Carstensen (1986), Díaz Veiga (1987) y Fernández-Ballesteros et. al (1992) señalan la confusión terminológica referente a los recursos que provienen de las relaciones sociales. Con el objeto de clarificar tales conceptos, el citado libro explica los siguientes términos:

- 1) Actividad social.- Señala la referencia a frecuencia de los contactos sociales.
- 2) Redes sociales.- Considera las características estructurales en las relaciones, donde mantener una extensa red social (familia, amigos) no quiere decir que se cuente con apoyo suficiente ante necesidades prolongadas.

3) Apoyo social.- La forma de ayuda que se puede recibir de las redes sociales, incluye:

- a. Ayuda emocional.- En continua relación con la persona cuidada, supone la expresión de sentimientos, opiniones y afectos.
- b. Apoyo informativo y estratégico.- Referente a la ayuda prestada en el afrontamiento de situaciones y solución de problemas concretos. Saber que se puede contar con alguien es lo que realmente confiere confianza y calidad en las relaciones.
- c. Apoyo material o instrumental.- Prestación de ayuda y/o servicios ante la incapacidad de hacer frente con los propios recursos. Entre los ejemplos que incluye, se encuentra prestar dinero para hacer frente a una deuda y ofrecer ayuda a personas mayores dependientes, conocido como apoyo informal. En este sentido, el cuidado informal prestado por parientes y amigos, se caracteriza por conferir afectividad en la relación y por adquirir compromisos de cierta permanencia y por tratarse de una prestación altruista.

El apoyo informal como tal recurso de ayuda, tomando las contribuciones de Montorio, Díaz & Izal (1995), se interpreta por su adaptación a las distintas necesidades del cuidado, lo que supone que conforme aumenta el deterioro del enfermo y por tanto mayores demandas, se satisfacen con una mayor contribución de la persona o personas que cuidan, favoreciendo así el mantenimiento del mayor dependiente en la comunidad.

No obstante la relación de cuidado, desde un punto de vista social y familiar, nunca debe llevarse a cabo mediante medidas impositivas y de coacción, debiéndose respetar las dificultades físicas, psicológicas, económicas y libertad individual. Resultados contrarios a este respeto transformándose en exigencias, llevará a aumentos de conflictividad, mayor estrés, e incluso anulación de vínculos afectivos con la persona cuidada.

Según lo anterior, Dilworth-Anderson, Williams & Gibson (2002) afirman que es necesario en investigaciones futuras, prestar más atención a las creencias, normas y cuestiones culturales del cuidado informal, así como mejorar la metodología y rigor teórico.

De forma esquemática, los elementos diferenciadores entre el cuidado informal y formal, se presentan en el cuadro que a continuación se expone:

CUIDADO INFORMAL	CUIDADO FORMAL
1. Son acciones que se llevan a cabo para asistir y mejorar la calidad de vida de la persona que se asiste.	1. Existe contraprestación económica en forma de salario.
2. Fundamentalmente goza de un carácter familiar.	2. Es desempeñado por un profesional que ha recibido preparación cualificada.

CUIDADO INFORMAL	CUIDADO FORMAL
3. Comporta el mantenimiento de relaciones afectivas.	3. Se encuentra sujeto mediante una relación contractual.
4. Carece de remuneración económica.	4. Suele carecer de implicación emocional hacia la persona atendida.

Cuadro n. 3.1 Diferencias entre cuidado informal y formal

Influido por la ideología feminista, el cuidado informal ha tomado en las últimas décadas, las siguientes orientaciones (Ewijk, Hens & Lammersen 2003 en García, Mateo y Maroto, 2004):

- 1) En los años 70, se demandaba un mayor reconocimiento político por la consideración del cuidado como un trabajo oprimido.
- 2) En los 80, el cuidado supuso asumir un significado para su identidad como persona.
- 3) En los 90, adquiere una doble conceptualización: por una parte, se presta atención a las relaciones de poder, como un paradigma de la diferencia, y por otra, el paradigma universalista, que supone un acercamiento al intentar resolver tensiones entre la ética del cuidado y de la justicia.

Tal ética ciudadana se convierte en una poderosa arma que reivindica una mayor intervención política, de esta forma los poderes públicos incorporan ahora grupos que anteriormente habían estado excluidos.

2. LA RELACIÓN DE CUIDADO

Desde la prehistoria la relación de cuidado con nosotros semejante ha estado presente (Lebel et. al 2001 en Vitaliano, 2003), habiéndose constatado en culturas como los Neandertales.

El cuidado de personas mayores es contemplado como aquellos comportamientos dirigidos a producir un bienestar tanto personal, que incluye las dimensiones físicas y psicológicas, como social, en el que se hace uso de las relaciones y recursos que favorezcan la calidad e integridad del mayor dependiente.

El origen latino de la palabra cuidar (cogitare) se refiere a pensar, por tanto en el contexto del cuidado del mayor, podría indicar los mecanismos cognitivos, que implican, por ejemplo, planificar, observar y verificar, traduciéndose en muchos casos en sentimientos de alerta y preocupación.

En el cuidado de personas dependientes, las tareas se han clasificado en actividades que ocurren en la vida diaria:

- 1) Básicas.- Incluye los aspectos del cuidado personal como: alimentación, higiene, vestirse.
- 2) Instrumentales.- Imprescindibles para un desarrollo normal, son las que lo relacionan con la cultura y el entorno más cercano, contemplándose por el proveedor de cuidados la preparación de tareas -entre otras-:
 - a. Domésticas.- Cocinar, limpiar, lavar, planchar
 - b. Desplazamientos.- Uso de transporte público o privado
 - c. Movilización.- Grúas, andadores, sillas de ruedas
 - d. Sanitarias.- Visitas al médico, compra de fármacos, etc.

3. CONCEPTO DE CUIDADOR PRINCIPAL

Según los datos que arroja El Libro Blanco de la Atención a las personas en situación de dependencia en España (2004), el 84% de los cuidadores principales que cuidan a personas mayores en España son mujeres y la mitad son hijas, con una edad media de 53 años y casadas un 75% de ellas.

Las principales características que determinan el perfil de cuidador principal, son las siguientes (Malonebeach & Zaire, 1991), (Dilley & Sandez, 1990):

- 1) Número de tareas desempeñadas.
- 2) Asumir implicación y responsabilidad en el cuidado.
- 3) Dependencia emocional.
- 4) Percibirse a sí mismos como cuidadores, o los demás les consideran como tal.
- 5) Dependencia funcional y psicológica del mayor.
- 6) Vivir con el anciano.

Destacando estas características, y sobre todo la implicación y responsabilidades del cuidado, así como la percepción que los cuidadores poseen de este rol, es necesario destacar la respuesta que éstos emiten en el imbricado mundo de relaciones sociales en el que se desenvuelven, donde la habilidad para manejarse en ellas, será un componente indispensable para alcanzar una favorable adaptación. En este sentido Sternber & Kaufman (1998) refiriéndose a la población general, destacan las habilidades prácticas para aplicar métodos y hacerlos trabajar hacia lo que se lleva a cabo, alcanzándose cuando la inteligencia es aplicada al contexto del mundo real.

No obstante antes de la respuesta que emita el cuidador, es necesario tener en cuenta el conocimiento y la representación que obtiene de las circunstancias diarias que le rodean. Para ello, es importante considerar la comprensión y percepción que posee, tanto de estas

circunstancias como de sí mismo, siendo este conocimiento el que le permita actuar sobre el ambiente.

Una actuación sobre el ambiente y una adaptación que estará determinada por la reconstrucción diaria que haga del rol del cuidado y por elementos propios de la asistencia a enfermos con demencia, como comportamientos del enfermo, cantidad de tareas relacionadas con su cuidado, ausencia de ayuda, etc.

En este sentido Montorio (1988) refiriéndose a la carga, destaca que ésta debe ser entendida como una *valoración cognitiva* (la cursiva es nuestra) entre los estresores y la adaptación, donde coincidimos con Lazarus y Folkman (citado en Montorio, 1988) en emplear el término valoración o apreciación del cuidador, en vez de la tan traída y llevada carga del cuidador.

Respecto a los factores que facilitan que los hijos asuman la responsabilidad como cuidadores principales se encuentran (Litwin, 1994):

- 1) Proximidad de la vivienda o vivir en el propio hogar.
- 2) Grado de dependencia o incapacidad del mayor.
- 3) Percepción del tiempo que considera durará la incapacidad.
- 4) Grado de responsabilidad .

El concepto de cuidador principal, siguiendo a Úbeda, Roca y García (1997, p. 31) lo definen como la persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece una enfermedad, y/o también, la que permite vivir en su entorno de una manera confortable y segura, a una persona que por razones de edad o incapacidad, no es totalmente independiente.

Señalando la idea de vivir en su entorno, éste hay que entenderlo por una parte, como el lugar que ha recogido toda una serie de vivencias y afectos, donde los recuerdos suponen un fuerte vínculo emocional y psicológico en su historia de vida, y por otra, el carácter social que ha permitido mantener relaciones con el vecindario. Así el hogar, más que considerarlo como el espacio físico que da cobijo, es el lugar donde la persona mayor ha podido generar un clima de convivencia y transmisión de valores, disfrutando así de la seguridad y confortabilidad de su morada, que la encuentran en sus objetos y espacios preferidos, e incluso en los tradicionales olores de comida.

El cuidado, por tanto, en el hogar no es sólo la relación directa entre cuidador y enfermo, es continuar (siempre que se pueda) y hacer efectiva la transmisión de valores que antes se aludía, manteniendo las interacciones sociales mediante el apoyo informal de familiares y vecinos. En estos últimos, es mucho más frecuente la visita y preocupación por los enfermos en zonas rurales que urbanas, reforzando y estrechando así los vínculos de cohesión social.

Según se desprende de los datos del Libro Blanco (Ibíd.) el número de hogares que cuidan a sus familiares se ha incrementado en casi un 2% desde los años 1994 a 2004 alcanzando un 60,7%.

Si tal crecimiento se sigue produciendo, ya que todo parece indicar que así será, y dada la situación económica actual, con altas tasas de desempleo, recesión económica y elevado endeudamiento en las familias españolas, sin nombrar la precariedad de nuestro sistema de pensiones, los poderes públicos deberían empezar a considerar las marcadas diferencias sociales que se produzcan por el cambio de ciclo económico, y además, tener muy en cuenta las políticas asistenciales en las familias que cuidan a sus mayores en el hogar. Más aún, cuando entre las reformas de los servicios sanitarios, se tiende a convertir el hogar en entornos donde confluyan el sistema profesional y el informal. Por tanto, el sistema público de salud, debe ser sensible a las condiciones familiares que se encuentran presentes en la relación de cuidado, prestando una mejor evaluación y protección, como programas de ayuda psicológica que mejoren y mantengan el bienestar de los cuidadores.

Respecto al cuidado de enfermos en el domicilio, Corney (1995) establece los siguientes apartados:

- 1) Dignificar y respetar. No hay que olvidar que a pesar del trabajo que supone cuidar a un enfermo afectado de demencia, ante todo es una persona que posee sentimientos, siendo digna de ser tratada, no ya haciendo uso de un derecho fundamental, sino de ser tratada como persona.
- 2) Evitar enfrentamientos. Discutir y enfrentarse con personas que tienen mermadas sus capacidades cognitivas, corrigiendo e insistiendo en determinados comportamientos, puede ser bastante cruel.
- 3) Facilitar la independencia. Ayudando en su justa medida, sin desempeñar el cuidador tareas, que el enfermo puede ejecutar.
- 4) Reducir el estrés. Aunque es complicado, dada las características cognitivas y comportamentales que el paciente tiene alteradas, es conveniente intentar anticiparse a situaciones que se saben le pueden alterar.
- 5) Adaptarse. Afrontar la situación mediante la aceptación del paciente, así como las reacciones de la cuidadora, intentando encontrar alegría y aspectos positivos en el quehacer diario.

Partiendo de una relación digna con el familiar, es conveniente que en tal relación se establezcan estrategias comunicativas que refuercen los vínculos en la interacción entre el enfermo y su cuidador (ver cuadro n. 3.2).

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EN PERSONAS CON DEMENCIA

-
- | | |
|--|---|
| 1. Entender que los problemas que presenta la persona se deben a la enfermedad y no a otras circunstancias. | 7. Reducir formas abstractas de comunicación (sarcasmo, “indirectas”, doble sentido). |
| 2. Captar su atención, mantener contacto ocular y llamarle por su nombre. | 8. Limitar el número de personas que intervienen en la conversación. |
| 3. Elegir temas agradables, hablar del aquí y ahora (no depender de memoria episódica) y mantener el mismo tema durante todo el tiempo posible. | 9. Mantener la calma. |
| 4. Utilizar un trato adecuado y hablar en el mismo tono que a cualquier otro adulto | 10. No intentar razonar ni aplicar la lógica. |
| 5. Hacer preguntas sencillas limitando las alternativas de respuesta. | 11. Decir a la persona lo que debe hacer y no lo que no debe hacer. |
| 6. Simplificar lo que se quiere decir: frases cortas y concisas, evitar descripciones detalladas, reducir el uso de pronombres, sintaxis sencilla (sujeto+verbo+objeto) y evitar frases en voz pasiva. | 12. Eliminar la utilización de la expresión “No recuerdas...?” |
| | 13. Darle la oportunidad de responder. Si no responde, repetir las frases de forma idéntica. |
| | 14. Ayudarle a comunicarse a través de la lectura. |
| | 15. Utilizar las diversas modalidades sensoriales de presentación de la información (táctil, visual, auditiva). |
| | 16. Escuchar pacientemente y con esfuerzos reales por comprender (escucha activa). |
-

Fuente: Teri, Montorio & Izal (2000)

Cuadro n. 3.2 Estrategias de comunicación en personas con demencia.

4. LA FAMILIA

Los factores que afectan al modelo tradicional de la familia, configuran un nuevo contexto para el cuidado y para la mujer cuidadora. La familia típica compuesta por un padre, una madre y sus hijos, tiene cada vez menos peso en la sociedad española, habiéndose reducido en un 12% del año 1988 al 2001 debido al envejecimiento de la población, divorcio (Miel, 2006) y entre otras se pueden citar la presencia de:

- 1) Retraso en la edad de los matrimonios, (coincidentes con la edad de crianza)
- 2) Uniones de hecho.
- 3) Incorporación de la mujer al mundo laboral, donde en la práctica sigue adoptando mayores responsabilidades domésticas y familiares que el hombre
- 4) Familias monoparentales, siendo más frecuentes las encabezadas por una mujer que las familias biparentales con tres y cuatro hijos.

5) Mayor edad y mayor permanencia de los hijos en el hogar familiar, debido entre otras razones, a la carestía de adquisición de primeras residencias y a la práctica ausencia y dificultad para adquirir viviendas públicas.

La problemática del cuidado además de ser un problema social, lo es básicamente familiar en muchos casos. Como afirma Ursula Lehr (1995) la evolución y cambios que afectan a un miembro de la familia, entrañan evolución y cambios para cada uno de los restantes miembros. En este sentido, al asumir la hija el rol de cuidado, y considerando su familia nuclear, ¿existiría una verdadera evolución en el resto de componentes, cuya implicación de la familia siga paralela a la de la mujer?, o ¿los demás integrantes de la familia consideran que es deber de su madre ó cónyuge y que ellos poco pueden hacer? Evidentemente, tanto en un caso como otro, dependerá de los valores solidarios aprendidos en la familia y del valor que le confieran a la ayuda familiar en situaciones de cambio.

La reorganización de la vida familiar, como consecuencia de cambios experimentados, conllevará además de la asunción del nuevo rol de cuidado de la mujer, el reajuste de repartir tareas que antes se dedicaba, o bien, continuar además con ellas, siendo aquí donde las tareas acumuladas y la incapacidad para llevarlas a cabo, desencadenan en estrés.

5. EL GÉNERO

Las diferencias halladas en el estudio de género en cuidadores, indican mayores niveles de tensión y estrés en mujeres que en hombres, así en un estudio llevado a cabo por Zarit, Todd & Zarit (1986) señalaron en una primera entrevista, mayores niveles de carga en los hombres. Dos años más tarde, las mismas mujeres mostraron menores niveles de carga respecto a la anterior entrevista, igualando los niveles con el de los hombres. Tal estudio sugiere, por otra parte, la consecución de niveles de adaptación –en muchos casos- tras el desempeño del rol de cuidador.

Antes de entrar en las relaciones que el género tiene con respecto al cuidado de enfermos dependientes, conviene precisar las connotaciones fisiológicas y sociológicas que tiene en comparación con el sexo. Así este, desde una marcada influencia biológica se refiere a la distinción física de los organismos que tienen como fin la reproducción. El género, por tanto, desde una visión sociológica, es la asignación o identidad causada por el comportamiento social manifestado.

Siendo por tanto un concepto totalmente arraigado en la cultura, su concepción tendrá un componente totalmente dinámico, dependiendo de distintas épocas, tradiciones y creencias de cada lugar. Así, un adecuado énfasis en las distinciones del género, son necesarias para impedir abusos y diferencias de poder, y cuando se produzcan, demandar mayores oportunidades y derechos.

Con respecto al aumento demográfico de la población, estas diferencias de género, está forzando a que la sociedad comience a examinar para las futuras generaciones, la implícita norma tradicional que obliga a la mujer dedicarse al cuidado de personas dependientes. En este sentido, alternan las responsabilidades del cuidado con las familiares, en las que co-

mo decía Pearlín, el cúmulo de roles desempeñados, generan conflictos que afectan directamente a las relaciones con los miembros de la familia.

Tal sentimiento de lealtad ante ambas familias, generan estados emocionales de desasosiego al pretender satisfacer las mayores demandas familiares, transformándose esta incapacidad, en exigencias personales y probablemente en creencias irracionales, como atribuirse ser una mala hija, o mala madre.

Por tanto, siendo la mujer la que menos contraprestaciones y apoyo recibe de la sociedad, es la que aporta más bienestar y calidad asistencial en los últimos momentos del ser humano, no resultando equitativo, cambiar la importante e inconmensurable función social que desempeñan, con una falta, y en muchos casos, de ayuda y comprensión.

No obstante, las transformaciones sociales que a un ritmo vertiginoso se están produciendo, hace que se comience a vislumbrar una continuada reivindicación de la mujer ante la sociedad, demandando una mayor igualdad de oportunidad que la hasta ahora recibida.

Es, por tanto, de justicia social, que la responsabilidad no recaiga únicamente o fundamentalmente sobre la mujer. Para ello se requiere por parte de la sociedad, y de los poderes públicos en particular, que el tan ansiado estado de bienestar suponga un verdadero apoyo para aquellas mujeres que dedican una importante parte de su vida al cuidado de familiares dependientes. Y por parte de las familias que han decidido cuidar, asumir una responsabilidad solidaria por todos los integrantes en un equitativo reparto de tareas.

Según lo anterior, ya que el modelo latino de cuidado se pretende emular por los países del Norte de Europa por su entrega y compromiso social, es preferible que el modelo se adopte con una verdadera implicación de todos los miembros de la unidad familiar.

Además de las funciones de rol unidas al género, hay que hacer notar el mayor número de mujeres respecto a los hombres, que son cuidadas, y la preferencia de éstas, para ser asistidas por sus hijas.

6. EL CUIDADO DE LAS HIJAS

Respecto al modo de actuar o rol desempeñado por las hijas, se encuentra el comportamiento de los padres, una interacción caracterizada por distintas educaciones, distintos valores determinados por el momento histórico, historias de vida diferentes y distintas formas de interpretar las necesidades.

No es de extrañar por tanto, que distintos puntos de vista desde los que ver tales relaciones, las hijas adultas perciban que siguen siendo tratadas como niñas. Tal actitud podría deberse a que el rol de padres no se abandona, tal vez las responsabilidades educativas ya no sean las mismas, pero la ayuda, crianza y mantenimiento de la prole continúa aún presente.

Una interacción padres e hijos marcada en la mayoría de los casos por una relación de apego, motivo también en muchos casos de constituir una fuente de conflictos y disputas. En un estudio llevado a cabo, por Fingerman (1995, 1996, 1997) puso de manifiesto el de-

sequilibrio entre las distintas percepciones de apego entre madres e hijas. Así mientras un 75% de las madres ancianas (N=48) consideraban que su hija se encontraba entre las tres principales personas de apego, sólo la mitad de las mujeres incluían a su madre. Asimismo respecto a la confianza mostrada entre hijas y madres, la mitad de éstas confiaban en sus hijas y un 16% confiarían en su madre.

En otro estudio entre madres ancianas e hijas adultas, se comprobó que la relación se caracterizaba por mantener unas relaciones positivas y cálidas. De tal forma, que las madres informaron sentir más emociones positivas y menos negativas que sus hijas, y estas por otra parte, informaron manifestar más conductas positivas que sus madres (Lefkowitz & Fingerman, 2003).

Siguiendo a Mattews y Rosner (1988) a continuación se detallan los distintos estilos de participación en el apoyo o solidaridad manifestada por los hijos:

- 1) La rutina en el cuidado se refiere a aquellas actividades o tareas relacionadas, que llegan a formar parte de la vida normal de las hijas.
- 2) Existe un apoyo secundario por el resto de componentes de la familia que acuden en ayuda de la cuidadora principal.
- 3) Los autores denominan circunscritos, a aquellos hijos que bajo una serie de reglas establecen cual es su implicación en el cuidado, circunscribiéndose por su decisión personal o habilidad a determinadas tareas, estando dispuesto para otras relacionadas con sus destrezas.
- 4) Según la conveniencia de quien preste su apoyo, el estilo esporádico se basa en la ausencia de actuaciones predictivas.
- 5) Contrariamente a lo anterior existen comportamientos predictivos, que se da en aquellos hijos que ha dejado claro su no colaboración en los asuntos relacionados con el cuidado, conociéndose tal estilo como disociativo.

7. RELACIONES INTERGENERACIONALES

Desde una perspectiva comunitaria y familiar, cada vez se habla más de una solidaridad intergeneracional, donde según el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002 en Newman & Sánchez, 2007), el término solidaridad hace referencia a lo siguiente:

- 1) La solidaridad entre las generaciones es fundamental para la consecución de una sociedad para todas las edades.
- 2) Es fundamental para lograr una cohesión social.
- 3) Es sobre lo que se basa la beneficencia pública estructurada, como sistemas asistenciales no estructurados

4) Y en relación con la familia y la comunidad, los vínculos entre generaciones pueden ser válidos para todos.

Destacando la contribución familiar y más concretamente la de los hijos, el término solidaridad normativa entre padres mayores e hijos adultos, se entiende como las expectativas compartidas y obligaciones que se deberían ejecutar. Tales expectativas desde la responsabilidad de los hijos, suponen las creencias de apoyo que éstos podrían prestar a sus padres. Y respecto a los mayores, según los valores que transmitieron, intentan dejar claro sus deseos de ser cuidados o establecer una relación mediante una ayuda recíproca (Bengtson & Roberto, 1991), (Lee, Netzar & Coward, 1994).

Siguiendo a Hammarström (2005) la solidaridad intergeneracional tratada por Bengtson y Roberts (íbid.) supone la consideración de dos evaluaciones: 1) el constructo de solidaridad que es visto desde un orden superior mediante varias dimensiones intercorrelacionadas y 2) donde tal constructo, debe complementarse con la familia, que comprende relaciones tanto solidarias como conflictos entre generaciones.

Desde una perspectiva sociológica el conflicto es necesario para generar un desarrollo familiar. Dependiendo del estilo de este, bien autoritario o negociador, supondrá el establecimiento de relaciones que dificulten o mejoren tanto los resultados como las relaciones familiares. Aunque tanto un estilo como otro, han podido entrar a formar parte de los valores y estilos educativos de la familia, los hijos pueden responder aceptando, modificando o rechazando las normas familiares, configurando así una cultura familiar que comprende pautas de comportamiento que los miembros conocen. Los resultados de tal cultura familiar condicionará los resultados ante las negociaciones y acuerdos del cuidado, así como la evolución de éstos durante los largos periodos de la dependencia del mayor.

Los resultados del cuidado que desembocan en conflictos, son aquellos en los que la relación se lleva a cabo de forma coaccionada, o bien si los acuerdos negociados no se respetan, frente a una relación caracterizada por la libertad y la solidaridad con el mayor.

La solidaridad intergeneracional desempeña un importante papel en el bienestar físico y emocional de las personas, describiéndolo Durkheim como un macronivel dentro del contexto social, el cual supone un fenómeno moral que contribuye a la cohesión e integración de la sociedad (Merz, Schuengel & Schulze ,2007)

El constructo solidaridad desarrollado por Bengtson y Roberts (íbid.) fue elaborado incluyendo comportamientos y sentimientos que caracterizan las relaciones entre padres e hijos dentro del ciclo vital, basándose en la cohesión e integración. Así, la solidaridad intergeneracional se refiere por una parte a las positivas dimensiones de las relaciones intergeneracionales y por otra a la ausencia de conflictos. La solidaridad según Bengtson & Schrader (1982 en Hammarström, Ibíd.) toma en cuenta las siguientes dimensiones:

1) Solidaridad afectiva, señala el grado de sentimientos positivos que se encuentran presentes en las relaciones entre padres e hijos, como sentimientos de confianza, respeto, calidez, etc.

- 2) Solidaridad asociativa, se refiere al grado en el que los hijos están en contacto mediante una interacción formal e informal.
- 3) Solidaridad funcional, incluye tanto la asistencia financiera como de servicios.
- 4) Grado alcanzado de consenso, o conflictos en las creencias u orientaciones externas a la familia.
- 5) Solidaridad estructural, destaca las oportunidades frente a los obstáculos.
- 6) Solidaridad normativa, contempla las normas familiares mantenidas por los miembros.

Tales relaciones solidarias, es difícil entenderlas sin una implicación personal con las generaciones mayores, donde además de ser una cosa de todos, “hay que eliminar los obstáculos que impidan a cualquier persona implicarse en las necesarias actuaciones para vivir mejor...” (Sánchez y Martínez, 2007 p. 35).

Comunicar historias de vida, emociones y saberes entre jóvenes y mayores, supone uno de los mayores aprendizajes y vías de transmisión cultural, que ambas generaciones se pueden beneficiar.

Tal es el motivo que los programas intergeneracionales persiguen, entendiéndose por estos, aquellas actividades que favorecen e incrementan la cooperación y el intercambio, compartiendo habilidades, conocimientos y experiencias (Ventura-Merkel & Lidoff en Newman & Sánchez, 2007).

Siguiendo a Pinazo & Kaplan (2007) a continuación se establecen -entre otros- los beneficios de los programas intergeneracionales para mayores y jóvenes (cuadro n. 3.3).

BENEFICIOS PARA LOS MAYORES	BENEFICIOS PARA NIÑOS Y JÓVENES
1. Aumento de la vitalidad	1. Incremento de la confianza en uno mismo
2. Mejora de la capacidad para enfrentarse a la enfermedad física y mental	2. Facilidad de tener apoyo de los adultos en momentos de dificultad
3. Aumento de la valía personal	3. Mejora de la percepción de los mayores
4. Nuevas oportunidades para aprender	4. Adquirir habilidades prácticas
5. Apreciar las experiencias de la vida pasada	5. Fortalecimiento ante la adversidad
6. Dedicación de tiempo a la gente joven	6. Mayor alegría
7. Desarrollo de habilidades sociales y nuevas tecnologías	7. Aprender de las historias de otros

Cuadro n. 3.3 Beneficios de los programas intergeneracionales

8. LA GENERACIÓN

El concepto generación, según las orientaciones de estudio desde donde se investiguen pueden clasificarse en cuatro apartados (Fernández & Homs, 1994):

- 1) Perspectiva etnológica o genealógica, la generación está limitada al sentido de filiación y tiene una función clasificatoria.
- 2) Demografía o estadística, se identifica generación con cohorte, e incluye a las personas nacidas en un mismo intervalo de tiempo.
- 3) Perspectiva sociológica, designa a individuos que han seguido un proceso de socialización parecido, o también a colectivos que ocupan posiciones sociales concretas.
- 4) Desde la psicología, bajo una perspectiva evolutiva señalan tanto aspectos internos como externos del desarrollo humano.

El término generación en el contexto de estudio de la mujer cuidadora, se incluyen a personas clasificadas por la época del ciclo vital al que pertenecen, compartiendo experiencias, ambiciones y retos parecidos. De aquí que al hablar de distintas generaciones de mujeres cuidadoras, resulte obligatorio hacer referencia a los roles característicos en los que participan, así como las responsabilidades propias de cada edad.

Por tanto, en las relaciones de cuidado con el mayor dependiente, la edad de la mujer se constituye como un elemento diferenciador caracterizado por una mayor experiencia en la vida. Experiencia, donde una mayor edad indica no sólo una mayor probabilidad de haber cuidado a algún familiar, sino por el enfrentamiento ante las etapas finales y muerte de un familiar, adquiriendo con tales vivencias un conocimiento personal y familiar que influirá en su relación con personas enfermas.

En un trabajo realizado por Brody, Johnsen, Fulcomer & Lang (1986) destacaron las diferencias existentes entre mujeres cuidadoras de distintas generaciones, diferenciando con hombres desde la forma de entender el cuidado, hasta la forma de implicarse y compartir responsabilidades.

Respecto a la mediana edad, Ryff (1995) indica que es en la que se da un mayor bienestar emocional y la que más baja sintomatología depresiva existe en comparación con otras cohortes (Gatz & Zaire, 1999). En este sentido, y refiriéndose a las mujeres en esta etapa, Ehrlich (1991) señala unos momentos de cambio, madurez y posibilidades de crecimiento, tal vez por todo ello se considere, que la vida comienza a partir de los 40 años.

Las características psicológicas que tienden a tipificar a las personas de mediana edad, se detallan a continuación (Fingerman, 1997 en Fingerman, Nussbaum & Birditt, 2004):

- 1) Citando a Erikson (1963) es un período por el cual las relaciones y responsabilidades con los demás sea el aspecto más destacable.

2) Recogiendo las aportaciones de Labouvie-Vief et.al (1995) señala que es un momento en el que los beneficios obtenidos por sí mismos se incrementan en complejidad.

3) Incluyendo las aportaciones de Neugarten (1968), es el momento del ciclo vital en el que las personas empiezan a ser más conscientes con el tiempo que les queda.

Entre mujeres de edad avanzada, que pueden estar jubiladas si han tenido la oportunidad de trabajar, y si no ha sido así, donde no existe por tanto una línea divisoria que marque un antes y un después en el trabajo del hogar, se caracterizan por un mayor afianzamiento en las relaciones sociales y disfrutar de la presencia y/o cuidado de los nietos.

Y respecto al rol de cuidadora, se pueden dar situaciones de ayudar a sus padres, marido o incluso a ambos. Estas mujeres a pesar de la incapacidad, enfermedad y dolores manifestados por causa de la avanzada edad, es de valorar la entrega y el coraje que desempeñan en el rol, no equiparándose al apoyo que probablemente reciban cuando necesiten ser cuidadas.

CAPÍTULO IV LA INTELIGENCIA EN EL CONTEXTO SOCIAL Y DIARIO

Estando de acuerdo con Sternberg, (1984) el concepto de inteligencia no puede carecer de valor, representando un producto social y cultural donde las teorías e investigaciones desde las que se abordan, podrán sustituir la importancia de la inteligencia en los contextos diarios, o al menos, las tendrán más en cuenta.

Un aprendizaje obtenido a través de la cultura y de las experiencias de la vida, es lo que Baltes (1987) denomina pragmática cognitiva, que comprende desde habilidades verbales, prácticas y sociales, hasta competencias emocionales, permitiendo así alcanzar el estado más ideal, la sabiduría. La cual para Li y Kaunzmann (2004) consiste en integrar elementos temporales del pasado, presente y futuro, además de la búsqueda de un significado en la vida, que incluye acontecimientos acerca de los planes, dirección y revisión de la vida.

Así, los cambios experimentados a través de los distintos períodos de la vida, junto con las adversidades que pueda generar el contexto social, requiere hacer uso de la inteligencia, donde ésta no reside exclusivamente en el individuo, sino en las respuestas que da a las exigencias de su entorno en cualquier momento (Sternberg, *Ibíd.*).

No obstante, a falta de una verdadera teoría que integre el funcionamiento inteligente en el día a día, una creciente crítica está emergiendo, y como resultado, varias teorías surgen para paliar esta ausencia, como son la inteligencia exitosa de Sternberg y la Inteligencia Emocional propuesta por Goleman, llegando a ser más realista que las teorías tradicionales, por tener en cuenta los aspectos cognitivos dentro de un amplio contexto de la personalidad y funcionamiento emocional (Demetrius & Papadopoulos, 2004). Perspectiva de Goleman, la cual, tampoco está exenta de críticas por su ausencia de rigor científico, quien recientemente ha incluido un nuevo término, como es la Inteligencia Ecológica. No obstante, ¿no se estará sobreutilizando el término inteligencia para declaraciones de buenas intenciones?, si es así, entonces mejor llamarlo comportamiento ecológico.

1. INTELIGENCIA

Dentro de la amplia perspectiva que el estudio de la inteligencia puede abarcar, este análisis se centrará en aquellas aportaciones que tienen como resultado la adaptación a los problemas que suscita la vida diaria. Sin perder la tradición literaria con otros modelos, se analizará desde la perspectiva del ciclo vital, en la que el individuo actúa de manera inteligente en respuesta al medio (Sternberg, 1989).

1.1. ANTECEDENTES CLÁSICOS DEL TÉRMINO INTELIGENCIA

La palabra inteligencia proviene del latín *intelligentia* en el que “Inter” indica dentro y “leger” se refiere a la acción de discriminar. Tal término se introdujo por Cicerón al traducir la palabra griega “*diánoia*” en la que según Jaeger (1957) se refiere al mero pensamiento, a la mera inteligencia.

No obstante en la literatura clásica también se ha empleado el término *frónesis* (*φρόνησις*) para referirse a la inteligencia. Aunque Sócrates ya lo empleaba, sería Platón en la República quien le atribuiría un marcado concepto de “saber”, en el que lo único que interesa es adquirir este tipo de conocimiento para encauzar la voluntad, y sobre todo, para saber elegir entre los bienes verdaderos y falsos.

Más tarde y en el sentido anterior, Aristóteles establecería dos tipos de virtudes: las éticas, en la que son hábitos para decidir lo mejor y las dianoéticas, que se refieren al conocimiento de lo mejor.

Volviendo al concepto de *frónesis*, que; aunque entendemos es un término muy anclado en la cultura griega, lo traemos a colación por haberse traducido en la mayoría de los textos por inteligencia, y fundamentalmente, por la semejanza existente con las hoy llamadas habilidades cognitivas e inteligencia práctica, destacando en esta última Sternberg (2006) la experticia y la capacidad para adaptarse a los entornos diarios.

En la literatura aristotélica, el concepto *frónesis* es interpretado como sabiduría práctica, donde en su obra *Ética a Nicómaco*, se refiere como la cualidad de la mente preocupada por las cosas justas y nobles que son buenas para el hombre (Purshouse, 2006).

También la sabiduría práctica se puede entender como “the ability to see the universal in the particular” (Shiner, 1979 p.381) entendiéndose por universal, el conocimiento que se posee y que nos permite hacer predicciones a situaciones concretas, gracias a la práctica obtenida (Schuchman, 1979).

El propósito del concepto *frónesis* según Gadamer (citado en Schuchman, 1979) es múltiple: guiar la acción hacia tareas particulares, capacidad para pensar bien por el bien de una buena vida (*Ética a Nicómaco*), la excelencia de la práctica, el conocimiento existencial, y fundamentalmente antes que nada, es autoconocimiento. Un conocimiento, que propicia la elección para saber discernir entre lo bueno y malo del comportamiento en distintas situaciones de la vida, entendidas no como algo ya predeterminado, sino como algo bueno a lo que se pertenece y permite una creativa potencialidad.

La frónesis en la ética de Epicuro, se refiere a un decisivo papel para alcanzar la felicidad, representando la virtud más alta y en la que radican todas las demás. En otra corriente de pensamiento de la misma época, en la Stoa Antigua, la felicidad del sabio se podría alcanzar gracias al uso de la inteligencia, voluntad y práctica continuada (Capelle, 1981).

1.2. VARIEDAD DE DEFINICIONES

Las definiciones de la inteligencia se han caracterizado por una amplia variedad de conceptos y tradiciones, desde la propuesta por Boeing en 1923, como aquello que miden los test, hasta el autogobierno mental (Sternberg, 1988).

Respecto a las aportaciones realizadas a principios del siglo pasado, conocida es la investigación de la conducta inteligente llevada a cabo por expertos del *Journal of Educational Psychology* (Intelligence and Its Measurement 1921 citado en Sternberg, 1989). En este estudio, entre otras definiciones se destacan aquellas que hacen referencia a: la capacidad para aprender a adaptarse al entorno, a la vida en situaciones nuevas y aprender de la experiencia.

Años más tarde Sternberg, Kreton y Berstein (1981) pasaron una lista a personas profanas en la materia, donde tenían que describir conductas como “inteligentes”, “académicamente inteligentes” y “cotidianamente inteligentes” siendo evaluada por especialistas en el campo de la inteligencia.

Los factores obtenidos para la valoración de la inteligencia, mediante análisis factorial, fueron los siguientes: a) Inteligencia Verbal, en la que se manifestaba un buen vocabulario, elevada comprensión lectora y hablar con facilidad sobre varios temas. b) Solución de Problemas, destacándose la capacidad de aplicar conocimiento a los problemas, tomar buenas decisiones y plantear problemas de un modo óptimo y c) Inteligencia Práctica, en la que se mostraban conductas tales como: valorar bien las situaciones, cómo conseguir los objetivos y ser consciente del mundo que le rodea, etc.

Todo ello indica, que se trata de un constructo cuya complejidad conceptual no es admitida por todos; prueba de esto, son las dos docenas de distintas definiciones que expertos en la materia vertieron sobre el término inteligencia (Sternberg, 1989).

Tal variedad de definiciones, se podría decir, que se trata de un término vivo, donde según Neisser (1996) no es fácil en investigación científica alcanzar definiciones totalmente aceptadas; aunque se puede llegar a ellas.

Lejos de remarcar peyorativamente las diferencias habidas, señalar las importantes definiciones señaladas por distintos autores, así: Pinter (1921 citado en Sternberg, 1989) destaca la capacidad de adaptación a situaciones nuevas en la vida; Resnik y Glaser (1976) la habilidad para resolver problemas y adquirir nuevas conductas, y también, la habilidad para adquirir sistemas conceptuales y resolver nuevos tipos de tareas (Sternberg, 1982).

De una concepción más reciente, -adoptada por una mayoría de científicos- se acepta la inteligencia como una capacidad mental muy general, que entre otras cosas, implica la

capacidad para razonar, planificar, resolver problemas, pensar en abstracto, comprender ideas complejas, aprender rápidamente y aprender de la experiencia (Gottfredson, 1997).

1.3. MODELOS FACTORIALES DE LA INTELIGENCIA

Gran parte de los modelos que han estudiado la inteligencia, se han acercado utilizando teorías factoriales como método para determinar distintos elementos intelectuales, cuyo principal objetivo es establecer cuáles son las habilidades subyacentes y cómo se relacionan.

Existe un consenso muy generalizado a la hora de aceptar las diferencias individuales que miden los test, motivo por el cual la tradición psicométrica, ha sido la que más investigación ha generado. A continuación se menciona la contribución de algunos autores:

1) Galton (1822-1911). Estando interesado en establecer diferencias mediante estimulaciones auditivas y visuales, evaluó la capacidad discriminante de los sujetos con el fin de probar su hipótesis, en la que una mayor inteligencia supondría una mayor capacidad discriminante. El trabajo de Galton, supuso el establecimiento de las bases para la evolución de los test sensoriales y perceptivos, aportando así un gran apoyo a la investigación de la inteligencia (Brody, 2000).

2) James McKeen Cattell (1860-1944) se interesó en medir los tiempos de reacción de la memoria y la habilidad discriminativa en magnitudes de peso y tamaño, denominando a este tipo de tareas, test mental.

3) Binet (1857-1915). Puso de manifiesto la rapidez de aprendizaje, señalando la relación directa entre rendimiento académico e inteligencia, así como su apuesta firme asegurando que la inteligencia era medible (Genovard y Castelló, 1990). Por ello, fue el impulsor de los primeros test que miden el cociente intelectual (CI); aunque se centró en el estudio de los procesos cognitivos complejos, consideró la influencia que el ambiente ejerce sobre la inteligencia.

4) Charles Spearman (1863-1945) fue quien puso en práctica el modelo factorial, comprobando entre varios test que la matriz de correlaciones presentaban una estructura global de correlación positiva, señalando así un factor general. Analizando, por tanto, las correlaciones existentes entre los test de Galton y Cattell y pruebas sensoriales provenientes de una muestra de sujetos escolares, Spearman comprobó que la varianzas de las puntuaciones indicaban por una parte, un factor específico para cada prueba (s), y por otra, un factor general compartido con todas las puntuaciones cognitivas (g). Este factor, no se basa en el sumatorio de los resultados medios de los test, sino en el de las correlaciones de estos.

El que el factor (g) sea recogido estadísticamente, no supone que pueda ser un concepto psicológico que pueda explicarse fácilmente, como suscribiría Spearman (1923) denominándolo como energía mental.

Del factor general, se desconoce aún tanto su significado real como la causa que lo provoca, asignándole distintas explicaciones: ser una abstracción matemática como lo des-

cribiría Spearman, (Íbid.), eficacia en el procesamiento cognitivo, un indicativo de la velocidad mental, o la medición de la memoria de trabajo (Neisser et. al. 1996).

2. INTELIGENCIA APLICADA O INTELIGENCIAS MÚLTIPLES

Esta clasificación en distintos dominios de la inteligencia, se podría decir que surge como respuesta de lo poco que se dice en cuanto a los elementos que componen la inteligencia, por tanto, gracias a la perspectiva de una naturaleza múltiple, permite establecer categorías de capacidades o habilidades específicas (Roberts, Zeidner & Matthews, 2001).

2.1. INTELIGENCIA FLUIDA Y CRISTALIZADA

Las aportaciones desde el procesamiento de la información, adoptan que la inteligencia surge de los mecanismos implicados en tal procesamiento, como: codificación, representación, atención, optimización y memoria (sensorial, operativa y a largo plazo).

Aunque Cattell comenzó su teoría a principios de los años 40 del pasado siglo, no sería hasta 1963 cuando empezó a desarrollar una teoría más sólida, describiendo ambas habilidades como sigue:

1) Inteligencia Fluida (gf).- Señala en este tipo su origen biológico y genético, destacando habilidades cognitivas que facilitan el proceso de la información, como: realizar inferencias, formular relaciones abstractas y creación de nuevos conceptos, como su solución e invención (Cattell, 1971).

2) Inteligencia Cristalizada (gc).- Se refiere a la ejecución cognitiva en las que las destrezas de razonamiento llegan a cristalizarse como resultado de un aprendizaje previo, siendo no sólo una función de la inteligencia fluida, sino también de los factores de la personalidad culturalmente determinada (Cattell, 1963), es por tanto, la información y conocimiento que se posee (Cattell, 1971).

Desde una perspectiva evolutiva, las diferencias individuales entre ambas habilidades, se reflejan fundamentalmente en interés y en oportunidades culturales. Referente a los adultos, estas diferencias (entre (gf) y (gc)) quedan reflejadas por la edad, aumentándose la diferencia entre ambas, por la experiencia y el deterioro de la inteligencia fluida (Cattell, 1963).

2.2. INTELIGENCIAS MÚLTIPLES

En esta línea, la teoría de las inteligencias múltiples propuesta por Gardner (1992, 1995, 2000, 2001, 2002) parte de un análisis factorial subjetivo, más que guiada por criterios estadísticos, así, cualquier habilidad o destreza, se puede calificar como una inteligencia si cumple los siguientes criterios:

1) Reconocer a sujetos que habiendo sufrido lesiones cerebrales, no repercuten en el rendimiento de otras capacidades intelectuales.

- 2) Considerar individuos que manifiesten una eficacia extraordinaria en dominios específicos, y que al mismo tiempo, suponga una verdadera base operativa que facilite el desarrollo, así como ampliar posibilidades dentro de ese dominio.
- 3) Contemplar la historia del desarrollo diferencial, donde se incluye los estados de novato hasta el dominio de tareas desempeñada por expertos.
- 4) Incluir la historia evolutiva, donde un incremento de la inteligencia se puede asociar a una mejor adaptación al ambiente.
- 5) Contrastar experimentalmente el rendimiento en diversas tareas.
- 6) Gozar de apoyo en la investigación psicométrica mostrando variabilidad individual.
- 7) Procesar cualquier información simbólica y transformarla adecuadamente, antes de emitir una respuesta concreta.

Gardner, define la inteligencia más próxima al concepto de habilidad que al de aptitud, entendiéndola como la capacidad para resolver problemas o elaborar productos válidos dentro de una cultura. Por productos, entiende cualquier manifestación que esté relacionada con algún saber, tales como el arte, elaboración de teorías científicas, manejo de situaciones dentro de una organización, etc. Así, dependiendo de las demandas ambientales y objetivos personales, se llevarán a cabo unas habilidades más que otras. Las características principales de las inteligencias que distingue, son las siguientes:

- 1) Inteligencia Lingüística.- Habiendo sido ya adoptada en las primeras teorías psicológicas, incluye la lectura, escritura y comprensión, destacando facultades como: significado y usos del lenguaje, conjunto de reglas (fonéticas, sintácticas, etc.).
- 2) Inteligencia Lógico-Matemática.- Considerada tradicionalmente como la única inteligencia, consiste en la solución de problemas matemáticos y requiere el uso de la lógica inferencial y proposicional.
- 3) Inteligencia Espacial.- Es la capacidad para obtener una representación mental del medio en tres dimensiones, desempeñándose en la orientación, imaginación, predicción de trayectorias, etc.
- 4) Inteligencia Musical.- Consiste en el desempeño de varias aptitudes, tales como: reconocer, retener y reproducir una melodía, así como la habilidad de obtener una representación mental y sus relaciones, sin un estímulo vocal o instrumental. Se pueden llegar a constatar sujetos diagnosticados de autismo, que manifiestan extraordinarias habilidades musicales.
- 5) Inteligencia Cinestésico-Corporal.- Capacidad para utilizar el propio cuerpo para realizar actividades o resolver problemas. La adquisición y desarrollo de destrezas corporales ha sido un elemento clave en la manipulación de objetos y fabricación de herramientas en la carrera evolutiva del hombre.

6) Inteligencia naturalista.- Es la capacidad humana para el reconocimiento de plantas, animales y elementos relacionados con la naturaleza, permitiendo relacionar y clasificar distintas especies.

7) Inteligencia Interpersonal.- Habilidad requerida especialmente en determinados roles, de tal forma que se comprendan y detecten en los demás, estados de ánimo y expectativas. Permite por una parte, actuar en consonancia en las interacciones con los demás, y por otra, en sujetos experimentados, hacer uso del conocimiento tácito, interpretando adecuadamente las intenciones y deseos de los demás.

8) Inteligencia Intrapersonal.- Es la habilidad en uno mismo de reconocer, comprender y manejar sentimientos, emociones, fortalezas y debilidades, que son utilizadas para guiar el comportamiento y desempeñar una importante función ante acontecimientos vitales y procesos de adaptación.

9) Inteligencia Existencial.- Capacidad personal para reconocer y comprender planteamientos existencialistas, como la muerte, búsqueda de un significado vital, etc. Esta inteligencia agruparía tanto la inteligencia interpersonal, como intrapersonal.

3. INTELIGENCIA PRÁCTICA Y EXITOSA

Antes de comentar ambos conceptos, se comenzará por describir la teoría triárquica propuesta por Sternberg (Sternberg, 1986, 1990a, 1991, 1997).

3.1. TEORÍA TRIÁRQUICA

Esta teoría se enmarca dentro de las teorías del procesamiento de la información, que son aquellas que consideran a la inteligencia como una función de los componentes cognitivos que participan en el proceso.

La teoría triárquica de la inteligencia señala la relación entre el individuo y su medio interno, externo y la experiencia acaecida entre la medición de ambos, destacando así la importancia del entorno y de la experiencia. La teoría goza de validez de constructo y de una creciente validez predictiva (Sternberg, 2006).

La teoría se compone por tres subteorías o dimensiones: componencial, experiencial y contextual:

3.1.1. SUBTEORÍA COMPONENCIAL O ANALÍTICA

En esta dimensión, considera la relación de la inteligencia con el medio interno del individuo, siendo a través de la que se lleva a cabo la respuesta inteligente y está compuesta por tres procesos mentales con funciones muy determinadas.

3.1.1.1. METACOMPONENTES

Son procesos de orden superior cuya función consiste en regular, planificar y controlar el modo de actuar ante cada tarea, son por tanto procesos ejecutivos que establecen planes sobre lo que hay que hacer, lo que se ha hecho y evaluar las tareas realizadas.

Los metacomponentes se usan para (Sternberg, 2003): reconocer la existencia de un problema, definir su naturaleza, localizar recursos y establecer estrategias para solucionarlos, representación mental, verificar las distintas alternativas mientras se está trabajando en ellas y evaluar las respuestas emitidas.

Consideración especial en estos procesos son el reconocimiento y definición del problema, donde para su reconocimiento, difícilmente se pueden tomar decisiones y establecer pautas para su solución, si no se reconoce su existencia. Para su definición, es importante la percepción que de él se hace, qué elementos se consideran importantes, qué soluciones son viables y cuáles se encuentran al alcance del individuo.

Localizar los recursos supone llevar a cabo la habilidad de “saber dónde mirar”, tanto en las propias capacidades metacognitivas, como en la composición de qué conjunto de variables del entorno son las más adecuadas para obtener una solución satisfactoria.

Las estrategias en la solución de problemas dependerá, entre otros, de la experiencia que se posea de los éxitos o fracasos en los esfuerzos llevados a cabo para su solución, de las características del problema a resolver y de los objetivos que se persigan en su solución.

La representación del problema entraña por una parte, comprobar el estado de desarrollo o evolución del problema y la importancia conferida en las repercusiones, y por otra, esclarecer el grado de dificultad u oportunidad que pueda suponer.

La verificación de los resultados del problema mientras se está trabajando, supone tomar decisiones de los inputs que se reciben del entorno y poder corregir o no las acciones encaminadas en su solución. Así, la evaluación de tales resultados supone comprobar el grado de solución alcanzado según las metas propuestas, pudiendo corregir algunos de los pasos del proceso.

3.1.1.2. COMPONENTES DE EJECUCIÓN

Procesos de orden inferior que llevan a cabo los procesos de planificación y toma de decisiones de los metacomponentes, entre los que cabe mencionar: a) codificación b) inferencia de como dos estímulos se relacionan c) aplicación de lo que se ha inferido d) comparación de estímulos e) y justificación a una respuesta dada; aunque no fuese la ideal.

3.1.1.3. COMPONENTES DE ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTO

Procesos inferiores que comprenden el aprendizaje de nuevos conocimientos, que son usados para aprender como resolver problemas o simplificar el conocimiento declarativo. Se establecen procesos de codificación, combinación y comparación selectiva.

- 1) La codificación selectiva, supone decidir qué información es relevante en el contexto que se está aprendiendo, tratando de discriminar entre la información importante de la que no es.
- 2) La combinación selectiva en la solución de problemas, consiste en alternar la información codificada con los recursos intuitivos que se poseen.
- 3) La comparación selectiva implica captar la información que se posee, aplicándola a nuevos problemas.

Los componentes no deben ser tratados aisladamente, debiendo ser considerados como un todo en continua interacción, mostrando su utilidad en dominios específicos y contextos relativamente nuevos.

3.1.2. SUBTEORÍA EXPERIENCIAL O CREATIVA

La inteligencia se puede conocer por una parte, tanto por el comportamiento que el individuo manifiesta ante situaciones nuevas, como por su capacidad disponible ante estas situaciones, y por otra, por la rapidez con la que alcanza el nivel de persona experta y el empleo de procesos de codificación automática.

Tales procesos de codificación automática, junto con la seguridad percibida para enfrentarse a la situación, se hallan estrechamente relacionados, de tal forma, que si se posee la habilidad para procesar automáticamente los estímulos del ambiente, se dispondrán de más recursos para abordar situaciones novedosas. Por el contrario, la ausencia de procesamiento automático, supondrá manejar un mayor uso de información y prestar mayor atención en controlar cada uno de los procesos implicados en la tarea.

Respecto a las situaciones nuevas por cambios experimentados, hay que tener en cuenta el modo en el que las respuestas emitidas a lo largo del ciclo vital, han sido lo suficientemente creativas o ingeniosas, que han facilitado tanto un grado de autonomía personal como la obtención de metas propuestas.

Un aspecto importante a señalar ante contextos novedosos, y que en algunas situaciones puede favorecer un afrontamiento eficaz, es la intuición, la cual se genera gracias a indicadores personales en ausencia de indicadores contextuales. Según la subteoría experiencial, la intuición consiste en las analizadas: codificación, combinación y comparación selectiva.

Aunque los componentes de la inteligencia, son empleados ante situaciones con distintos niveles de experiencia, las situaciones totalmente nuevas, proporcionan medidas poco fiables para evaluar la inteligencia.

3.1.3. SUBTEORÍA CONTEXTUAL O PRÁCTICA

Enmarca la inteligencia dentro del ámbito sociocultural, señalando las ventajas prácticas de aplicar la inteligencia para conseguir el ajuste adecuado en el entorno en el que se desenvuelve, gracias al esfuerzo empleado para adaptarse al medio, o dar forma a éste para satisfacer las propias necesidades.

3.1.3.1. ADAPTACIÓN

Como ya se ha indicado de la inteligencia, la adaptación no es un concepto ajeno a la influencia cultural, ni tampoco a las oportunidades que brinda el medio. Por ello, se habla de la habilidad para saber aprovechar y obtener ventajas cuando las oportunidades son favorecedoras y desempeñar un mayor número de estrategias cuando aquellas son escasas, siempre teniendo en cuenta, los objetivos y metas personales que se persigan.

3.1.3.2. TRANSFORMACIÓN

La transformación al medio puede llevarse a cabo a través de dos vías: por una parte la adaptación se consigue transformando el medio, moldeándolo según las propias necesidades, y, por otra, cuando el resultado de la adaptación, no ha sido satisfactoria.

3.1.3.3. SELECCIÓN

La selección de ambientes se emprende, cuando se estima que el éxito en la transformación y adaptación, no han sido los adecuados.

La interpretación de la realidad, con las directrices culturalmente determinadas a lo largo del ciclo vital, supone continuas alternativas para decidir o no, entre selección, adaptación y transformación, sobre todo cuando las circunstancias no son favorables. Así, una actuación sobre el contexto, con resultados culturales catalogados como exitosos y prácticos, se halla influenciado por el desempeño de un comportamiento inteligente.

3.2. INTELIGENCIA PRÁCTICA

La aplicación práctica de la inteligencia en el día a día, se basa en la habilidad para desempeñar adecuadamente aquello que se debe saber al vivir en sociedad, empleando procesos cognitivos de codificación, selección e interpretación de estímulos, tanto ambientales como internos.

Gracias a esta habilidad, se puede estudiar la vida de las personas en ambientes concretos, donde se puede conocer si con el empleo de estas destrezas se alcanzan resultados satisfactorios. Así la aplicación inteligente en procesos de toma de decisiones, supondrá haber hecho uso de lo que se considera más adecuado para un bien personal y social.

Así por tanto, se trata de descubrir las posibilidades personales para intentar lograr aquello que se quiere alcanzar, gracias a los recursos aprendidos y disponibles que la suerte diaria demanda. Tal posibilidad representada por ese “poder llegar”, “poder terminar”, es lo

que hace que se tengan que poner en juego las habilidades creativas que Sternberg apunta, manteniéndose por la calidad de la experiencia y las sensaciones que se percibe realizándolas, como apunta Csikszentmihalyi (1998).

La inteligencia práctica en situaciones específicas será, por tanto, la combinación de habilidades y motivación que origine una conducta adaptativa (Willis, 1987). O bien el desempeño de actividades que impliquen habilidad más experiencia, donde la inteligencia práctica, en ausencia de patologías y hasta edades no muy avanzadas, aumenta a lo largo del ciclo vital (Denney, 1989)

Gran parte del trabajo de Sternberg sobre la Inteligencia Práctica, ha tenido muy en cuenta el concepto de conocimiento tácito, considerándolo como aquello que se necesita saber en aras a alcanzar un desempeño eficaz, dentro de un ambiente al que no ha llegado a aprender y del que se carecen de instrucciones concretas (Sternberg et. al. 2000, Sternberg, 2003, Cianciolo et. al. 2006)

3.2.1. CONOCIMIENTO TÁCITO

Un modelo que ha tenido en cuenta el aprendizaje de habilidades cognitivas y que ha influido de manera significativa en este tipo de conocimiento ha sido el ACT (Adaptative Character of Thought) propuesto por Anderson (1983). Este modelo contempla dos tipos de memoria: una declarativa, que almacena información sobre hechos y acontecimientos y otra procedimental que contiene información sobre el procedimiento para llevar a cabo las acciones. El aprendizaje se produce, por tanto, convirtiendo el conocimiento declarativo (saber qué) en procedimental (saber cómo).

Para Nonaka & Takeuchi (1994, 1995) el conocimiento explícito se correspondería con el conocimiento declarativo y el tácito con el procedimental. Estos autores, continuando con la idea de la conversión del pensamiento, contemplan varios aspectos: uno interno, en cuanto la conversión del conocimiento explícito al tácito, otro mediante la socialización, que convierte el conocimiento tácito al explícito y una combinación de ambos.

El conocimiento tácito, se considera dependiente de contextos específicos, es episódico y se adquiere a través de la experiencia (D'Eredita & Barreto, 2006). Constituye por tanto un proceso mental que se genera a través del conocimiento que se posee de uno mismo, como por la representación que se obtiene del entorno y de los procesos de interacción con los demás, donde su origen se situaría en lo social.

Para Lubit (2001) la habilidad para capturar y transferir el conocimiento tácito, es la clave para un desarrollo sostenible y adquirir ventajas competitivas, siendo esenciales para un adecuado desenvolvimiento en un contexto social. De esta forma, las personas adquieren conocimiento tácito, cuando observan o participan en una situación y saben ver como sus acciones y la de los demás, pueden afectar a los resultados. Como se ha dicho, la experiencia en cuanto facilitadora de procesos de gestión del conocimiento, se mejora al trabajar con personas expertas.

Estas personas, sirviendo de guías o modelos para sujetos noveles, poseen una mayor pericia en dominios específicos, alcanzando mayores conocimientos y tenerlos mejor organizados, en comparación con sujetos noveles, que poseen características básicas y mayor incapacidad para discriminar. Así ante una misma situación, donde el conocimiento se construye de forma distinta, la respuesta provocada por las diferencias de asimilación son diferentes (Pozo, 1989).

Por tanto los expertos en dominios concretos, interpretan más adecuadamente la información proveniente del entorno y manejan mejor sus problemas, lo cual puede ayudar a dirigir la información hacia donde consideran que es más importante y establecer distintas opciones de respuesta.

De estudios provenientes del conocimiento tácito (C.T), Sternberg (2003) considera varios aspectos:

- 1) El C.T que aumenta con la experiencia, se encuentra plasmado en la Inteligencia Práctica.
- 2) Los test de C.T como manejar tareas en uno mismo y los demás, correlacionan significativamente.
- 3) Las puntuaciones de varios test de C.T (en académicos y ejecutivos) poseen buenas correlaciones.
- 4) Los test de C.T deben generar un factor general a través de tales test.
- 5) Las puntuaciones en test de C.T no correlacionan con puntuaciones de test de inteligencia convencional. Por tanto, el factor general del conocimiento tácito no es el mismo del factor general de test de capacidades académicas.
- 6) Las puntuaciones de test de C.T predicen realización de tareas tan bien o mejores que los tradicionales test de inteligencia, existiendo una ausencia de correlación entre inteligencia práctica y las medidas convencionales.
- 7) Puntuaciones en test de C.T para ejecutivos, resultó ser el mejor predictor en tareas simuladas, según estudio realizado por el Center of Creative Leadership.

3.3. INTELIGENCIA EXITOSA

3.3.1. DEFINICIÓN

La definición más reciente, que perfectamente podría enfocarse desde la perspectiva del ciclo vital, es aquella en la que se trata de conseguir aquello que uno busca en la vida. Aunque puede resultar difícil saber lo que se busca en la vida, para Aristóteles sería la búsqueda de un ideal hacia el que uno aspira, la búsqueda por tanto de la felicidad que da sentido a la vida. Sin embargo para Epicuro, el verdadero hallazgo, estaría más relacionado con un saber, “saber cómo vivir”.

Aunque el término éxito se halla muy unido a la cultura americana y europea, va a depender por tanto del contexto sociocultural que se estudie; no obstante se verá muy influido también, por las aspiraciones en determinados momentos de la vida, las creencias, necesidades y la importancia conferida.

Por tanto el éxito, siguiendo a Sternberg (1997, 2003) (Sternberg & Grigorenko, 2006) necesita ser definido en términos de objetivos individuales, donde la capacidad para alcanzarlo, dependerá del aprovechamiento que se obtenga en el esfuerzo empleado y de la corrección o compensación de las propias debilidades.

Tal aportación, se halla muy relacionada con las teorías que enfatizan las competencias motivacionales, como son el resultado obtenido tras un éxito profesional, buena salud física y satisfacción en la vida. Entre éstas aportaciones, el modelo propuesto por Baltes (1997, Baltes & Baltes, 1990) de selección, optimización y compensación (SOC), se centra en el desarrollo exitoso, en el que las ganancias se maximizan y las pérdidas se minimizan. Modelo que destaca además, el crecimiento de la persona a través de la selección y consecución de objetivos, compensándolas con las pérdidas de aquellos que posean un significado relevante.

Finalmente, la inteligencia exitosa es la capacidad para alcanzar lo que uno busca en la vida dentro de un contexto cultural, mediante la adaptación, modelación y selección de ambientes, relacionando las inteligencias analíticas, creativas y prácticas. (Sternberg & Grigorenko, 2006).

3.3.2. NATURALEZA

Bajo este epígrafe, Sternberg (1997, 2003) (Sternberg & Kaufman, 1998) toma en cuenta cuatro elementos ya descritos en la definición anterior y que vienen ampliar su contenido.

1) La inteligencia exitosa dentro del propio contexto sociocultural, es definida como la capacidad para alcanzar el éxito en la vida. No obstante el constructo inteligencia, requiere de un propósito más amplio, contar con aquello que supone conseguir el éxito en el día a día. Como ya ha quedado descrito, tanto éxito, como inteligencia exitosa, son conceptos muy dependientes de la cultura, suponiendo por tanto una verdadera construcción social, donde incluso el vocablo inteligencia no existe en algunas culturas.

2) La capacidad para el éxito, requiere obtener el máximo aprovechamiento del esfuerzo y corregir o compensar las pérdidas. Desde una perspectiva de la Psicología Positiva (Peterson & Seligman, 2004) destacan las ventajas obtenidas del esfuerzo dirigido a la consecución de metas, sin considerar las pérdidas.

3) El equilibrio en las propias habilidades son necesarias para adaptarse, moldear y seleccionar ambientes. Aunque tradicionalmente se ha enfatizado la adaptación al medio, como una definición totalmente aceptada para el término inteligencia, en pocas ocasiones se ha hecho referencia a la capacidad y esfuerzo individual en modi-

ficar y moldear el entorno como a uno le convenga y como obtener mayor provecho en potenciar su propio desarrollo. Señalando una vez más, el importante papel que el contexto supone en el logro de objetivos y desarrollo personal, considerar como las oportunidades están determinadas en muchos de los casos por el nivel económico, educación y alfabetización, etc.

4) A través del equilibrio de tres aspectos de la inteligencia, se puede alcanzar el éxito mediante:

a. Habilidades analíticas (Analytical Skills)³.- Son procesos aplicados para analizar, evaluar, juzgar, comparar y contrastar las opciones que uno dispone en la vida. Ello supone, que para la naturaleza de los problemas se identifiquen y se empleen estrategias en su solución.

b. Habilidades creativas (Creative Skills).- En primer lugar, supone la destreza para generar distintas alternativas en la solución de problemas. La creatividad en un sentido amplio, representa la distinción de diferencias individuales que incluye además de las oportunidades del contexto, la motivación, personalidad y estilos de pensamiento. De éste último, la habilidad no consiste únicamente en el análisis de las propias ideas, sino tener en cuenta la de los demás, de tal forma que se generen ideas que permitan persuadir a los otros de los propios valores. Se trataría dentro del mundo de las ideas, comprarlas baratas para venderlas caras (Sternberg & Lubart, 1996)

5) Habilidades prácticas (Practical Skills).- Son aquellas que se aplican para hacer frente a los problemas diarios y que se encuentran relacionados con distintos ámbitos de la vida como el trabajo, la economía personal, educación de los hijos, relación con los padres, etc. En este tipo de habilidad, Sternberg (Ibíd.) vuelve a destacar la aplicabilidad de la inteligencia en el uso del aprendizaje por la experiencia obtenida, en el esfuerzo por la adaptación y en moldear y seleccionar ambientes.

En un estudio llevado a cabo en Rusia por Grigorenko y Sternberg (citado en Sternberg, 2003) se emplearon pruebas analíticas, creativas y prácticas para predecir salud mental y física en sujetos adultos. El mejor predictor resultó ser la inteligencia práctica, seguido de la analítica y la inteligencia creativa, representando estos elementos, unos importantes predictores para alcanzar el éxito, más que una teoría que engloba habilidades. Estas destrezas analíticas, junto con las memorísticas, comprenden la tradicional concepción de inteligencia, debiéndose ampliar a otro tipo de habilidades como las creativas y prácticas, donde en estas últimas, se encontraría la inteligencia social, desde la perspectiva de la inteligencia exitosa.

Tanto las aportaciones de Gardner, como las de Sternberg, conocidas como la aproximación de sistemas (Sternberg, 1994), señalan la importancia de la interacción

³ Se comprueba que en las publicaciones recientes de Sternberg (2006) al referirse a los mismos conceptos, cambia palabra ability presente en sus primeros textos, por skills, que podría traducirse por habilidad o destreza.

entre la cognición y el contexto, entendida como un sistema, en la que la inteligencia, -consideran- depende más de la cultura y el aprendizaje, que de un factor general.

4. INTELIGENCIA SOCIAL

El campo en el que la Inteligencia Social (I.S) encuentra su aplicación, es en el de las habilidades individuales en interacción con los demás y la cultura, consiguiendo así planificar y establecer pautas de acción dirigidas tanto a la solución de problemas, como a la consecución de retos.

Centrándonos en contextos concretos como es la cultura organizacional y en dominios específicos como es la delegación de tareas, se observa –entre otros procesos- el uso del conocimiento tácito, en cuanto relacionado con un saber. Así, en estos ámbitos es necesario, saber a quién delegar entre las personas que conforman un equipo, saber qué tareas delegar, saber cuándo es más apropiado y saber cómo hacerlo. Este último conocimiento se podría decir que engloba todos los anteriores, y además, el conocimiento en las propias habilidades.

En relación al trabajo en equipo, en el que se persiguen objetivos mediante programas de actuación concretos, se ponen en juego toda una serie de habilidades y participación en toma de decisiones, que teniendo en cuenta la importancia y lugar que ocupan los demás dentro del grupo, tienden a unificar esfuerzos para alcanzar metas conjuntas.

Nuevamente en estos procesos, hay que destacar el uso de destrezas como resultado de una experiencia y su relación frente a individuos noveles. De aquí, que actualmente en la cultura organizacional se utilice la figura de Mentor como maestro que guía a los más inexpertos, cuyos antecedentes se remontan a la cultura clásica y se observan en obras como la Odisea.

La necesidad de dar una respuesta científica al uso de respuestas inteligentes dentro de un entorno social, fue considerada por Thorndike (1920), quien aunando los distintos tipos de inteligencia como parte de una más general, describió la I.S como la capacidad para comprender a hombres y mujeres, chicos y chicas y actuar sabiamente en las relaciones humanas, así como, la habilidad para dirigir personas. Finalmente, la considera como aquellos estados internos, motivos y comportamientos que se dirigen óptimamente en base a una información disponible, dirigiendo tal percepción tanto a uno mismo como a los demás.

Ya en épocas más recientes, Marlowe (1986) tras un análisis factorial, considera que la I.S está formada por cinco factores: a) actitud prosocial b) destrezas sociales c) destrezas empáticas d) emocionalidad y e) ansiedad social.

Otras aproximaciones, como la de Cantor & Harlow (1994), califican la I.S como el conocimiento que el individuo posee del mundo social que le rodea; el esfuerzo que emplean para resolver problemas diarios y trabajar hacia la consecución de unos objetivos.

Lógicamente la I.S, no puede entenderse fuera de un contexto social, que es de donde percibimos la mayor información y donde la conducta se lleva a cabo, por ello, la aplicación

de la inteligencia al día a día es lo que da forma a las inteligencias que se han descrito. Para Sternberg (2003) y sus colaboradores la I.S, es estudiada dentro de la teoría de la Inteligencia Exitosa, como una parte de la Inteligencia Práctica.

Inteligencia Práctica, que puede observarse en tareas de negociación, donde buscando un final que convenga a todos, el comportamiento se adapta empleando destrezas como elegir los momentos más idóneos para llevar a cabo una determinada acción, evitar discusiones, evaluar posiciones de fuerza, valorar las consecuencias de los posibles resultados, no coaccionar y no ceder ante chantajes, por ejemplo.

CAPITULO V ASPECTOS TEÓRICOS QUE COMPONEN EL MODELO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL EN CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA

1. INTELIGENCIA EMOCIONAL

Mucho se ha escrito desde que Goleman (1995) popularizara el término creado por Salovey & Mayer (1990), respondiendo tal ebullición literaria, a la necesidad que los lectores tenían de conocer conceptos que permitieran detectar habilidades emocionales tanto en uno como en los demás, facilitándoles así, un conocimiento para un desarrollo eficaz tanto a nivel personal como profesional.

1.1. DISTINTOS PUNTOS DE VISTA QUE HAN ESTUDIADO LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Los modelos que a continuación se exponen abordan el estudio de la Inteligencia Emocional, (I.E) destacando distintos aspectos que han sido aceptados por la comunidad científica (Fernández-Berrocal & Extremera 2006).

- 1) Modelo socioemocional de la inteligencia de Bar-On (1997a).- Evalúa su modelo mediante el término coeficiente emocional (E.Q Emocional Quoting), cuya contribución mejora la comprensión y potencial de éxito en varios aspectos de la vida, para ello, señala componentes de funcionamiento social y emocional que promueven el bienestar psicológico. Su modelo mixto (o de personalidad) incluye una selección de habilidades personales, sociales y emocionales, proponiendo para una exitosa I.E y bienestar psicológico 15 componentes de capacidad: 1) Autoconciencia Emocional, como la capacidad para reconocer y comprender los propios sentimientos, 2) Asertividad, en cuanto expresar sentimientos, creencias y defender los pro-

pios derechos, 3) Amor propio, respetarse y aceptarse a sí mismo, 4) Autoactualización, posibilidad para realizar las propias capacidades, 5) Independencia, capacidad para autodirigir y autocontrolar los pensamientos y acciones, 6) Empatía, ser consciente y apreciar los sentimientos de los demás, 7) Relaciones Interpersonales, mantener y establecer relaciones satisfactorias, 8) Responsabilidad Social, demostrarse como miembro constructivo de un grupo, 9) Solución de Problemas, identificar y definir problemas, así como generar respuestas efectivas, 10) Evaluación Realista, evaluar entre la experiencia percibida y lo que objetivamente existe, 11) Flexibilidad, ajustar los propios comportamientos, pensamientos y emociones, 12) Tolerancia al Estrés, resistir ante situaciones estresantes, 13) Control de los impulsos, capacidad para resistir y retrasar reacciones impulsivas, 14) Felicidad, sentirse satisfecho con la vida y disfrutar tanto de uno, como de los demás, 15) Optimismo, capacidad para buscar el lado positivo de la vida y mantener actitudes positivas.

2) Modelo de la ejecución (Goleman, 1998a).- Modelo bien aceptado en contextos laborales y empresariales, basado en las competencias emocionales del ser humano. Desde este modelo, se examina la potencialidad para alcanzar elevados niveles de I.E, que permiten desarrollar y desempeñar aptitudes dentro de un contexto organizativo. Las competencias emocionales se consideran capacidades aprendidas que se basan en una inteligencia emocional y se obtiene como resultado de una transformación en el trabajo. Tal modelo de competencias se concretan en los siguientes 4 aspectos (Goleman, Boyatzis, McKee, 2002):

- a. Autoconciencia.- Incluye autoconciencia individual, autoevaluación y autoconfianza.
- b. Autorregulación.- Considera autocontrol emocional, consecución de logro, iniciativas, adaptación y optimismo.
- c. Conciencia Social.- Destaca la empatía y la conciencia organizacional
- d. Relaciones Ejecutivas.- Toma en cuenta el liderazgo, dirección de conflictos, potenciar el desarrollo en los demás y colaboración en equipo.

3) Modelo de habilidades emocionales de Salovey & Mayer (1990). Modelo que integra procesos cognitivos y emocionales, que por su importancia, rigor científico y por servir de guía en el presente trabajo de investigación, se trata de forma más amplia en el siguiente apartado.

1.2. MODELO DE HABILIDADES DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

La inteligencia general alberga amplios grupos de capacidades mentales, de las que gran parte de las estudiadas están relacionadas con el procesamiento de la información verbal, espacial y de relaciones lógicas (Carol, 1993). Siguiendo a Mayer, Caruso & Salovey (2000) la I.E, se puede concebir como un miembro de las inteligencias potenciales que incluye: Inteligencia Social (Sternberg & Smith, 1985; Thorndike, 1920), Inteligencia Práctica (Sternberg, 1986, 1990a, 1991, 1997), habilidades de percepción no verbales (Buck,

1984; Rosenthal, et. al. 1979), creatividad emocional (Averill & Nunley, 1992) e Inteligencia Personal (Gardner, 1993); aunque este último no usara el término I.E, sus conceptos de inteligencia interpersonal e intrapersonal proporcionan los fundamentos para el modelo de la I.E. Así, según Schutte (1998), la inteligencia intrapersonal sería conocer las propias emociones, mientras que la interpersonal, consistiría en la habilidad para comprender las intenciones y emociones de los otros.

La emoción se puede describir como una respuesta desorganizada, que en su mayor parte manifiesta una reacción emocional intensa como resultado de una ausencia de ajuste afectivo (Schaffer et. al. 1940 citado en Salovey & Mayer, 1990). En este modelo como afirman Mayer y sus colaboradores (2009), se refiere al estado de los sentimientos, teniendo en cuenta tanto respuestas fisiológicas como cognitivas y transmitiendo información acerca de las relaciones emocionales, como sería el caso de la felicidad.

1.3. DEFINICIONES DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

La I.E se puede definir como un conjunto de habilidades, que permiten al ser humano desempeñar una serie de destrezas en percibir, valorar y expresar emociones, acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento y comprender y regular emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual (Mayer & Salovey, 1997).

Respecto a la expresión emocional, y sobre todo referente a sucesos adversos, Silver & Worthman (1980) estiman que la expresión supone una absorción interna del impacto, y puede además, prevenir consecuencias negativas (Watson & Pennebaker, 1989).

Entre los beneficios que reporta la expresión de las emociones, se ha constatado que existe un mayor acuerdo en considerar sus beneficios frente a una inhibición emocional, donde las mujeres creen en mayor medida en sus beneficios que los hombres (Martínez-Sánchez, Zech y Páez, 2004).

Otra definición de I.E, señala la habilidad para dirigir sentimientos y emociones en uno y en los demás, utilizando la información para guiar pensamientos y acciones, así como, ayudar en la solución de problemas y toma de decisiones (Salovey, Hsee & Mayer, 2001). Basadas en varias definiciones Van Rooy & Viswesvaran (2004) la adopta como un conjunto de habilidades que permiten a la persona generar, reconocer, expresar, comprender y evaluar sus propias emociones y la de los demás, en orden a guiar pensamientos y acciones que exitosamente se enfrentan ante las demandas y presiones ambientales.

Las emociones surgidas como consecuencia del enfrentamiento a las demandas ambientales y problemas del día a día, han sido tratadas dentro de la psicología de las emociones como verdaderas interferencias en los procesos cognitivos. Las concepciones de la I.E como se ha dicho antes, vienen a incluirlas como fenómenos necesarios, donde la información percibida se puede utilizar para canalizarla hacia un desarrollo propio y de los demás.

Estas competencias emocionales deben residir en las habilidades aprendidas, adquiridas dentro de contextos específicos más que capacidades generales, donde definiciones de la I.E, fallan en distinguir entre habilidades aprendidas y básicas. El concepto de inteligencia –

en el modelo que se analiza- se usa para referirse a aptitudes básicas, definidas en términos psicométricos como un factor latente dentro de un modelo de capacidad y competencia, donde una definición más aproximada hacia la capacidad para transformar alguna actividad física y mental, debe ser considerada tanto por el contexto, como por el aprendizaje (Matthews, Emo, Roberts & Zeidner, 2006).

La I.E, por tanto, fue propuesta como un marco de trabajo que permitiera identificar habilidades específicas, necesarias para comprender y experimentar emociones más adaptativas (Mayer & Salovey 1993, Salovey & Mayer, 1990).

En relación con la Inteligencia Social, la I.E presenta un campo más amplio, incluyendo tanto un razonamiento acerca de emociones en las relaciones sociales, como razonamiento emocional en uno mismo, necesario para un crecimiento personal (Mayer, et. al. 2000).

Las destrezas individuales pueden ser agrupadas en tres dominios: a) Evaluación y expresión de la emoción (en uno y en los demás) b) Adaptativa regulación de las emociones (en uno y en los demás) y c) Utilización de la emoción para planificar, crear y motivar la acción, utilizando las emociones basadas en el conocimiento (Salovey, et. al. 2001).

1.4. ÁREAS DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

El modelo de las cuatro áreas propuesto por Mayer & Salovey (1997) enfatiza el concepto que esas habilidades no se conciben fuera del contexto social en el que operan, describiéndose a continuación desde el nivel más bajo de destrezas hasta el más alto.

- 1) Percepción y evaluación de la emoción en uno y en los demás. En este nivel además de incluirse las expresiones de las emociones, examina el aspecto implícito de la conciencia individual de éstas y la habilidad para dirigir y diferenciarlas.
- 2) Utilización de la emoción para facilitar el pensamiento y la acción. Comprende la asimilación de las experiencias emocionales básicas, dirigiéndolas según los objetivos que se persigan, hacia una atención selectiva, autodirección y automotivación.
- 3) Comprensión y razonamiento emocional. Cada una de nuestras emociones, felicidad, angustia y miedo, por ejemplo, operan de acuerdo a nuestras propias reglas. La I.E supone la habilidad para ver cómo operan y saber cómo interaccionan para obtener una interpretación adecuada.
- 4) Dirección y regulación de las emociones. El mayor nivel de destreza, se alcanza sabiendo cómo tranquilizarse después de angustiarse, o aliviar la ansiedad en otra persona.

La regulación emocional es considerada como un conjunto de habilidades anticipadas, las cuales son necesarias para contribuir a una adecuada evaluación, donde una efectiva re-

gulación (tanto en uno como en los demás) es necesaria para motivar y planificar aquello que se espera conseguir.

La propia estructura de la I.E sugiere que debe haber diferencias individuales en la capacidad para ejercer control afectivo, así estrategias de autorregulación emocional son sugeridas desde investigaciones de comportamiento prosocial (Salovey et. al. 2001).

1.5. CONOCIMIENTO TÁCITO EN LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Las anteriores áreas descritas 3 y 4, indican el aprovechamiento de un conocimiento que es de vital importancia para saber cómo manejar las emociones. Como ya se indicó, las habilidades descritas por Anderson (1986) señalan que una gran mayoría se adquieren con la experiencia, siendo por tanto un conocimiento procedimental. Así, por ejemplo, si se tiene en cuenta un contexto determinado y al que se está muy habituado, un individuo puede saber cómo reaccionar emocionalmente ante determinados tipos de personas, sin ser muy consciente de ello.

La I.E comprende, por tanto, el conocimiento tácito en el manejo de las emociones y la destreza para utilizar la información en la propia vida (Salovey & Pizarro, 2003), donde una intuitiva conciencia de los tipos de tareas cognitivas facilitadas por los estados emocionales, debe caracterizar emocionalmente la inteligencia individual (Salovey, et. al. 2001).

1.6. EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

1.6.1. CARACTERÍSTICAS DE AUTOINFORMES Y MEDIDAS DE HABILIDAD

Entre las clasificaciones de las mediciones de la I.E, hay que distinguir entre evaluaciones derivadas de autoinformes de comportamientos manifestados en el día a día y mediciones objetivas controladas experimentalmente (Roberts, et. al. 2001).

Estas últimas medidas de habilidad se refieren a la solución de tareas emocionales que son contrastadas mediante criterios objetivos (Mayer, DiPaolo & Salovey, 1990). Tales tareas, entre otras, consisten por ejemplo en identificar posibles emociones de tristeza, miedo, enfado, felicidad y excitación, a través de una exposición de fotografías, dibujos, arte y paisajes abstractos.

En cuanto a la validez predictiva, el MEISS (Multifactor Emotional Intelligence Scale) (Mayer, et. al. 2000) se relaciona con medidas de ajuste y adaptación; aunque con correlaciones más modestas que con medidas de autoinforme (Matthews, et. al. 2006).

Los elementos que componen los autoinformes en I.E, se representan por la inclusión de preguntas o ítems relacionados con la percepción que el sujeto posee de sus destrezas emocionales. Así, su validez predictiva se ha relacionado con criterios de ajuste personal, tales como: bienestar, satisfacción vital, ausencia de trastornos psicológicos, etc. En este sentido, el SSRI (Schutte, Malouff, Haggerty, Cooper, & Golden, 1998) predice apoyo social, depresión, estrés y satisfacción vital (Matthews, Roberts & Zeidner, 2004). Estos autores,

citando a Mabe & West (1982), encontraron correlaciones significativas en medidas de autoinforme en percepción de la propia inteligencia y test de inteligencia objetiva.

Las medidas de autoinforme en dominios específicos de la I.E, han sido diseñadas para evaluar percepciones acerca de las habilidades individuales (Salovey, Woolery & Mayer, 2001). Desde esta aproximación, hay que destacar la influencia de medidas como la Bar-On Emotional Quoting Inventory (EQ-i) de Bar-On (1997) que incluyen factores como: asertividad, responsabilidad social, optimismo, etc. o la Emotional Competent Inventory (ECI) (Boyatzis, Goleman & Rhee, 2000) que incorpora entre otros: orientación al cliente, trabajo en equipo, liderazgo, etc.

Respecto a identificaciones terminológicas, Ciarrochi & Mayer (2006) citando a Petrides & Furnham (2001) analizan el “rasgo de la inteligencia emocional”, donde el vocablo rasgo, incluye en su definición habilidades como la inteligencia y autoeficacia emocional para características de la personalidad.

Desde las tempranas aportaciones de Mayer & Salovey (1990), se han desarrollado diferentes medidas que marcan dos enfoques diferentes en la concepción y medición de la I.E: por una parte el modelo de habilidad, que considera la IE como una inteligencia en su sentido más tradicional (Mayer & Salovey, 1997), incluyendo en esta orientación las formulaciones de Schutte et. al. (1998), y por otra, los modelos mixtos o de personalidad de: Bar-On (1997), Boyatzis, Goleman & Rhee (2000) y Petrides & Furnham (2003) que tienen en cuenta emociones relacionadas con competencias, actitudes y rasgos de la personalidad.

No obstante como ya se ha indicado, el contenido de las medidas de I.E variará en función de las orientaciones teóricas e interpretaciones que se hagan de ella (Mayer, Salovey & Caruso, 2000).

Siguiendo a Extremera y Fernández-Berrocal (2004) las ventajas y desventajas de los autoinformes en la I.E con respecto a las medidas de habilidad, se detallan en los siguientes apartados:

- 1) Herramienta subjetiva que evalúa la percepción de la I.E, representando una buena predicción para niveles de adaptación en distintas contingencias.
- 2) Menor tiempo en su administración y empleo de menores ítems.
- 3) Fácil administración.
- 4) Se parte de la base que los sujetos poseen algún tipo de insight sobre su propia IE, pudiéndose encontrar personas que carezcan o no sean conscientes de tal habilidad.
- 5) Presentar problemas de deseabilidad social.
- 6) Correlaciones con variables de personalidad, representando validez predictiva en las relacionadas con la vida cotidiana, variables adaptativas y predictivas de éxito.

- 7) No presentar altas correlaciones entre sí.
- 8) Evaluar comportamientos que se relacionan con capacidades emocionales como: autoestima, optimismo, alexitimia
- 9) Problemas de aquiescencia.
- 10) Coste mínimo y fácil entrenamiento.

Teniendo en cuenta que varios de los enumerados, son característicos del sistema de medida de las escalas, Jensen (1996) destaca de los autoinformes los siguientes aspectos:

- 1) Se eliminan inferencias a la hora de puntuar por la persona que los pasa.
- 2) Parecen medir aquello para lo que fueron creados (validez aparente).
- 3) Sirven de utilidad para un gran número de problemas objetivos, utilizándose en gran número de poblaciones.

1.6.2. ESCALAS Y AUTOINFORMES

Habiéndose hecho referencia a estas escalas, a continuación se señalan de forma más detallada:

1) Trait Meta-Mood Scale (TMMS) (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai, 1995). Según los autores, la escala fue diseñada para evaluar las diferencias relativamente estables en humor y emociones, así como su regulación y discriminación. Califican que más importante que su fiabilidad y validez, es la utilidad que presenta al operativizar aspectos de Inteligencia Emocional. La escala refleja diferencias individuales en la habilidad y comprensión de estados afectivos, tanto en uno como en los demás, existiendo también diferencias en la habilidad para regular los sentimientos y usarlos adaptativamente para conducir el comportamiento.

Escala compuesta por 48 ítems medidos mediante una escala tipo Likert de 1 a 5 (donde 1 es totalmente en desacuerdo a 5 totalmente de acuerdo). De los tres factores que la componen, el primero (21 ítems y alpha de Crombach .82) se refiere a la “atención de los sentimientos”, incluyendo ítems como: *No presto mucha atención a mis sentimientos*, *Los sentimientos son una debilidad humana* y *Uno nunca debería guiarse por las emociones*. El segundo (15 ítems y alpha .87) “claridad emocional” considera, cómo las personas perciben sus emociones, e incorpora preguntas como: *Normalmente tengo muy claro mis sentimientos*, *Casi siempre se exactamente como son mis sentimientos* y *Normalmente no tengo mucha energía cuando estoy triste*. El tercer factor (12 ítems y alpha .82) “reparación emocional” se refiere a la creencia para regular e interrumpir emociones negativas y prolongar las positivas, añadiendo ítems como: *Aunque a veces estoy triste, la mayoría soy optimista*; *No tengo mucha energía cuando estoy contento* y *Aunque a veces soy feliz, la mayoría soy pesimista*. La correlación significativa entre factores se produjo entre los dos últimos y la consistencia interna global, se encuentra comprendida entre .73 y .82.

En un estudio de revisión de las medidas de autoinforme en I.E, se encontró que la TMMS-48 fue la que presentó mejores propiedades psicométricas, donde altas puntuaciones se asocian con una mejor recuperación ante situaciones negativas (Salovey et. al. *Ibíd.*) mayor satisfacción vital (Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera 2001) y mejor calidad en relaciones personales (Salovey et. al. 2002).

Una adaptación española de esta escala con 24 ítems, fue realizada por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004), mostrando los siguientes coeficientes alpha y factores: Atención .90, Claridad .90 y Reparación .86, correlacionando tales factores con depresión, rumiación y satisfacción vital.

En una muestra española de 119 estudiantes de primer curso de enfermería, Montes-Berges & Augusto (2007) comprobaron con la anterior escala, -entre otros resultados- que el 5% de la varianza de comportamientos de evitación, era explicada por los factores de atención y claridad emocional y estos mismos también explicaron el 7% de evitación cognitiva, correlacionando significativamente la claridad emocional con comportamientos de evitación ($r = .19$) y evitación cognitiva ($r = .22$).

2) Schutte Self Report Inventory (SSRI). Basado en el modelo de la I.E, propuesto por Salovey y cols. Schutte et. al (1998) elaboraron una escala de 33 ítems mediante una valoración tipo Likert, coincidiendo la medida con la escala anterior. El único factor de la escala según los autores, representa el modelo de IE de Salovey & Mayer (1990), incluyendo ítems referentes a la evaluación y expresión emocional, regulación de la emoción y utilización de la emoción. Entre estos se incluyen: *Se cuando hablar de mis problemas a los demás, Se por qué mis emociones cambian, Se lo que sienten los demás cuando los miro, Tengo control sobre mis emociones.* Autores como Ciarrochi, Deane & Anderson (2002) consideran que tal factor incluye subfactores como: percepción emocional, manejo de emociones propias, manejo de emociones de los demás y utilización de las emociones.

La consistencia interna de la escala presenta un alpha de Cronbach de .90, mostrando además altas correlaciones con cada uno de los factores que componen la escala TMMS vista más arriba. Asimismo, puntuaciones de la escala se relaciona con otras escalas, -entre otras- señalan: mayor optimismo, menor pesimismo y menor depresión. Referente a las diferencias significativas halladas entre grupos, encontraron que las mujeres puntuaban más que los hombres en la muestra estudiada (Schutte et. al. *Ibíd.*).

Según los autores la utilidad de la escala, puede servir de ayuda a la investigación teórica de la I.E y evaluar sujetos que deseen conocerla, como por ejemplo: comprender sus propias cualidades que le hagan mejorar hacia la consecución de objetivos y problemas relacionados con su I.E, como dificultades para controlar impulsos.

3) Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) (Bar-On, 1997). Escala compuesta por 133 ítems y 15 subescalas que engloban 5 conceptos más amplios: 1)

Inteligencia Emocional Intrapersonal, incluye destrezas, capacidades y competencias en uno mismo, 2) Inteligencia Emocional Interpersonal, habilidades interpersonales, 3) Inteligencia Emocional Adaptativa, supone el éxito ante la capacidad para afrontar en situaciones adversas y demandas ambientales 4) Inteligencia Emocional de Gestión del Estrés, habilidad para manejar y afrontar con eficacia en situaciones estresantes, 5) Inteligencia Emocional en Humor, supone la habilidad para disfrutar de la vida. El grado de acuerdo se mide mediante una escala tipo Likert, de 1 a 5, donde el 1 indica estar de acuerdo y el 5 desacuerdo. La consistencia interna de las escalas, se encuentran comprendidas entre .69 y .86, permitiendo diferenciar entre grupos con distinto éxito profesional.

4) Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue) (Petrides & Furnham, 2003). Escala compuesta por 144 ítems y 15 subescalas, basadas en los modelos de rasgos de la personalidad o modelos mixtos, valorados mediante respuestas tipo likert que miden el grado de acuerdo o desacuerdo, donde 1 representa estar totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. Las subescalas y características de los ítems, son los siguientes: a) Adaptabilidad (10 ítems y alpha .78) *Normalmente, encuentro dificultades para hacer un ajuste en mi estilo de vida*, b) Asertividad (9 ítems, alpha .83) *Cuando estoy en desacuerdo con algo, normalmente encuentro fácil decirlo*, c) Expresión emocional (10 ítems alpha .89) *Los demás me dicen que raramente hablo como me siento*, d) Dirigir emociones en los demás (9 ítems, alpha .61) *Normalmente puedo influir en los sentimientos de los demás*, e) Percepción emocional (10 ítems, alpha .81) *A menudo encuentro dificultad para reconocer que emoción estoy sintiendo*, f) Regulación emocional (12 ítems, alpha .67) *Cuando alguien me ofende, normalmente puedo mantener la calma*, g) Empatía (9 ítems, alpha .71) *Comprendo adecuadamente las necesidades y deseos de los demás*, h) Felicidad (8 ítems, alpha .92) *La vida es bella*, i) Baja impulsividad (9 ítems, alpha .61) *Tiendo a dejarme llevar por las emociones fácilmente*, j) Optimismo (8 ítems, alpha .86) *Generalmente pienso que las cosas al final salen bien*, k) Habilidades relacionales (9 ítems, alpha .66) *Generalmente no estoy en contacto con mis amigos*, l) Autoestima (11 ítems, alpha .91) *Creo que tengo una gran fortaleza personal*, m) Automotivación (10 ítems, alpha .67) *Consigo un gran placer haciendo lo que me gusta*, n) Competencia Social (11 ítems, alpha .80) *Puedo relacionarme eficazmente con la gente*, ñ) Tolerancia al estrés (10 ítems, alpha .78) *Normalmente puedo tratar con problemas que a otros les altera*.

La versión reducida de esta escala con 30 ítems TEIQue-SF (Petrides, Pérez & Furnham, 2003) correlaciona con: trastornos de la personalidad, estilos de afrontamiento y satisfacción vital.

1.7. CRÍTICAS A LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Entre las críticas vertidas, muchas de ellas comprensibles dada la escasa antigüedad del término, se encuentran: la naturaleza empírica del constructo, sistemas de medición mediante papel y lápiz, y parecido con otras inteligencias que resaltan la aplicabilidad de la inteligencia en el medio, la inteligencia práctica, social y exitosa (Extremera et. al. 2004). Y

sin olvidar, las opiniones vertidas entre quienes la consideran como un conjunto de variables emocionales y de personalidad; aunque esto último dependerá del marco teórico que se utilice, como ya se ha indicado.

2. ADAPTACIÓN

Dentro del proceso evolutivo, el desarrollo humano se encuentra no exento de continuos desafíos, donde la vivencia y el modo de afrontarlos pueden generar consecuencias positivas o negativas, o bien, la posibilidad de percibir oportunidades frente a riesgos, facilitando así la posibilidad individual de aprender dentro de un contexto en continua transformación.

Este aprendizaje supondrá un importante factor que facilite la adquisición de conocimientos y experiencias para obtener una adaptación eficaz al entorno. Según distintas orientaciones se consigue asociando estímulos, los cuales pueden llegar a ser de gran utilidad anticipando acontecimientos, repitiendo conductas socialmente reforzadas y evitando aquellas que se penalizan, y además, mediante la experiencia adquirida y observación de los demás.

Así, el proceso madurativo que surge ante los cambios experimentados, ofrece la posibilidad de comprender tanto a nosotros mismos, a los demás, como a las circunstancias que nos rodean, todo ello, en una interacción con el medio que permite desenvolvemos y conocer el lugar que ocupamos.

2.1. LA ADAPTACIÓN A LOS CAMBIOS DESDE UNA PERSPECTIVA COGNITIVA

Ante los cambios experimentados, el sistema cognitivo emplea una serie de mecanismos tendentes a conseguir el equilibrio deseado, donde el procesamiento cognitivo contribuye a la adaptación a través de dos procesos, mediante el tratamiento de la información y a través de recursos compensatorios (Gutiérrez, 2002):

- 1) Tratamiento de la información en el que por una parte trata de priorizar la información relevante que proviene del exterior, valorando lo que es importante y confiriéndole un valor afectivo, y por otra, recuperando la información almacenada que resulta relevante ante las demandas del entorno, proceso por el cual facilita la percepción de las propias necesidades, metas y recursos disponibles.
- 2) Movilización de recursos compensatorios, tanto cognitivos como conductuales, en los que se satisface y modifica las demandas ambientales con el fin de alcanzar un estado de equilibrio.

Siguiendo a Taylor y Brown (1988) sujetos con una elevada adaptación cognitiva ante eventos adversos, poseen características como maestría, optimismo y autoestima.

2.2. ADAPTACIÓN Y EMOCIÓN

Señalando las aportaciones de Lazarus (1991) califica de especial importancia los aspectos biológicos, sociales y personales (tanto cognitivos como conductuales) dentro del proceso emocional. Tal proceso, considerado como un elemento vital para la adaptación, debe gozar de características variables y flexibles que permitan poder desempeñar comportamientos inteligentes que faciliten respuestas adaptativas.

Respecto al aspecto social que aludía Lazarus, indica que históricamente las emociones positivas han sido ignoradas, recibiendo las emociones negativas no sólo un mayor refuerzo cultural, sino haber servido de guía y reivindicación para poblaciones insatisfechas.

Señalando las interesantes aportaciones de Avia y Vázquez (2004) cita a Wundt apuntando que en el lenguaje común, existen más cantidad y variaciones de nombres que hacen referencia a emociones desagradables, que a las agradables. La respuesta que Averill (citado en Avia *Ibíd.*) ofrece a esta observación, es que el propio concepto de emoción, conlleva en sí mismo un matiz más negativo que las emociones positivas, donde tal matiz hace referencia a cualidades de la emoción como: ser irracionales, intensas y de instauración brusca y generalmente asociadas con emociones negativas.

Según lo anterior, la tradición literaria y filosófica, sin mostrarse ausente de las expresiones humanas, ha recogido no pocos sentimientos de soledad, miedo y desamor, e incluso la tristeza más profunda, como sería la angustia existencial.

Nuevamente para Lazarus, estas emociones tienen un poderoso impacto mucho mayor sobre la adaptación y el bienestar subjetivo, que las emociones positivas.

2.3. LA ADAPTACIÓN DESDE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Un aspecto de especial importancia para adquirir una adaptación eficaz al entorno, es el dominio de la vida afectiva, donde el afecto desempeña una importante función en dirigir los pensamientos y las acciones, representando además un verdadero estimulante hacia la adaptación (Reig, 2000).

En este sentido las aportaciones de Salovey y Mayer (1990) sobre la Inteligencia Emocional, vienen a reforzar ese dominio afectivo en el día a día, a través de llevar a cabo las siguientes categorías que componen esta inteligencia:

- 1) Evaluar la emoción en uno y en los demás, así como expresar las propias emociones.
- 2) Regular la emoción tanto en uno como en otros.
- 3) Utilizar la emoción en la solución de problemas.

La inteligencia emocional es por tanto el uso inteligente de las emociones (Weisinger, 1998), donde como se ha visto, su regulación promueve el crecimiento personal, emocional e intelectual (Mayer & Salovey 1997) (Mayer et. al. 2000).

Desde la literatura popular se ha indicado que un alto nivel de competencia en I.E, es un aspecto vital para alcanzar mayores oportunidades y éxito en demandas de negociación. Aunque, aportaciones con un contenido menos triunfalista y más acorde con una perspectiva cognitiva y emocional, señalan que la habilidad para utilizar la información proveniente de las emociones puede ser adaptativa, de tal forma que la relación entre emoción y cognición, no deben ser antagónicas (Salovey et. al 1995).

Entre los hallazgos obtenidos en el campo de la I.E, se pueden citar –entre otros-: que detectar el estado de ánimo en los demás se relaciona con más éxitos a nivel social y laboral (Rosenthal, 1977), que las personas que se perciben a sí mismas habilidosas en comprender y regular las emociones propias y de los demás, utilizan estilos de afrontamiento más adaptativos (afrontamiento activo, reinterpretación positiva, búsqueda de apoyo social y emocional), y una alta I.E, se relaciona con alta autoestima, satisfacción vital y mayor nivel de felicidad (Gohm & Clore, 2002).

2.4. LA ADAPTACIÓN DESDE EL MODELO DE LA COMPETENCIA DE LAWTON

Helson (1964) referente al nivel de adaptación señala, que entre la estimulación externa y la sensibilidad cognitiva y sensorial del sujeto, se encuentra el estado de equilibrio, así, la conciencia de la estimulación, como ocurre con la habituación, disminuye cuando el sujeto se adapta a los niveles de estimulación ambiental. La hipótesis de la U invertida propuesta por este autor, estima que el bienestar óptimo se encuentra en el rango medio de la estimulación exterior.

Influenciado por Helson, (íbid.) el modelo elaborado por Lawton (1975, 1977) explica el comportamiento desde la interacción persona-ambiente, donde define la competencia como el límite teóricamente superior a la capacidad del individuo, en áreas como la conducta motora, salud biológica, cognición y excluyendo las necesidades como componente motivacional.

En esta interacción la demanda ambiental se encuentra caracterizada tanto por los elementos reales del contexto, como por los percibidos, de tal forma que un adecuado nivel de competencia, se encontrará alrededor del punto medio de presión ambiental. Esta presión es considerada, como el grado de exigencia del ambiente sobre el individuo, donde el efecto positivo o negativo de la interacción, se mide en términos de resultado adaptativo o no, determinando así el grado de competencia individual.

Un alto nivel de competencia por tanto, se relaciona con una independencia del individuo a los estímulos del contexto, y un bajo nivel, indica una mayor vulnerabilidad, conociéndose como la hipótesis de la docilidad. Por el contrario la hipótesis de la proactividad, sugiere que conforme mayor es la competencia, mayores son las posibilidades que ofrece el ambiente.

2.5. LA ACCIÓN DEL SUJETO EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN SEGÚN PIAGET.

Las perturbaciones acaecidas en un sistema tienden a modificarse, alcanzando el equilibrio gracias a una adecuada acción del sujeto (Piaget, 1981). Equilibrio que a lo largo de la evolución, pierde su estabilidad provocada por la dificultad que supone la satisfacción de necesidades, siendo entonces cuando la acción del sujeto entra a formar parte agudizando su ingenio.

La adaptación, por tanto, consiste en el equilibrio que surge de la interacción de la acción del sujeto y el entorno. Así, durante las primeras etapas del individuo, se presenta de una forma rígida y en una sola dirección, para más adelante configurar nuevas estructuras que dependen de continuos equilibrios, dando así lugar a operaciones reversibles propias de cada estadio y a nuevas estructuras cognoscitivas.

Finalmente la adaptación será el equilibrio entre la asimilación, en cuanto adecuar el mundo al sujeto, y la acomodación, entendida como la adecuación de la persona al mundo.

2.6. LA ADAPTACIÓN POSITIVA

Bajo este enunciado, la adaptación no sólo supone un simple equilibrio que retorna a los estados previos del acontecimiento, sino un verdadero surgimiento que utiliza toda una serie de recursos tendentes a alcanzar los más elevados niveles de funcionamiento (Linley, 2003).

Bajo este enfoque, Valent (1998,1999 citado en Linley íbid.) considera el impacto de un trauma, bajo tres aspectos:

- 1) Como proceso, donde se contempla la naturaleza del trauma.
- 2) Amparado en un contexto, donde el suceso se desenvuelve.
- 3) Y afección, señalando los efectos que el trauma ejerce sobre el desarrollo individual.

Una adaptación adecuada que indica que algo ha sido vencido tras el desequilibrio experimentado, para lo cual, siguiendo a Tedeschi, Park, & Calhoun (1998) se ha llevado a cabo una reevaluación de los propios valores, nuevo sistema de prioridades y relaciones interpersonales.

Así, para un desarrollo personal y continuado frente a la adversidad, que tenga como resultado una adaptación adecuada, es necesario hacer uso de la sabiduría. Para Baltes & Staudinger (2000), ésta se refiere a una persona experta en aquellos aspectos más fundamentales y prácticos de la vida, con elevados niveles de habilidades y poseedoras de un conocimiento de la condición humana, los cuales le permitan, comprender como las personas pueden dirigir y mejorar sus vidas y qué valores adoptar como más importantes.

2.7. LA ADAPTACIÓN COMO RESULTADO DEL CUIDADO

Siguiendo las aportaciones de Gaugler, Davey, Pearlin & Zarit, (2000) en los estudios relacionados con el cuidado y con el fin de comprender por qué cuidar resulta un problema para unos y no para otros, es necesario identificar las diferencias adaptativas entre cuidadores.

Entre las consecuencias importantes que estos autores señalan, incluyen: malestar y comportamientos socialmente inapropiados, salud mental negativa y problemas de comportamiento asociados con el estrés, como sentirse atrapados en las responsabilidades del cuidado.

Entre las variables que han influido en la adaptación de cuidadores, se han incluido a lo largo de la literatura, las siguientes (Gaugler, Pearlin & Zarit, 2003):

- 1) Características del cuidador y de la persona receptora de cuidados. Se consideran relaciones entre ambos, estado civil, género, edad e incluso pertenecer a una determinada etnia. Según esto último, se ha comprobado que; aunque entre personas de color habían pocas diferencias en la adaptación en el cuidado de enfermos con demencia, los cuidadores de color negro, mostraron menos carga y menos deseos de institucionalizar a sus familiares (Hinrichsen & Ramírez, 1992)
- 2) Demandas del cuidado. Donde se incluyen problemas de comportamiento del enfermo, AVD, grado de dependencia y desórdenes cognitivos.
- 3) Variables que reducen el estrés. Apoyo social prestado por familiares y amigos.

Respecto a la adaptación a través del paso del tiempo, Aneshensel, Pearlin, Mullan & Zarit (1995) comprobaron como los mayores niveles de sobrecarga y rol cautivo se asociaban durante el primer año con problemas de comportamiento del enfermo y dependencia a las AVD, perdurando a los tres años, sólo la asociación de la sobrecarga con problemas de comportamiento y el rol cautivo.

Cuidar, por tanto, durante largos períodos de tiempo, no siempre es sinónimo de desgaste y mala adaptación, existiendo estudios en que los cuidadores resultan más capaces para adaptarse a las demandas del cuidado y continua asistencia a sus familiares (Gaugler et. al. *Íbid.*)

En cuidadores de enfermos con demencia, se ha comprobado que la emoción orientada al cuidado (Dröes, 1998) posee efectos positivos en la adaptación emocional, en aquellos enfermos con demencia media y moderada (Finnema, et. al. 2005).

3. BIENESTAR SUBJETIVO

El concepto de Bienestar Subjetivo (B.S) varía desde la percepción de ausencia de problemas, hasta el sentimiento de felicidad, influenciándose por los resultados de nuestras acciones y por las condiciones del entorno.

Tales resultados forman parte de los aspectos básicos de la vida, como el mantenimiento de la especie y de la acción del hombre en comunidad, como la justicia o la solidaridad, contribuyendo todos ellos a formar parte de las normas morales de cualquier época.

La distinción que a continuación se realiza entre las tradiciones eudemonistas y hedonistas, no debe entenderse dentro de unos ámbitos perfectamente limitados, ya que el mayor representante de los primeros, Aristóteles, no rechazaba los bienes materiales, y como se verá, tampoco Epicuro ensalza por encima de todo los placeres físicos. Por tanto, tal distinción tiene su interés como una aproximación histórica y por encontrar referencias en las modernas teorías del B.S.

3.1. TRADICIÓN DE LA EUDAIMONIA

La formación del alma es el camino natural del hombre hacia la armonía con la naturaleza (hoy diríamos adaptación a nuestro entorno) que tiene como fin alcanzar la felicidad. Esta armonía para Sócrates, se alcanza por medio del dominio completo de uno mismo, frente a las amenazas del destino y la naturaleza (Jaeger, 1957). Concepto de autodominio que también los cínicos adoptarían como medio para alcanzar la felicidad “incluso en circunstancias sumamente adversas” (Long, 2000 pag. 47).

En la cultura griega se encontraba muy entrelazado el concepto de eudemonía con la idea de hacer el bien, así en el *Gorgias* de Platón se refiere a ella como una profunda sabiduría, en la que el bienestar descansa en el bien obrar (Jaeger, *Ibíd.*).

Para Aristóteles la felicidad se basa en la actividad propia del hombre, conforme a la razón, o más exactamente conforme a la virtud, alcanzándose mediante un determinado aprendizaje y un continuado esfuerzo, sin que deba existir dependencia alguna con factores externos o causales (Capelle, 1981). En la *Moral a Nicómaco*, Aristóteles afirma que el medio más seguro para que el hombre alcance la felicidad, es descubrir en la vida cuál es su propia obra y encontrando el bien en ella misma, de esta forma disfruta de una vida aceptable sin depender de necesidades.

Los actuales teóricos de esta tradición, sostienen que no todos los deseos y ambiciones producen bienestar al conseguirse, situación que probablemente se pueda deber al “circuito de búsqueda” ubicado en el hipotálamo, que produce placer cuando es activado ante comportamientos de expectativas, seguimientos y aspiraciones, cesando cuando el objetivo se ha visto cumplido. Tal vez por esto, la felicidad no está en llegar a Ítaca, sino en el viaje.

Esta perspectiva eudaimónica se encuentra relacionada con conceptos actuales como, la autorrealización de Maslow, crecimiento personal, esfuerzo realizado, propósito en la vida, etc. etiquetándose -entre otros nombres- como bienestar personal (Ryff & Keyes, 1995).

3.2. TRADICIÓN HEDONISTA

Esta perspectiva se podría decir que tiene sus orígenes en Aristipo de Cirene (435 a 355 A.C), cuya filosofía se basaba ampliamente en supuestos sofisticos; aunque con ciertas influencias socráticas. Amparándose en concepciones muy subjetivas, señala que el verdade-

ro fin del comportamiento, es conocer los sentimientos de placer y dolor como un verdadero saber real, donde el placer (el corporal como superior al alma) debe constituir el objetivo natural del ser humano.

Para la escuela cirenaica la eudaimonía será la suma de los placeres individuales, donde los placeres pasados y futuros vienen a ser el resultado de nuestro pensamiento y de la percepción que de ellos se obtienen, mas que estímulos plenamente sentidos.

Resultando la felicidad como el mayor placer alcanzado, es conveniente equilibrarlo con las desgracias que puedan suceder, cuyo comportamiento debe contribuir a un “arte de ponderación, para no cambiar grandes desgracias por mínimos placeres” (Capelle, 1981 pag. 318).

Bajo nuestro punto de vista, tal balance entre acciones y consecuencias sólo puede llevarse a cabo desde la inteligencia, la cual según la doctrina de Aristipo, constituye el segundo factor en importancia para conseguir la felicidad.

Para Epicuro (340 a 270 A.C) es imposible ser feliz sin ser también sabio, donde la base para la felicidad es el placer, buscando todo aquello que lo produce y evitando lo que produce dolor. Movido también como Aristipo por una idea que podríamos llamar existencialista, en cuanto que sólo se vive una vez y todo termina con la muerte, es necesario alcanzar toda la felicidad que sea posible, donde el alma experimenta placer sólo a través del placer corporal, tanto en el momento presente, como el recuerdo o la esperanza.

No serán finalmente los banquetes y el placer físico las causas de una vida placentera, sino la adecuada decisión entre lo que se quiere y se evita, donde aprendiendo de la experiencia, hay que actuar cuidadosamente para anticiparse al placer o al dolor que de ello se seguirá. La inteligencia de tal moderación presenta un papel decisivo en la felicidad, alcanzándola gracias a los dones físicos y espirituales que la naturaleza concede. Lo importante en la doctrina de Epicuro, es aquello que hace depender al hombre de sí mismo. (Capelle, 1981)

Dentro de esta tradición filosófica, Ryan y Deci (2001) observan que en la medición del B.S hay que considerar los refuerzos y castigos que se obtienen de las actividades sociales. Sin embargo, para Diener (1984) la evaluación del B.S (concepción clásica de la felicidad) tiene su origen en dos líneas de investigación: una que se centra en la evaluación de la afectividad positiva y negativa, y otra, en la evaluación tanto global como cognitiva de la vida.

3.3. MODELOS TEÓRICOS QUE INFLUYEN EN EL BIENESTAR SUBJETIVO

Uno de los principales problemas con que la investigación se enfrenta, es determinar cuáles son las variables que realmente están o no influyendo en el estudio, y en el caso de las variables que componen el B.S, la cuestión tampoco es nada fácil. Entre las distintas aportaciones teóricas existentes, a continuación se mencionan las teorías de abajo-arriba y arriba-abajo, acercamiento a la meta, implicación personal y motivación intrínseca.

3.3.1. APORTACIONES DE ABAJO-ARRIBA Y ARRIBA-ABAJO

Wilson (1967) dentro de la dimensión abajo-arriba (botton-up) propuso que la felicidad es causada por la rápida satisfacción de las necesidades y que la continua insatisfacción produce infelicidad, siendo un modelo muy influenciado por las teorías humanistas. No obstante, recientes aportaciones (Sheldon & Elliot, 1999) advierten que las necesidades no se consideran tan universales, estando muy influidas por las interpretaciones que de ellas se haga.

Bajo una perspectiva inversa, en el planteamiento arriba-abajo (top-down) la satisfacción va a depender tanto de las aspiraciones personales como del nivel de adaptación alcanzado, así como de las comparaciones con los demás y la experiencia pasada (Wilson, *Ibíd.*).

Respecto a estas comparaciones Michalos (1985) propuso su teoría de las discrepancias múltiples, señalando el resultado que se obtiene de la percepción de la vida, al compararla con la que se debería tener. Para ello, establece cinco clasificaciones: 1) lo que uno quiere, 2) lo que se tuvo antes, 3) lo que se espera tener, 4) lo que se piensa que los demás tienen y 5) lo que uno cree que se merece.

En situaciones sociales, la teoría de la comparación hacia abajo (Wills, 1981) propone la tendencia de las personas a equipararse con individuos que consideran están peor que ellos, obteniendo así una mejor valoración personal. Tal comparación es recomendada por Rojas Marcos (2004) como estrategia que ayuda a superar las adversidades, donde expresiones como: “podía haber sido peor” o “por lo menos no soy el único”, ante accidentes inesperados, sirven de ayudan para soportar la angustia.

Varias son las aportaciones que han relacionado la consecución de metas con el bienestar o malestar, así Bandura (1986), señala que la depresión se relaciona con la fijación de metas inalcanzables; Wilson (*ibid.*) que la felicidad se alcanza por el establecimiento de de aspiraciones modestas (Wilson *Ibíd.*); y Csikszentmihalyi (1990), que el B.S es más importante cuando se está inmerso en procesos de consecución que cuando el objetivo se alcanza.

3.3.2. MODELO DE ACERCAMIENTO A LA META

La felicidad en relación a la consecución de metas, se alcanza mediante la continua satisfacción de proyectos marcados en la vida, estableciéndose en un marco temporal corto, medio y largo. Las personas más satisfechas serán por tanto, aquellas que se han marcado unas metas fácilmente alcanzables en un corto o medio plazo, beneficiándose así de percibir un refuerzo más inmediato (Palys & Little, 1983).

Las metas junto con los valores personales, son los verdaderos resortes o guías en la vida, donde el bienestar individual variará tanto de uno como de otro, (Oishi, 2000) manteniéndose en aquellas dedicaciones que se le preste una verdadera importancia.

Otro aspecto destacable en la consecución de metas, es la predisposición optimista (Scheier & Carver, 1985) en el que tanto pensamientos, como una actitud positiva hacia el futuro, facilitarán los esfuerzos hacia los objetivos propuestos. Tal predisposición supondrá

la consecución, antes en los optimistas que en los pesimistas, de tal forma que un comportamiento optimista se encuentra relacionado con la percepción de control y el B.S (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

3.3.3. APORTACIONES QUE DESTACAN LA IMPLICACIÓN PERSONAL

Señalando las aportaciones de Csikszentmihalyi (1975, 1988, 1996, 1998) se considera que el sentimiento de bienestar se alcanza ante la labor bien hecha, donde se conjugan los desafíos de la tarea y de las habilidades personales. Así la felicidad se alcanza, cuando el esfuerzo físico y psíquico en tareas voluntarias han alcanzado su límite, habiendo conseguido algo difícil que merecía la pena.

En este sentido muchas de las experiencias que se han realizado con esfuerzo, pueden no haberse disfrutado en el momento que se hicieron, pero cuando se piensan en ellas, se recuerdan con verdadero placer, deseando volver a repetir tales sensaciones. Así, descubrir cómo disfrutar en los acontecimientos del día a día, es la mejor forma de adquirir control personal.

Este autor dedica un especial interés a lo que él denomina flujo de conciencia, entendiéndose como aquel estado de implicación en una tarea en el que difícilmente se puede igualar en interés e importancia con otras tareas, alcanzado así un verdadero estado óptimo que es desempeñado tanto en gente corriente, como en artistas, poetas y científicos.

El estado de flujo de una determinada experiencia, recordando el principio de Premack, se encuentra muy asociado al sentimiento que nos genera, así un sentimiento negativo asociado con una actividad, reduce la probabilidad de desempeñarla. Si por el contrario, la experiencia es positiva, percibiendo la habilidad en su desempeño, es muy probable que la acción se vuelva a repetir, facilitando así una mayor atención y aprendizaje. En este sentido, la perseverancia se mantiene más fácilmente si se encuentra asociada a un sentimiento agradable.

En un principio Csikszentmihalyi identificó cuatro componentes para la teoría de flujo, como: control, atención, curiosidad e interés, viéndose ampliada más tarde, entre otros, a una retroalimentación, objetivos, concentración, experiencia y equilibrio en las habilidades personales.

Para el desarrollo de estas habilidades, en la teoría de flujo convergen, por una parte, el desafío de la tarea, y por otra, el despliegue de habilidades para resolverla. De esta forma, Csikszentmihalyi & Csikszentmihalyi (1998) establecen un modelo de canales para la experiencia que se posee, en la que se relacionan distintos grados de desafío con un mayor o menor grado de habilidad. Así, un desafío moderado en relación a una baja habilidad, generarán experiencias de preocupación; una experiencia de control, se conseguiría ante un desafío moderado y una alta habilidad; y finalmente, la experiencia óptima o de flujo, se alcanzaría ante altos desafíos y elevadas habilidades.

Respecto a la experiencia de control no es la que hace disfrutar a las personas, sino el sentimiento de ejercerlo ante situaciones difíciles. Así, se experimenta control si realmente

se está dispuesto a abandonar la protección que se experimenta en las situaciones rutinarias, y si además se es capaz de influir en los resultados, sólo entonces, se podrá conocer si se tiene o no tal control.

De esta forma en tareas repetitivas, si no se aumenta el nivel de dificultad ni el de habilidad, se estaría ante un proceso de habituación generando experiencias de aburrimiento. Así las experiencias de flujo requieren de un adecuado equilibrio óptimo, entre los desafíos y las habilidades, donde las experiencias de ansiedad podrían responder a la percepción de desafíos elevados y escasas habilidades personales.

3.3.4. MOTIVACIÓN INTRÍNSECA

La Teoría de la Autodeterminación (TAD) propuesta por Deci & Ryan (1985) analiza el grado en el que la conducta se ejecuta mediante una decisión de voluntad firme y libremente adoptada. Asume por tanto, una tendencia innata en las personas que les lleva hacia el crecimiento psicológico mediante un continuo esfuerzo por dominar las circunstancias más adversas, integrando así, los aprendizajes y experiencias que son coherentes con su voluntad.

La evaluación cognitiva que se realiza de los acontecimientos, es considerada por los autores como una subteoría dentro de la TAD, enfocándose hacia las necesidades de autonomía y competencia. En relación a ésta, la teoría recoge el sentimiento que el individuo manifiesta respecto a ciertos dominios de su vida, de tal forma que cuando perciben que se ha elegido libremente, y además perciben cierto control sobre los dominios, aumentan su motivación intrínseca.

Según varios autores, la motivación intrínseca además de realizarse por placer e interés que suscita, se debe al valor conferido de las causas que lo producen (deCharms, 1968) emergiendo en ausencia de recompensas, por causas internas y de forma espontánea (Deci & Ryan *Ibíd.*).

El valor a las causas percibidas (Perceived Locus of Causality) se encuentra muy relacionado con el locus de control individual, donde para Deci & Ryan (*ibid.*) califican que la percepción de control tanto del entorno como interno, favorece la voluntad de desempeñar la acción, por el motivo que los sujetos perciben que “deben de hacerla”.

Esta motivación intrínseca se haya muy relacionada con la creatividad, entendiendo por creatividad, no sólo un producto novedoso, útil y valioso ante un problema (Amabile, 1982) sino también, y más acorde con la línea que se sigue, como una respuesta acertada ante situaciones de cambio, comprobando distintas posibilidades que garanticen un resultado útil y satisfactorio.

Una persona alcanza su motivación intrínseca, cuando busca el placer, el interés y satisfacer su curiosidad (Amabile 1993,1997), permitiéndole así aprender, para llevar a cabo esfuerzos en el cumplimiento de metas, donde una elevada motivación puede compensar una deficiencia en habilidades (Amabile, 1993).

3.4. CONCEPTO DE BIENESTAR SUBJETIVO

El B.S según Argyle (1993) supone la principal aportación de la psicología al estudio de la calidad de vida, donde propugna frente a los economistas del desarrollo (que miden calidad de vida en países en vías de desarrollo) que no es bueno hacer a las personas más ricas, si no van acompañadas también de felicidad.

Siguiendo a Diener & Diener (1995) las aportaciones teóricas del B.S se pueden englobar en tres clasificaciones: a) La primera supone que el bienestar responde a la valoración que el propio individuo hace de su vida en términos positivos, correspondiendo en definitiva a los sentimientos de satisfacción vital. En este sentido, Veenhoven (1984) señala la evaluación que se realiza entre aspiraciones y logros, emociones y estado de ánimo, calificando el B.S como el grado, o más bien, hasta qué punto la persona está a gusto con su vida. En esta misma línea Diener (2000) considera que el aspecto central del B.S es la evaluación que la persona realiza de su vida. b) La segunda establece una mayor preponderancia de los afectos positivos frente a los negativos y c) la tercera analiza la felicidad acorde con los planteamientos clásicos, como la virtud.

3.5. COMPONENTES DEL BIENESTAR SUBJETIVO.

La mayoría de autores coinciden con Diener, et. al. (1999) en que los componentes del BS son: afecto positivo, afecto negativo y satisfacción con la vida, en dominios de satisfacción con el trabajo, la familia, ocio, salud, ingresos, uno mismo y los demás.

Además de los anteriores Ryff (1989) y Ryff & Keyes (1995) los amplían añadiendo la adaptación, aceptación y crecimiento personal.

3.5.1. AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO

Existen autores que opinan que el término afecto no se encuentra realmente definido; sin embargo la línea que aquí se sigue, coincide con la adoptada por aquellos investigadores que la consideran como una emoción (Diener et. al. 1995) (Cacioppo et. al. 1999). Los estados de humor junto con las emociones, etiquetadas como afecto, suponen las evaluaciones personales que se realizan de los acontecimientos que suceden en la vida de las personas (Diener et. al. 1999), donde los afectos positivos y negativos son el aspecto principal de la experiencia afectiva (Watson & Tellegen 1985). Siguiendo a estos autores se podría indicar, que el afecto positivo sería reconocer el placer de vivir, o comprometerse de forma placentera con su entorno, y siguiendo a Diener (Ibid.), englobaría emociones como: alegría, euforia, satisfacción, orgullo, cariño, felicidad y éxtasis, mientras que el afecto negativo serían la: culpa, vergüenza, tristeza, ansiedad, preocupación, enfado, estrés, depresión y envidia.

Los estímulos considerados de recompensa tales como los placeres diarios, participación social, apoyo social (frecuencia, disponibilidad) y acontecimientos vitales positivos, se hayan relacionados con aquellas personas que poseen una saludable vida afectiva, o afectos positivos. Mientras los estímulos desagradables, como preocupaciones, ansiedad, deterioro de la salud y acontecimientos vitales negativos lo estaría con una vida carente de afecto, o

con afectos negativos. (Harding, 1982), (Stallings et. al. 1997) (Zautra & Reich, 1983). Este tipo de afecto, podría corresponderse con un tipo de atribución interna (correspondencia entre aspiraciones y logros, autoestima, etc) mientras que el afecto positivo, lo estaría con una atribución externa (satisfacción familiar, amigos, apoyo social, etc.) (Lawton, 1983) (Bryan & Veroff, 1984).

El afecto negativo en comparación con el positivo, se encuentra menos afectado por los factores de la situación y más influido por las características de la personalidad (Diener & Emmons, 1984). En este sentido las competencias individuales centradas en la extraversión, se asocian con el afecto positivo y el neuroticismo con el afecto negativo (Costa & McRae, 1980) (McRae, & Costa, 1991).

Siguiendo a Brian & Veroff (1982) el componente cognitivo en cuanto percepción y manejo que se realiza de los acontecimientos negativos, se relaciona con la competencia personal, en este sentido estos autores, proponen un mecanismo similar para las destrezas ante experiencias positivas, lo que supondría una importante aportación a la teoría del bienestar.

Respecto a los estudios que analizan el afecto y la edad, Mroczek y Kolarz (1998) comprobaron que el afecto positivo aumenta con la edad; sin embargo otros autores constatan una tendencia hacia la baja de este tipo de afectos. Las razones se podrían corresponder con una menor frecuencia e intensidad de los estados afectivos conforme los años pasan. Sin embargo las emociones que permanecen más estables a lo largo del tiempo, se corresponden con el afecto negativo y satisfacción vital (Diener & Lucas, 2000).

En estudios de sondeos de opinión realizados en grandes muestras representativas, se ha podido constatar que existe una mayor frecuencia en aquellos sujetos de mayor edad que informan sentirse muy felices (Inglehart, 1990)

3.5.2. SATISFACCIÓN

El B.S entre los factores que lo componen, incluye la satisfacción con la vida, sin olvidar la satisfacción que generan las propias posesiones y deseos materiales satisfechos. El grado de satisfacción atendiendo a Wilson (1967), dependerá de la realización personal, aspiraciones personales y nivel de adaptación, viéndose influenciada por valores personales, comparaciones con los demás y experiencias pasadas.

De la valoración subjetiva que Diener et. al. (1999) establecen como aspectos integrantes de la satisfacción vital, señalan los deseos de cambiar la vida, evaluar como los demás valoran nuestra vida, satisfacción con la vida actual, con el pasado y con el futuro. Esta dimensión temporal ya es señalada por Bryan y Veroff (1984) como un recurso que sirve para medir el cumplimiento de los objetivos y planes deseados, entre los que hay que señala los que se están llevando a cabo y los pendientes de alcanzar.

La satisfacción en la vida suele mantenerse estable a lo largo de esta, dependiendo en buena medida según las teorías de consecución de las metas, de la consecución de éstas, y careciendo de satisfacción cuando se fracasan en los proyectos. En este sentido, Palys y Little (1983) examinan que una continua satisfacción de proyectos en la vida a corto, medio y

largo plazo, produce la felicidad mediante la asunción de metas alcanzables y gratificaciones inmediatas.

En un estudio llevado a cabo con estudiantes universitarios, se pudo constatar que conforme se posee mayor satisfacción, se siente que se han alcanzado más objetivos en la vida y se esperan lograr aún más, y además, que las relaciones con familiares y amigos, constituyen recursos que generan una mayor satisfacción (Castro y Sánchez López, 2000).

En otro estudio llevado a cabo por Pomeranz, Saxon & Oishi (1998) comprobaron que aquellas personas que poseían un mayor número de metas que las que normalmente se corresponden, se asociaba con una mayor satisfacción vital, pero ésta, no estaba ausente de ciertos síntomas de ansiedad.

Aunque es difícil anular sensaciones de estrés o ansiedad en situaciones que requieren ciertos desafíos o dificultades, lo cierto es que tales sensaciones cuando se encuentran bajo control, impulsan actuaciones eficaces.

3.6. LA ADAPTACIÓN COMO COMPONENTE DEL BIENESTAR SUBJETIVO

La adaptación es un concepto importante para la investigación psicológica, pudiendo explicar su influencia sobre la felicidad, (Diener et al. 2006) y ser un componente central de las teorías del B.S (Helson, 1947).

Como componente central, la adaptación en situaciones de cambio puede alcanzarse cuando se aprenda a vivir con los cambios experimentados, empleando para ello un mayor esfuerzo tendente a una reestructuración cognitiva que asuma las consecuencias, para las cuales, se vuelven a ajustar nuevas metas y expectativas tendentes a conseguir el equilibrio. En este sentido, Jahoda (1958) establece que una adecuada adaptación a la realidad, se basa en una correcta percepción del ambiente.

Una adecuada adaptación y percepción del ambiente, en la que se manifiesten comportamientos flexibles ante circunstancias cambiantes, se desempeñarán mejor desde una base positiva que neutral (Diener & Diener (1995). Así, tanto ilusiones positivas, como humor positivo, se encuentran relacionadas con una adaptación adecuada y resultados favorables (Taylor & Armor, 1996) (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005).

Desde las contribuciones de Brickman & Campbell (1971) y Lucas (2003) las personas están destinadas a alcanzar estables niveles de bienestar, llegando a adaptarse hasta circunstancias extremas de la vida, tanto positivas como negativas. Tal es el caso de supervivientes de tragedias naturales y guerras, que llegan a reorganizar su vida y dedicarse a actividades lúdicas (Avia yVázquez, 2004).

Según lo anterior, es necesario llevar a cabo la habilidad de ser feliz en la vida como el aspecto fundamental para la adaptación, junto con una salud mental positiva. (Jahoda, 1958, Diener, 1984, Taylor & Brown, 1988).

3.7. BIENESTAR SUBJETIVO EN CUIDADORES

Aunque se han descrito diferencias entre cuidadores y no cuidadores en estrés, depresión, salud, autoeficacia y bienestar subjetivo, estas diferencias son medias o bajas (Cohen, 1992). Entre las explicaciones que se han vertido, Schultz, Newsom, Mittelmark, Burton & Hirsch (1997) argumentan, que existen un considerable número de cuidadores que presentan bajos niveles de carga y afectos no hostiles hacia el cuidado, experimentando gratificación y satisfacción (Lawton et. al. 1991).

En un reciente estudio llevado a cabo en cuidadores de enfermos con demencia por Dulin & Dominy (2008), encontraron que el afecto positivo correlacionaba con la Escala de Actitud de Ayuda (Nickell, 1998) levemente con evitación e inversamente con sentimientos de culpa, y que el afecto negativo, se asociaba de forma más marcada con evitación y sentimientos de culpa.

Diferencias significativas en el bienestar de los cuidadores, se han encontrado en aquellos que lo consideran como una actuación positiva y con sentido (Noonan & Tennstedt, 1997), y también un mayor bienestar, se asocia con estilos de afrontamiento centrados en el problema (Haley, Levine, Brown & Bartoluchi, 1987).

En otra muestra de cuidadores de enfermos con demencia, Lévesque, Cossette & Laurin (1995) encontraron que sentimientos positivos acerca del rol de cuidador, se asociaba negativamente con la frecuencia de comportamientos alterados del enfermo y positivamente con una regulación afectiva del cuidador. Por otra parte, el afecto positivo de los cuidadores también se asoció con esta regulación afectiva y con la satisfacción por el apoyo formal recibido. Sin embargo, sentimientos negativos acerca del rol de cuidador, covariaron con molestia y frecuencia de comportamientos alterados del enfermo.

Nuevamente respecto al rol del cuidador, un significado positivo se asoció con menor depresión y estrés, en comparación con aquellos cuidadores que no asignaban tal significado al rol (Farran et. al. 1997).

Aunque antes se ha hecho referencia al apoyo formal, tanto la ayuda recibida como percibida, influyen en el bienestar (Gottlieb, 1985) además, se ha constatado que recibir ayuda de los demás lo facilita (Friss & Kelly, 1995), como también comportamientos dirigidos a contactar y mantener redes de apoyo (Rapp, Shumaker, Schmidt, Naughton & Anderson, 1998).

En otro estudio llevado a cabo en cuidadores de enfermos con demencia, se halló que la cualidad y frecuencia en la satisfacción en la participación social del cuidador, correlacionaba negativamente con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; y positivamente con la escala de satisfacción en el cuidado, existiendo una alta correlación entre ésta y el afrontamiento centrado en el problema (Kramer, 1997b).

En una muestra de familiares de enfermos con demencia se encontró que la satisfacción predecía una mayor edad del cuidador y elevados niveles de apoyo emocional (Harwood, Barker, Ownby, Bravo, Agüero & Duara, 2000)

Como se ha visto, el afecto positivo no sólo se relaciona con el afrontamiento centrado en el problema, sino que además puede servir durante el cuidado para atenuar los efectos de la depresión y una débil salud física (Folkman & Moskowitz, 2000). Así, las emociones positivas, además de ser un indicador de la felicidad, mejoran el bienestar facilitando la solución de problemas (Fredrickson, 2001) (Fredrickson & Levinson, 1998).

Siguiendo a Montorio e Izal (1992), los criterios subjetivos de bienestar que consideran, son la felicidad, satisfacción con la vida y estado de ánimo.

4. VALORES

4.1. INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

Para Hoebel (1973) los valores son creencias profundas que determinan si las cosas o actos humanos son buenos, y, por tanto, aspirarse, o malos, y rechazarse; aunque para determinar qué valores aceptar y cuáles no, es necesario disponer de “un saber” que facilite elegir las mejores opciones que guíen hacia alcanzar el bien.

Jaeger (1957), citando el Menón de Platón, señala que ninguno de los bienes tan anhelados por el hombre como la salud, riqueza y poder, suponen en sí un verdadero bien para el ser humano, si no van acompañados por el conocimiento y la razón. El saber, como esencia de la virtud (en el que para Sócrates se adquiría con la práctica y no podía enseñarse, como refleja en el Protágoras), supone la verdadera frónesis (ver cap. IV) que nos facilita elegir entre cuales son los bienes verdaderos y cuales los falsos. Este saber elegir, como verdadero saber, es lo único que interesa alcanzar en la vida, como declararía Platón en la República.

Mediante este saber, se podría adquirir lo que en la cultura griega se conocía como areté; la cual, como conocimiento de la virtud y fin para todos los actos, representaba una verdadera meta en la vida, que no surgía por casualidad, sino como resultado de una acción dirigida hacia un arte.

El término areté dentro de la cultura griega, adquiere distintas connotaciones conforme la sociedad va evolucionando, alcanzando unos conceptos mucho más elevados que los que hoy día se aprecian. Se trae aquí tal relación, por las continuas referencias que Jaeger (Ibíd..) se refiere a la areté como valor y por coincidir con muchas de las características que hoy se describen de los valores.

El pensamiento de Sócrates nos revela como algo nuevo el descubrimiento del mundo interior, describiendo la areté como un verdadero valor espiritual. Este valor constituye en sí un medio para defenderse a sí mismo, e insiste el filósofo, en el cumplimiento de una filosofía que, finalmente, viene en ayuda del hombre, donde la verdadera areté supone la salud del alma.

De la excelencia humana que Homero ensalzaría en la nobleza, a una areté ciudadana o virtud cívica, tanto Jenófanes como Platón, consideraban la areté como: valor (valentía),

prudencia, justicia y sabiduría, debiéndose mantener como una necesaria fuerza educadora para la ciudad.

La esencia de la areté socrática según Jaeger (Ibíd.), es ese saber sobre las ideas y conocimiento de los valores superiores sobre lo bueno y lo justo, teniendo la fuerza suficiente para encauzar la voluntad.

4.2. CONCEPTO DE VALOR.

Uno de los principales problemas que se enfrenta el investigador a la hora de estudiar los valores, es la variabilidad de definiciones que existen al respecto, estando muy influenciadas por la disciplina de la que se parta. En nuestro caso partimos de marco psicológico, incluyendo algunas aportaciones provenientes de la filosofía y sociología.

Las contribuciones teóricas de Allport, Vernon y Kluckhohn –entre otros- influyeron a Rokeach a formular y operativizar sus aportaciones a la psicología de los valores. Estos autores junto con Levy & Guttman, Maslow y Rokeach, también entre otros, aportaron sus definiciones para que Schwartz & Bilsky (1987) definieran el valor como: el concepto o creencia que posee un individuo sobre un objetivo (terminal e instrumental) transituacional, que expresa intereses (individuales, colectivos, o bien ambos) que conciernen a un dominio o área motivacional y que es evaluado en un rango de importancia (muy importante, sin importancia) como principio rector de su vida. Las conclusiones que se extraen de tal definición son las siguientes: a) concepto o creencia b) estados deseables finales o comportamientos deseables c) trasciende a situaciones específicas d) sirve de guía, selección y evalúa comportamientos y eventos e) y, por último, se encuentran ordenados por su importancia relativa.

Debido a que estas características son el resultado de tradiciones teóricas, según algunos de los autores mencionados, nosotros la adoptaremos para la exposición del tema, e incluir algunas aportaciones más recientes.

4.3. CONCEPTO DE CREENCIA

Siguiendo a Rokeach (1960, 1973), el sistema de creencias del sujeto lo estructura – podríamos decir- mediante un sistema central, el cual se encuentra formado por un núcleo de creencias resistentes al cambio y otras más variables y específicas. Éstas se encontrarían en un sistema más periférico y compondrían un sistema de creencias funcionalmente interconectado.

Continuando con esta estructura, los valores son esquemas, estructuras bien organizadas de cogniciones sobre alguna entidad social, tales como personas, grupos o eventos (Michener, Delameter & Myers, 2004), constituyendo una representación cognitiva que se utiliza como referencia en la relación con los demás (Garzón y Garcés, 1989).

Tras las aportaciones de Rokeach, los valores adquirieron un lugar preeminente dentro de la Psicología Social, destacando tanto la creencia personal, como las influencias morales del contexto en el que se desenvuelven. Los valores, por tanto, en continua relación con

otras estructuras cognitivas, se sitúan en el nivel que permite establecer representaciones simbólicas de aquello que se logra aspirar.

Aspiraciones de necesidades finales, que más que guiados por un componente motivacional, son las interpretaciones de las circunstancias que rodean al individuo las que llevan a la acción, más que a la emoción (Williams, 1979). En este sentido se ha puesto de manifiesto, la relación existente entre la mayor o menor importancia conferida a los valores y la percepción y toma de decisiones (Ravlin & Meglino 1987). Aunque Lyndon & Zanna (1990) consideran que la motivación se halla relacionada con los valores y con el compromiso adquirido ante situaciones adversas.

Aspectos motivacionales como el autoconcepto positivo, se han señalado como influyentes en la adquisición y mantenimiento en las prioridades conferidas a los valores, sobre todo, al percibir como propias las demandas sociales de acciones inherentes a un determinado rol (Rokeach, 1979).

Continuando con las aportaciones de Rokeach, (1973) los valores poseen una importante valoración afectiva que no procede de decisiones razonadas, lo que hace que sirvan de guía ante comportamientos orientados hacia un fin.

Comportamientos de guía en los que, ante la creencia y manifestación de valores confrontados, existe la tendencia de modificar la prioridad de éstos, con el fin de mantener la coherencia con la conducta desempeñada y alcanzar un autoconcepto positivo (Ball-Rokeach, Rokeach & Grube, 1984); en este mismo sentido Festinger, desde su enfoque cognitivo-emocional, ya se refería a esto, como la forma de restablecer el equilibrio en las propias creencias.

4.4. ESTADOS DESEABLES FINALES O COMPORTAMIENTOS DESEABLES

El valor, como ya se indicó en el apartado anterior, es una creencia duradera en relación a algo deseable, que hace preferible una conducta determinada o un estado final de existencia (Rokeach, 1973).

Captando la idea que los antiguos griegos tenían en cuanto fin de todos los actos, sugiere por sí misma un anhelo con un marcado carácter de obligatoriedad, o mejor dicho, una imposición moral y ética que se encuentra presente a través de las distintas culturas de la evolución humana.

Tal norma moral u obligatoriedad percibida, hará que el valor goce de una menor o mayor prioridad, siendo en ésta, cuando realmente adquiere el verdadero estatus de valor, cuando es realmente importante para el sujeto y emplea todos los mecanismos cognitivos, emocionales y conductuales para aproximarse.

Un estado final cuya preferencia comporta elegir un modo de vivir la vida, como valor supremo, pudiéndose mantener estable a través de las distintas etapas del ciclo vital.

Hablar de las creencias que una persona puede tener respecto a los valores, supone hacer referencia a los valores instrumentales y valores terminales. Una vez más, tomando las aportaciones de Rokeach (1973, 1982) los describe como sigue:

1) Valores instrumentales. Considerados como un modo deseable de conducta. El valor entendido como la elección de un comportamiento deseable, hace referencia a la manera de ser, y constituye, aquellas conductas necesarias para llevar a cabo el cumplimiento de las metas propuestas. Este tipo de valores desencadenan un componente motivacional al percibirse modos idealizados de comportamiento. Los valores instrumentales se pueden subdividir en: morales, refiriéndose expresamente a los modos de conducta (amor, responsabilidad) y en valores de competencia, en cuanto generan valoraciones de valía personal.

2) Valores terminales. Son aquellos que se perciben como una meta u objetivo deseable para la vida, suponiendo un modo ideal de existencia humana que utiliza los valores instrumentales para cumplir sus fines. Dado el énfasis motivacional que Rokeach asigna a su teoría, señala que los valores finalistas son motivadores, ya que suponen para el sujeto representaciones que van más allá de la solución inmediata. Estos valores se dividen en personales y sociales.

Tanto unos valores como otros, se podría decir que llevan anexos comportamientos de lucha, reivindicación, o de liberación, persiguiendo el fin supremo de alcanzar una vida digna, tanto para uno, como para los demás, liberando al individuo del sufrimiento y alcanzando una existencia de bienestar, entendiendo así que es bueno para el hombre.

4.5. TRANSCIENDEN A SITUACIONES ESPECÍFICAS

La representación simbólica que se extrae de la realidad y el afán del ser humano de transformarla, lleva a que trascienda tanto a un nivel intra o interpersonal o bien a ambos. Así, Schwartz & Bilsky (1990), destacando el carácter positivo de los valores, consideran que toda persona que ponga en práctica comportamientos para alcanzar una meta, debe preguntarse, ¿a quien beneficiará?, identificando con la respuesta si el interés se orienta hacia uno mismo (interés individualista), los demás (interés colectivista) o se busca el beneficio para ambos (interés mixto).

En cuanto al interés individualista podemos subrayar las aportaciones de Moradillo (1993), quien califica el valor como una realidad moral del hombre, necesitado de un código de valores para conseguir su realización, donde toda preferencia se elige en orden a alcanzar el desarrollo personal. Tal preferencia se debe elegir en aras a la plena realización, y si no contribuye a ello, supondrá un contravalor. El valor, por tanto, se considera valioso en cuanto contribuye al crecimiento personal.

Respecto a los valores prosociales se ha estudiado mucho su relación con el interés personal que persiguen. De esta forma, Schwartz & Bilsky (1987) estiman que la afiliación y pertenencia grupal, deben ser transformados en valores pro-sociales, contribuyendo así a la construcción de un sistema moral que se expresa mediante valores como: benevolencia,

amabilidad, amor o altruismo. Para Batson, Griffit, Barrientos, Brand & Sprengelmeyer (1989) los valores se llevan a cabo por motivos egoístas (hedonismo y reducción de la excitación) y altruistas (empatía).

En cuanto interés colectivista, con el mismo carácter de obligatoriedad que antes se hablaba, los seres humanos estamos comprometidos a reconocernos como tales y a vivir los valores humanistas frente a los individualistas.

El hombre por tanto orienta su libertad a favor de la comunidad, decidiendo qué valores desempeñar y teniendo en cuenta las necesidades e intereses de ésta, donde el valor dentro de la sociedad carecería de valor, si no se vive frente a los demás y para los demás (Moradillo, *íbid.*).

4.6. SIRVE DE GUÍA Y EVALÚA COMPORTAMIENTOS

Schwartz (2004) contempla los valores y la acción que guía el comportamiento hacia un objetivo, a través de cuatro procesos: a) deben ser activados, b) son motivadores, c) se eligen unas acciones sobre otras, d) e influyen en la planificación de la acción cuando están activados.

Los valores, en tanto creencia personal, actúan como norma para guiar la conducta (Taylor, 1989), y tal norma o principio normativo, regula el comportamiento ante distintas situaciones y momentos (Coll, 1985).

Situaciones que dependiendo de la importancia asignada al valor, pueden suponer seguirse, incluso a pesar de los obstáculos y circunstancias cambiantes de la vida. Los valores, por tanto, permiten servir de medida para evaluar comportamientos acordes o no con unas normas morales, permitiendo establecer comparaciones individuales, en grupos, sociedades y a través del tiempo.

4.7. ORDENADOS POR SU IMPORTANCIA.

Los valores, en cuanto bien, recogen las preferencias individuales y grupales, eligiéndose los valores superiores frente a los inferiores. Tal preferencia, en virtud de la importancia asignada, sirve de sustento para interpretar la realidad y afrontar el día a día.

Referente a la prioridad de los valores y según su valoración jerárquica que se posea, servirá de guía para dirigir la atención. Dado que el número de valores que se posee es limitado, ello no impide que se puedan producir innumerables combinaciones entre ellos. Así, comparando un valor respecto a otro, se establece una prioridad como resultado de un proceso mental, dirigiendo comparaciones pareadas en el momento, más que una evaluación de importancia en términos absolutos (Rokeach & Ball-Rokeach, 1989).

Continuando con las aportaciones de Rokeach referente a la importancia de los valores, indica que las personas, con independencia de su procedencia cultural, poseen los mismos valores, donde la diferencia estará en la importancia que cada cultura les asigne. Valores

de igualdad y libertad pueden indicar la ideología de individuos o grupos, en base a la importancia dada (Garzón y Garcés, 1989).

5. CONTROL PERCIBIDO

Los sentimientos de control desde un enfoque de la sociabilidad, constituyen una de las mayores capacidades de la inteligencia humana, consistiendo en un repertorio de habilidades sociales y cognitivas, que facilitan la autorregulación del comportamiento, y además, que la persona perciba y actúe controlando la situación (Declerck, Boonea & Brabandera, 2006).

Entre las primeras aportaciones al constructo de control, Rotter (1954), desde su perspectiva de la teoría de aprendizaje social, considera que el potencial para que una persona realice una conducta en una situación dada, es función: por una parte, de la expectativa que esta conducta conducirá a unas consecuencias, y por otra, del valor conferido a estas consecuencias. Tal perspectiva, se basa en los factores directos y anticipatorios de la acción del sujeto, conocidos como modelos de expectativa-valor (Atkinson, 1957) (Vroom, 1964) (Fishbein, 1963, 1967) que consideran la acción, como medida que responde a un propósito funcional.

Entre los paradigmas que recogen las aportaciones del estudio de control, se pueden citar los cuatro siguientes (Thompson & Collins, 1995) (Shapiro, Schwartz & Astin, 1996):

- 1) Como se ha indicado, basado en la teoría del aprendizaje social, Rotter (1966) basa sus estudios en las creencias que el sujeto posee respecto a la situación, donde los resultados se corresponden de forma dependiente o independiente con las actuaciones del individuo, sirviendo así para ubicar el control dentro o fuera de éste.
- 2) Influidos por la teoría de la Indefensión aprendida de Seligman, se destaca la importancia de los resultados como consecuencia de la conducta, asignando un importante papel al control objetivo y percibido.
- 3) Basándose en el concepto de autoeficacia, Bandura (1977) dentro de su teoría Cognitivo-Social, resalta la percepción que el individuo posee para realizar una determinada acción, llamándole percepción de control.
- 4) La percepción de control dentro del modelo de Folkman, (1984) se considera como la interpretación que se realiza de un contexto dado (evaluación primaria) en el que se ponen en juego los recursos disponibles (evaluación secundaria).

Siguiendo a Skinner (1996) el control se refiere, por una parte, a la acción intencionada del sujeto, que produce tanto resultados deseados como un desarrollo favorable, y por otra, a la prevención o evitación de consecuencias emocionales no deseadas.

Según esta autora, con la acción del sujeto se produce un control final, donde los resultados deseables se obtienen como consecuencia de la percepción y esfuerzo realizado.

Tales resultados han sido explicados por los cambios en el entorno y a las demandas del individuo, siendo consecuencia de la representación que se tiene para modificar o regular las propias emociones y comportamientos (Rothbaum, 1982, Baltes & Baltes, 1990 citados en Skinner *íbid.*). En este sentido los efectos emocionales y conductuales cuando se percibe que el control puede ser posible, la actuación del sujeto se orienta hacia acciones como mantener el optimismo e interés, resolver problemas y persistir hacia los fines propuestos. Contrariamente, cuando la percepción es incontrolable, se produce temor, pesimismo, evitación y justificar la inactividad o pasividad.

Entre las posibilidades de ejercer control, Averill (1973) distinguió entre:

- 1) Control conductual. En condiciones de amenaza, es entendida como la posibilidad de llevar a cabo acciones que modifiquen las situaciones objetivas del entorno.
- 2) Control cognitivo. Reinterpretar la evaluación que se obtiene de la amenaza, con el fin de hacerla más manejable.
- 3) Control de decisiones. Implica la posibilidad de elegir entre distintas alternativas.

5.1. DEFINICIONES QUE DESTACAN EL CARÁCTER SUBJETIVO DEL CONTROL

Señalando al sujeto como elemento principal de la acción, lo que resulta destacable es la interpretación que obtiene de la realidad, sus creencias entre su acción y entre los medios y resultados, pudiendo coincidir o no con la realidad objetiva.

Rotter (*íbid.*) en referencia a las creencias de control externo, lo sitúa en la interpretación que se encuentra en circunstancias impredecibles, o en personas con poder; sin embargo, respecto al control interno, se refiere a la percepción de que las circunstancias, son contingentes a las características permanentes del comportamiento.

Una importante distinción dentro del control subjetivo, es conocer si se refiere al pasado, presente o futuro. Así, las interpretaciones referentes al pasado, hacen alusión a un control retrospectivo, siendo usado para interpretar las causas y las consecuencias mediante explicaciones y atribuciones. En referencia al presente, se señala los procesos mentales y representaciones que entran en juego para atribuir la acción y los resultados. Y respecto al futuro, se orienta hacia la prevención, control anticipatorio y expectativas de control, en el que Bandura se ha referido a comportamientos de autoeficacia en dominios específicos (Skinner, *íbid.*).

La autoeficacia, en cuanto creencia de control sobre el contexto, es considerada como una consecuencia de la conducta manifiesta, que es conocida también, como competencia personal percibida. Esta competencia se caracteriza, por la atribución que se confiere a las propias potencialidades y por la creencia de control sobre los estímulos ambientales (Fernández Castro et. al. 1998).

Así, ante tales estímulos se ha señalado, que el control supone la creencia en las propias capacidades para influir ante la adversidad de las circunstancias (Thompson, 1981).

5.2. UNIFICACIÓN DE CONCEPTOS

Siguiendo a Skinner, (íbid.) en el proceso de madurez a lo largo del ciclo vital, se manifiestan diferencias individuales respecto al control percibido, el cual, se ha relacionado con: persistencia, autoestima, optimismo, motivación, etc. Tal control se ha caracterizado por la asignación de distintas denominaciones y enfoques, como: sentido de control, locus de control, control predictivo, etc. todos ellos muy relacionados con la eficacia, indefensión y competencia.

Tal variedad de términos en el que un mismo constructo se define de distintas formas y un mismo concepto o definición, designa diferentes constructos, supone un cierto “desorden” a la hora de unificar y estudiar el término, así, con el fin de establecer una cierta estructura y clasificación, la citada autora establece los siguientes criterios:

- 1) Agentes, medios y fines de control.- El agente es el causante de la acción que se lleva a cabo, y para ello, utilizará unos medios para ejercer control e intentar obtener unos resultados.
- 2) Control retrospectivo y control prospectivo.- El primero se refiere a la creencia de causas ocurridas en el pasado y el segundo a la percepción de que determinados acontecimientos venideros, se pueden afrontar mediante las propias capacidades.
- 3) Control específico y general.- El específico indica las opiniones que se poseen acerca del control en determinados ambientes, tales como: el trabajo, colegio, salud y relaciones con los demás. El control general, subraya las creencias de control en aspectos generales de la vida.

5.3. DEFINICIONES DE CONTROL PERCIBIDO

Siguiendo a Avia y Vázquez (1998), el interés por ejercer control, constituye una de las principales necesidades que se ve apoyada por la psicología científica, donde el afán por conocer y predecir lo que pueda suceder, orienta hacia la necesidad de ejercer control sobre el entorno.

Una necesidad, que según la importancia que se confiera a la situación, puede orientar la conducta hacia un afrontamiento de evitación o lucha. Así, en ésta, como sugiere Skinner (íbid.), se dirigen acciones hacia la búsqueda de información, de oportunidades, e incluso disfrutar durante el proceso para conseguir consecuencias deseables.

La importancia a tales consecuencias, como antes se aludía, puede ser valorada de forma moderada o grave, siendo de estas formas cuando el control percibido resulta más eficaz, frente a circunstancias que supongan pequeños contratiempos (Helgeson, 1992),

Tal hallazgo coincide con las aportaciones de Seligman (1986), que señala que ante percepciones de control, en las que se estima que se puede hacer algo, movilizan al individuo a emprender acciones hacia su consecución. Y para Lazarus (1983) la eficacia del afrontamiento, dependerá de la percepción controlable de la situación.

Así, el resultado obtenido tras valorar la importancia entre ejercer una acción sobre el medio y los resultados esperados, es lo que conlleva a tomar una decisión. En este sentido, Rodin (1990) considera el control percibido como las expectativas que se poseen para participar en la toma de decisiones, con el fin de poder obtener tanto unas consecuencias deseables, como un sentido de competencia personal.

Finalmente, el control percibido constituye uno de los predictores más potentes para ejercer control, (Averill, *íbid.*) suponiendo tal representación, la capacidad para alterar las circunstancias del entorno (Burger, 1989).

5.4. CONTROL PERCIBIDO EN CUIDADORES

Según la teoría expuesta, los sujetos que creen tener la posibilidad de modificar su entorno obtienen resultados más positivos. Así se ha argumentado, que tal posibilidad reduce los efectos negativos en situaciones de estrés (Glass & Singer, 1972), estrés diario (Langer & Rodin, 1976) y en el ámbito laboral (Kobasa, 1985).

En el cuidado de personas, Pearlin, Mullan, Semple & Skaff (1990), se refieren, entre otros aspectos, a la experiencia adquirida como un mediador dentro de los procesos de estrés, considerándolo como la capacidad para prevenir o disminuir sus efectos. Tal prevención y experiencia que los cuidadores muestran en el cuidado, junto con sentimientos de seguridad, confianza y competencia personal, ocasionan juicios personales sobre un control eficaz en el entorno del cuidado de mayores dependientes.

Un cuidado de personas mayores, en el que la mayoría de los cuidadores necesitan ser cuidados por razones de su avanzada edad, deterioro de la salud y reducción de la capacidad funcional, factores que deben influir en sus experiencias de control (Langer, 1983)

Entre los estudios que se han llevado a cabo con cuidadores de enfermos con demencia, se ha comprobado como una ausencia de control percibido, se asocia con estrés y depresión (Morris, Morris & Britton, 1989). En esta línea, Wallhagen (1993) halló que existía una relación directa con depresión e indirecta con síntomas subjetivos de estrés. Otras investigaciones encontraron como una percepción incontrolable, en cuidadores de enfermos con Alzheimer, predecía una depresión posterior (Pagel, Becker & Coppel, 1985)

Respecto a la edad del cuidador, en un estudio realizado en nuestro país con esposas e hijas de enfermos con demencia, se encontró que la menor edad de las cuidadoras se correlacionaba de forma próxima a la significación estadística, con el autocontrol (Artaso, Goñi, Biurrun, 2001-2002).

Según las aportaciones de Rodin, Timko & Harris (1985), estudios de control percibido en personas mayores fracasan en apoyar evidencias, aportando resultados que se mantienen, disminuyen o aumentan con la edad.

En la investigación ya citada de Pagel (Íbid), realizada en cónyuges que cuidaban a enfermos con Alzheimer, se evaluaron dentro del control percibido y como emociones molestas, el comportamiento impredecible del enfermo y las consecuencias de la enfermedad en la vida del cuidador, resultando relacionadas con la depresión y no con ansiedad.

Respecto a los estudios que han aportado resultados entre bienestar y control, se encuentran aquellos que consideran a éste como un importante predictor de bienestar físico y mental (Fiori, Brown, Cortina & Antonucci, 2006), (Brown & Jackson, 2004). Así en palabras de Skinner, (1996) la percepción de control tiene un poderoso impacto sobre el bienestar físico y psicológico, cuya explicación se podría deber al deseo innato de mostrar cierta eficacia en el entorno, en el que gracias a la experiencia adquirida, se buscan consecuencias deseables y se previenen las no deseadas.

El control percibido se ha relacionado directamente con satisfacción vital (Wallhagen, 1993) y se encuentra fuertemente influenciado en las habilidades de los cuidadores de enfermos con demencia para manejar el estrés y la carga (Wallhagen & Kagan, 1993), (Harris, 1993). Este último autor, en un estudio de cuidadores masculinos cuyos cónyuges padecían Alzheimer, halló la habilidad para tomar decisiones, como un resultado de control sobre el rol de cuidado.

6. RESILIENCIA

El término resiliencia, proviene del latín (*resilire*) e indica elasticidad, volver a la posición original, rebotar, etc.. Vocablo utilizado además en física, para referirse a la capacidad que tienen los cuerpos para capturar la forma original después de haber sido sometidos a presión.

Respecto a los antecedentes históricos, un acercamiento al comportamiento que hoy llamamos resiliente, que ofrecía una práctica moral para conducirse hacia la felicidad y liberarse de la angustia, podría ser la corriente filosófica Cínica (450 a.C) que tuvo su origen en la muy comentada decadencia de la polis del período helenístico. Este período facilitó que cada individuo tendiera a asegurarse su propia felicidad, en un mundo expuesto a los caprichos de la diosa Fortuna (Tyché), causante de lo accidental y toda clase de reveses. La lucha ante tales designios del destino, considerados como estímulos para el esfuerzo moral, suponía tomar como referencia a modelos humanos para alcanzar la felicidad, como la imperturbabilidad y fortaleza de un Sócrates, estableciendo así, pautas de comportamiento como el autodominio, autosuficiencia y confianza en su propio esfuerzo. Finalmente, se podría decir que el afrontamiento ante los reveses de la vida de los cínicos, cambió a partir de Bión Borístenes (335-245 a.C) aceptando a partir de ahora lo que la diosa les enviara, como directora de una comedia humana a quien hay que obedecer y quien reparte a cada uno su papel en la vida (Branch & Goulet, 2000) (García & Imaz, 1986).

El estudio de la resiliencia surgió centrado en el concepto de enfermedad, cambiando de orientación hacia la promoción del bienestar (Richardson, 2002). Dentro de la literatura psicológica se destacó la importancia y reconocimiento hacia los factores protectores, como elementos que sirven de apoyo recíproco entre el ambiente y la persona, destacando la motivación y esfuerzo de ésta.

En este sentido, numerosos investigadores señalan que reforzar las anomalías y carencias personales, puede inhibir al sujeto a tomar decisiones y potenciar la inseguridad personal por falta de autonomía.

Aunque aún no existe un fundamento teórico explícito, hay que valorar el apoyo empírico aportado que destaca las características personales ante acontecimientos adversos en la vida (Richardson, 2002). Todo ello, entendiéndose desde un origen multicausal en los que hay que considerar factores: cognitivos (inteligencia, habilidades sociales), sociales (pertenencia grupal, apoyo social y familiar), (Rutter, 2006) culturales (en cuanto al conocimiento de normas y tradiciones con el fin de ser aceptado), genéticos, biológicos (Hamer, 2002), y psicobiológicos, donde los mecanismos neuronales presentes en la motivación, miedo y adaptación social, se hallan asociados con la resiliencia en situaciones de estrés extremo (Charney, 2004).

6.1. CONCEPTO DE RESILIENCIA

Los modelos que han guiado las investigaciones en resiliencia siguiendo a Luthar (1999) se pueden agrupar en tres: El primero, el modelo de estructura triádica, donde considera factores protectores al propio individuo, la comunidad y a la familia. El segundo, el modelo ecológico-transaccional desarrollado por Cicchetti y Lynch, enfatiza el importante papel del contexto en la adaptación individual. Y una tercera perspectiva desarrollada por Schneider-Rosen y también por Cicchetti, es la estructura-organizacional, que señala el papel continuado en el esfuerzo, desarrollo y adquisición de competencias a través del tiempo

Este desarrollo y esfuerzo se pudo comprobar en un estudio longitudinal realizado por Werner & Smith (1982) durante treinta y dos años, quienes pusieron de manifiesto, en una muestra de sujetos representados por una extrema pobreza, que, a pesar de las circunstancias de riesgo psicológico y social a la que estaban expuestos, se comprobó que la mayoría conseguía sobreponerse a tales circunstancias, adaptándose positivamente sin padecer los riesgos previstos.

Se puede decir por tanto que para que la conducta sea resiliente, debe emerger desde situaciones contradictorias para el individuo, donde sea necesario establecer una serie de comportamientos tendentes a vencer la adversidad, siendo en este esfuerzo, donde radica tal actitud.

La resiliencia, por tanto, denota que una persona ha hecho frente, ha podido vencer, o ha resistido ante severos problemas (Glantz & Sloboda, 1999) referidos siempre a ámbitos de actuación o dominios concretos.

Las conductas resilientes responden anticipándose y sobreponiéndose ante la adversidad, manteniendo la calma por una parte y promoviendo el crecimiento personal por otra (Grotberg, 1995) en una situación en la que el desarrollo personal se ve amenazado (Masten & Coatsworth, 1998). No obstante, hay que tener en cuenta que los individuos son resilientes a algunas situaciones de riesgo, pero no a otras, y en este mismo sentido, lo son respecto a algunos resultados, pero no a todos (Rutter, 2007).

Las definiciones que señalan la resiliencia como una capacidad individual, destacan: capacidad para continuar o mantener la existencia ante situaciones inesperadas (Longstaff, 2005), capacidad para recobrar o ajustarse fácilmente ante la adversidad (Brown & Kulig, 1997), capacidad para encontrar recursos y fuerzas desconocidas para un afrontamiento eficaz (Ganor & Ben-Lavy 2003) y la capacidad para recobrar y mantener un comportamiento adaptativo (Garmezy, 1991).

Según lo anterior, la resiliencia debe ser tenida en cuenta como un elemento en continua interacción, que depende de factores personales, sociales y familiares, donde gracias a su carácter multidimensional, varía según el contexto, origen cultural, ciclo vital, género, etc.

6.2. RECURSOS PERSONALES EN LA RESILIENCIA

La resiliencia es un factor que protege al individuo ante desórdenes psicóticos, cuyos individuos desempeñan habilidades en la solución de problemas, poseen autoestima y mantienen relaciones interpersonales satisfactorias (Rutter, 1987).

Considerada como un factor que media en el proceso interactivo que se produce entre el individuo y el ambiente, a continuación se describen los recursos personales que se han relacionado con la resiliencia.

- 1) Motivaciones intrínsecas.- Corresponden al valor de las creencias individuales que sirven para guiar los esfuerzos.
- 2) Propósito en la vida. Tener una causa por la que vivir o luchar, es lo que motiva a mantener un comportamiento que impulsa a seguir hacia adelante.

Como se ha sugerido, las decisiones conscientes para adoptar una causa como propia, suponen una implicación personal responsable que confiere un cierto valor de control sobre lo que se está haciendo, frente a adoptar predisposiciones de vulnerabilidad o indefensión, cuya defensa en muchos casos, indican adoptar una actitud en continua justificación ante demandas sociales que requieren un mayor esfuerzo.

Según las decisiones conscientes anteriores, se han descrito investigaciones en prisioneros de guerra, donde la característica principal de la resiliencia, era ayudar a los otros como un verdadero propósito en la vida (Segal, 1986)

- 3) Locus de control.- Se halla muy relacionado con las aspiraciones personales y el establecimiento de planes, en el que para Luthar (1991), el locus de control in-

terno es creencia de control en la propia vida y para Rotter (1954), la percepción de ser capaz de influir en el ambiente y en el futuro.

La creencia de control, por tanto, en las circunstancias que acaecen en la propia vida, se considera un factor protector ante desórdenes de estrés postraumático (Hoge et. al. 2007). Así se han realizado estudios que han aportado interesantes datos en condiciones estresantes de la guerra, como experiencias de soldados (King, et.al. 1999), niños relatando acontecimientos bélicos (Kuterovac-Jagodic, 2003) y en mujeres antes y después del parto (Soet et. al. 2003).

Tal creencia debe influir en la persona a realizar continuos intentos para la consecución de planes personales, donde, ante circunstancias adversas, supondría un comportamiento perseverante.

4) Perseverancia.- Frente a la vulnerabilidad, la perseverancia indica, por una parte, tomar una firme decisión y, por otra, ser consecuente con ésta, en cuanto a mantener pensamientos y comportamientos constantes en el tiempo, a pesar de los obstáculos que puedan aparecer. Se podría definir por tanto, como la capacidad para continuar a pesar de la adversidad (Wagnild & Young, 1993). Bandura (1989) destaca el estilo cognitivo en individuos resilientes, como un continuo procesamiento perseverante ante la capacidad de planificar y llevar a cabo acciones.

5) Inteligencia. La inteligencia es uno de los mayores factores protectores (Garmezy & Masten, 1991) que ayudan a amortiguar o reducir el estrés (Masten & Coatsworth, 1998). Las habilidades cognitivas a la hora de planificar y de afrontar situaciones, han sido relacionadas con la resiliencia en situaciones de alto riesgo (Anthony 1987), (Garmezy, 1985). También se han hallado relaciones con habilidades conductuales en solución de problemas y habilidades comunicativas (Garmezy & Masten, 1986).

La capacidad para pensar junto con la habilidad para prever las consecuencias en circunstancias de cambio, es uno de los principales recursos inteligentemente utilizados para paliar o anticipar resultados futuros.

Tusaie & Dyer (2004) destacan que el potencial de la resiliencia, en la interacción persona-ambiente, tiene que ver con características intrapersonales como optimismo e inteligencia, incluyendo en ésta la inteligencia emocional, creatividad y el humor. Respecto a las habilidades sociales, se ha comprobado que son las que más influyen en un resultado resiliente, (Luthar, 1991) constituyendo el mejor protector contra una mala adaptación (Werner & Smith, 2001).

6) Empatía.- Relacionado con la inteligencia social, la regulación emocional (como ya se ha enunciado) supone el manejo tanto de las propias emociones como la de los demás; así, como el conocimiento emocional en éstos. La empatía sería por tanto, una comunicación emocional establecida entre individuos que comparten intereses comunes, facilitando así las relaciones sociales. Empatizar es comprender

la experiencia, intenciones y puntos de vista de los demás, sin dejar de ser uno mismo.

Muchos estudios han destacado en personas resilientes comportamientos prosociales y empatía en circunstancias estresantes (Friborg et. al. 2003, 2005).

Considerada como una característica de la personalidad que modera los efectos del estrés y promueve la conducta adaptativa, otros autores, han destacado los siguientes elementos: Ecuanimidad, en cuanto al equilibrio ante perspectivas de la vida, sentido de propósito en la vida, aceptación de la propia vida y autoconfianza (Wagnild & Young, 1993) (Wagnild,2003); otros consideran: tenacidad, competencia, tolerancia a los afectos negativos y aceptación positiva al cambio (Connor & Davidson, 2003).

Entre algunos de los recursos personales asociados con la resiliencia, se señalan: la habilidad a la hora de planificar acciones (Rutter, 1985,1987), habilidades cognitivas o inteligencia (Garmezy et. al. 1984) (Cerner, 1989) y tolerancia ante los afectos negativos (Lyons, 1991).

6.3. FACTORES PROTECTORES

Como se ha sugerido, la exposición a eventos estresantes está asociada a comportamientos disruptivos; sin embargo, aunque tal relación se encuentra muy documentada, es conveniente empezar a considerar otras variables que pueden moderar o proteger tales comportamientos, como, por ejemplo, estudiar sujetos que estando expuestos a las mismas circunstancias, su conducta se ve afectada de manera diferente.

El término factores protectores señala nuevamente los dos elementos presentes que se han venido desarrollando alrededor de la realidad que vive el sujeto. Por una parte, el papel que representa el individuo, y por otra, el que representa el ambiente. Ambos reflejan características que atenúan los efectos de riesgo, o fortalecen los efectos de la mejoría, siendo este último concepto el más aceptado (Kaplan, 1999). En esta misma línea de investigación, Bronfenbrenner & Crouter (1983) proponen el uso de modelos ecológico sociales o, persona-ambiente en el estudio de situaciones de riesgo y factores protectores.

Los elementos de la resiliencia, se conocen como mecanismos o factores de protección, donde se aúnan destacando la estrecha relación que mantienen con situaciones estresantes, constituyendo así, el componente principal de la resiliencia.

Los factores protectores son cualidades personales o del contexto, que mejor predicen resultados en condiciones de riesgo (Masten & Reed, 2005).

Siguiendo la clasificación tradicional (Masten & Garmezy, 1985) (Cerner, 1995) podemos destacar tres niveles:

- 1) Relaciones familiares, en las que se incluyen: apoyo y soporte recíproco, cohesión, calidez familiar y relaciones estables y positivas. Destacando la función que desempeña el sistema familiar, se han considerado los siguientes factores como una

verdadera protección individual, así se contemplan: mantener relaciones positivas con los miembros que la componen (cohesión), generar oportunidades para el crecimiento (independencia), orientación cultural y un adecuado estatus social y económico.

Tales características resultaron ser unos significativos predictores en niños diagnosticados de cáncer (Varni et. al. 1996). Tal aprendizaje, obtenido de la familia, debe suponer desarrollar respuestas adaptativas que favorezcan el establecimiento de comportamientos saludables y una menor probabilidad de emitir conductas disruptivas.

2) Apoyo comunitario, en el que se establecen sistemas de soporte, vinculación grupal, apoyo social, apoyo cultural, tradición religiosa y eficacia colectiva y educativa, donde para Sampson et. al. (1997), refiriéndose al vecindario, junto con un sistema de cohesión social, suponen, desde una perspectiva menos estructurada, un sistema informal de control social.

3) Recursos personales, entre los que se pueden mencionar, habilidades en solución de problemas, optimismo y altos niveles de inteligencia (Geanellos, 2005) (Rutter, 1993).

Dentro de este último nivel, destacar la importante relación positiva con bienestar (Christopher, 2000), satisfacción (Heilemann et. al. 2003) y desempeño de habilidades (Aroian & Norris, 2003), resaltando saber manejarse ante: uno mismo y los demás (Van Rooy & Viswesvaran, 2004), situaciones tensas, contextos familiares y obtención de ayuda (Friborg, 2003).

Los factores protectores, por tanto, pueden constituir una verdadera ayuda, que facilite el uso de respuestas resilientes ante acontecimientos que suponen un verdadero desafío.

Siguiendo a Rutter (1987,1983, 2007) se pueden señalar las siguientes consideraciones:

1) Posibilidad de reducir el riesgo personal adaptándose a las circunstancias. La protección al riesgo, deriva de la exposición a la situación, más que evitarla.

2) El mecanismo de protección se produce, mediante el aprendizaje de cómo disuadir o manejar los efectos adversos.

3) Las estrategias de afrontamiento cognitivo, permiten interpretar la situación más aceptable, adquiriendo control en sus vidas y sintiendo que se está contribuyendo a algo positivo.

4) Explorar oportunidades individuales que mejoran la autoestima modificando el contexto.

En esta dirección apuntada, Aldwin (1994) describe que los factores protectores ante los desafíos, permiten una inoculación de los efectos que son originados por las habilidades

de afrontamiento, experiencia, cambio de perspectivas, percepción de control situacional y ajustando los valores y preferencias.

Señalando una vez más las contribuciones de Rutter, (1990) los factores de vulnerabilidad junto con los factores protectores, se sitúan en los extremos de un continuo. Así, en el extremo positivo o factor protector, se distingue por una ausencia de vulnerabilidad, desplazándose a lo largo del ciclo vital, desde el riesgo hacia la adaptación, más que desde ésta al riesgo, resultando así, de un continuado esfuerzo tendente a alcanzar situaciones aceptables.

La decisión de exponerse, o mejor dicho, de no evitar las circunstancias adversas, supone por sí ya un factor protector, más que un padecimiento a la vulnerabilidad, asociándose aquél, con un incremento de experiencia ante tales circunstancias y un crecimiento personal. Es, por tanto, la contribución individual dentro de los factores lo que determina la resiliencia, (Hoge et. al. 2007) donde el proceso de elección consciente (Richardson et. al. 1990) o las decisiones individuales, ejercen una importante influencia para su desarrollo (Luthar, 1999).

6.4. ADAPTACIÓN Y RESILIENCIA

El proceso de adaptación exitosa ante la adversidad, trauma, tragedia o amenazas, es, como define la American Psychological Association (A.P.A, 2009), la resiliencia. Un proceso que implica tomar continuas decisiones y correcciones, tanto en acciones dirigidas al entorno, como a los procesos de regulación interna, que tras adecuadas elecciones, favorece la actuación en comportamientos futuros. La adaptación -en muchos casos- se resuelve, eligiendo aquellos comportamientos que en el pasado tuvieron un resultado satisfactorio, o ante situaciones nuevas, aquellos que haciendo uso del conocimiento tácito, se está más convencido que obtendrán el mismo resultado.

En ambas situaciones, supone el establecimiento de reglas que ayuden a evaluar y valorar los resultados obtenidos.

Como se ha sugerido antes, la adaptación como proceso se refiere a la puesta en práctica dentro del ciclo vital, del empleo tanto de recursos ambientales como personales. En este sentido, los pasos que la A.P.A. (íbid.) establece para alcanzar la resiliencia, son los siguientes:

- 1) Establecer conexiones, manteniendo buenas relaciones familiares, de amistad o de personas importantes para el individuo, potenciando colaboraciones con grupos de apoyo, organizaciones, etc.
- 2) Evitar percepciones insuperables, referentes a problemas y situaciones de crisis. Intentar mirar más allá del propio presente, considerando que el futuro será un tanto mejor.
- 3) Aceptar los cambios como parte de la vida, donde la aceptación de circunstancias que no se pueden cambiar, puede servir de ayuda para afrontar otras situaciones que sí puedan modificarse. En este sentido, Rojas Marcos (2004) refiriéndose a una

adaptación saludable a los cambios, subraya la aceptación de los acontecimientos inalterables de la vida y la aceptación de nuestras capacidades y limitaciones como forma de aumentar la autoestima. La aceptación orgullosa e ingenua de nuestras cualidades, es lo que Avia y Vázquez (2004) destacan, frente a una percepción torturada de nuestras imperfecciones, que se haya asociada en muchas ocasiones a sentimientos de pena y envidia.

4) Dirigirse hacia objetivos realistas en lugar de inalcanzables

5) Tomar decisiones activas ante situaciones adversas

6) Búsqueda de oportunidades para descubrirse a sí mismo. La experiencia que se posee sobre tragedias y dificultades en la vida, proveen de mejores relaciones, mayor conocimiento en las propias fuerzas, desarrollo espiritual y mejor valoración de la vida. Para Rojas Marcos (Ibíd.), un conocimiento personal ayuda a aprender de las experiencias del pasado y adquirir una razonable visión de las propias posibilidades, mejorando así la capacidad adaptativa.

7) Adquirir una valoración positiva de uno mismo, desarrollando confianza en las propias capacidades para resolver problemas.

8) Mantener una perspectiva diferente sobre las cosas, permitiendo así que acontecimientos dolorosos se perciban desde puntos de vista más amplios.

9) Mantener expectativas esperanzadoras. Una visión optimista, es un importante modulador de la percepción y de las explicaciones que se dan a las cosas. Esta forma de actuar ante circunstancias negativas, se suelen percibir como un inconveniente pasajero, asignando como culpable a las circunstancias o a la mala suerte, donde el impacto sólo afecta a determinadas áreas de la vida, (Rojas Marcos, Ibíd.) e incluso, podríamos añadir, a etapas del ciclo vital. Para Avia y Vázquez (2004) en su libro *Optimismo Inteligente*, señalan que el optimismo es una creencia positiva y estable, que no guarda mucha relación con las circunstancias objetivas.

10) Llevar a cabo el autocuidado, dedicando atención a los propios sentimientos y necesidades.

Desde la resiliencia, varios han sido los criterios utilizados para describir una buena adaptación, así, se han descrito como: un comportamiento positivo, presencia de logros académicos y sociales, felicidad o vida satisfactoria y ausencia de enfermedad mental o comportamientos no deseables (Masten & Reed, 2005).

Norris et. al. (2008) recogen una variedad de definiciones del término resiliencia en los últimos años, señalando que la mayoría de autores a lo largo de la evolución del concepto, enfatizan la resiliencia como la capacidad para una adaptación exitosa. Definen resiliencia, como un proceso que aúna un conjunto de capacidades adaptativas, en las que después de un cambio, se orientan hacia una trayectoria positiva de funcionamiento y adaptación.

La literatura existente recoge definiciones como: una adaptación positiva en respuesta a circunstancias adversas (Waller, 2001), uso de habilidades y conocimientos que permiten una recuperación completa (Coles, 2004), buena adaptación ante circunstancias de cansancio (Butler, 2007), exitosa adaptación ante desafíos (Masten et. al. 1990) y como capacidad para la adaptación y funcionamiento positivo o competencia (Egeland, 1993). Previamente, Luthar (1993) argumentaba que discusiones sobre resiliencia, deberían ser enfocadas en términos específicos de adaptación exitosa.

No es de extrañar, que la mayoría de autores recojan la resiliencia como adaptación, ya que conceptos que lo definen como: recobrar al estado anterior a un impacto, sugieren directamente, procesos de transformación hacia llegar a resultados equilibrados para el individuo. Para ello, se ponen en marcha una serie de destrezas que junto con el esfuerzo frente a los contratiempos, permite emplear comportamientos de lucha.

El convencimiento de que algo ha sido vencido y la aceptación de que en la vida se ha producido un cambio, es lo que indica una verdadera adaptación positiva (Linley, 2003). El interés científico por esta adaptación, supone un renacimiento desde los estudios con niños en los años setenta y ochenta, para ahora, desde la psicología positiva (Seligman et. al. 2005), establecer teorías y aplicaciones que desencadenen en beneficio de la sociedad (Masten & Reed, 2005) y en el desarrollo individual.

Siguiendo a Masten (1994) históricamente la adaptación psicológica ha sido estudiada mediante dos componentes. Uno, a través de comportamientos externos, donde una débil adaptación se ha denominado desajuste social, y otro, donde comportamientos de competencia y ajuste se han venido a llamar buena adaptación.

Finalmente, el proceso que produce resultados adaptativos es la resiliencia y lo que indica que el resultado ha ocurrido, es el bienestar (Norris et. al. *Ibíd.*) (Grant et. al. 2007).

7. COMPORTAMIENTOS DEL ENFERMO

Aunque ya han sido analizados en el capítulo I, aquí brevemente se describirán algunas aportaciones e investigaciones realizadas.

La mayoría de los estudios que han analizado estos síntomas, lo han hecho en relación a las consecuencias que los cuidadores informan. Entre estos, se han descrito influencias sobre salud física y mental (Ory, Yee, Tennstedt, & Schulz, 2000), estrés y carga (Alspaugh, Stephens, Townsend, Zarit & Greene, 1999), menor calidad de vida y depresión (Kramer, 1993).

En una investigación llevada a cabo en mujeres cuidadoras de enfermos con demencia, se comprobó la relación existente entre las manifestaciones conductuales del enfermo y la evitación, considerándose únicamente ésta, como un importante mediador entre la depresión y comportamientos del enfermo (Huang, 2004).

En otro estudio realizado en cuidadores de enfermos con demencia, los autores Hooper, Bowman, Coelho, Lim, Kaye, Guariglia & Li (2002), encontraron que el Caregivers Experiences Questionnaire de Zarit. et. al (1998), se relacionaba positivamente con los comportamientos del enfermo. Este cuestionario de experiencias del cuidador, se componía de factores como: el rol de cautividad, competencia, carga, preocupación, fortaleza y control emocional. Además, también se halló una asociación positiva entre los comportamientos de receptor de cuidados y percepción de estrés.

8. EVITACIÓN-ABANDONO

Para Lazarus y Folkman, (1986) el afrontamiento se puede entender como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, que se llevan a cabo para manejar las demandas internas y externas.

Tal esfuerzo, debe entenderse como una actitud continuada tendente a cumplir los retos propuestos, frente a un comportamiento inmóvil caracterizado por una conducta de escape y falta de acción ante las demandas del ambiente.

Además de la adaptación como función del afrontamiento, Laux & Weber (1991), señalan: a) la solución de problemas, como la forma más adaptativa para un afrontamiento efectivo (Folkman et. al. 1986), b) regular las emociones, c) proteger la autoestima, d) y manejar las interacciones sociales.

La evaluación que se hace del contexto, siguiendo a los autores antes mencionados, genera una valoración que influye en la respuesta que se emite, de tal forma que cuanto más inmediata se analiza la urgencia de los hechos, más intenso es el valor percibido.

Muy relacionado con las estrategias de afrontamiento, son las competencias personales y los juicios de control. Así, se establecen dos clasificaciones dependiendo de la percepción de control que se obtiene del entorno. En un extremo se podrían situar las habilidades de afrontamiento activo, que serían los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales orientados a controlar y vencer los obstáculos que se presentan. Y en el otro extremo se situaría la conducta de evitación, donde probablemente ocasionado por una percepción de ausencia de control, los esfuerzos se dirigen a huir de la situación, evitando cualquier relación con situaciones que se consideran aversivas. En este sentido Seligman (1981) señala, que se puede establecer un aprendizaje que asocie la falta de control con situaciones de estrés, produciéndose así, lo que él denominó Indefensión Aprendida. Tal indefensión genera comportamientos pasivos a la hora de afrontar determinadas situaciones, que probablemente se pudieran superar mediante un afrontamiento activo.

A continuación se exponen las distinciones entre afrontamiento instrumental y paliativo (Lazarus & Folkman, *íbid.*), implícitamente incluidos en el modelo de Pearlin (1990):

- 1) Instrumentales o centradas en el problema. Supone el empleo de comportamientos dirigidos a la solución de problemas, para ello, se llevan acciones de búsqueda activa de información, toma de decisiones y empleo de recursos.

2) Paliativo o centrado en la emoción. Conductas orientadas a reducir la intensidad de la respuesta emocional mediante la: regulación afectiva, negación, distanciamiento, evitación, etc.

Otra clasificación establecida es aquella que hace referencia a un afrontamiento activo, que se lleva a cabo mediante conductas de aproximación y esfuerzos cognitivos. Por otra parte el afrontamiento pasivo, (Perrez y Reicherts, 1992) es cuando el sujeto permanece en situaciones prolongadas de duda o espera y se omiten acciones.

El proceso de afrontamiento ante acontecimientos adversos, debe entenderse como un continuo que va desde un extremo en el que se desarrollan acciones tendentes hacia la lucha, y en otro, hacia la evitación y el escape, llegando éstos a suponer en determinadas circunstancias una victoria para el sujeto.

Lo que indicaría que un comportamiento de este tipo se pudiera calificar de adaptativo, sería como indican Lazarus y Folkman, (1986) un sentimiento renovado de valía personal y mayor satisfacción, hallándose relacionados con el bienestar (Taylor, Kemeny, Reed, Bower & Gruenewald, 2000)

Las manifestaciones de conductas de evitación, catalogadas de desadaptativas, suponen invalidar decisiones que hagan enfrentarse a situaciones problemáticas, liberándose del estado emocional desagradable que produce el enfrentamiento a situaciones de estrés. En este sentido, se ha argumentado que la función del comportamiento evitativo es reducir el impacto de estas emociones.

Las experiencias de evitación suponen emplear esfuerzos tendentes a suprimir o evitar la percepción negativa de los eventos, mediante recuerdos, pensamientos y emociones. (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996).

Destacando esta conducta de evitación, numerosas han sido las clasificaciones que recogiendo lo aportado por la literatura, se han establecido para delimitar su contenido, proponiendo Besabé, Paez y Valdosedá, M. (1993) las siguientes:

- 1) Evitación cognitiva. Consiste en evitar todo tipo de pensamientos que hagan referencia a los hechos o circunstancias que no se puedan afrontar.
- 2) Evitación afectiva. Supone no expresar emociones, llegando a reprimir sentimientos.
- 3) Evitación instrumental. Indica aquellos comportamientos relacionados con el problema y de los que se obtienen beneficios percibidos inmediatos por su abandono.

8.1. ESTUDIOS REALIZADOS EN CUIDADORES

Entre las investigaciones realizadas entre cuidadores de enfermos con demencia, Haley et. al. (1996) encontró que altos niveles de evitación se relacionaba con un incremento de

depresión y baja satisfacción vital. Otras investigaciones hallaron una correlación negativa entre esta variable y la evitación/escape (Wright, Lund, Caserta & Pratt, 1991).

La evitación/escape siguiendo a Repetti, (1989) surgen temporalmente en los cuidadores como respuesta ante las persistentes demandas que supone el rol que desempeñan, permitiéndoles así, recuperarse de elevados niveles de tensión y humor negativo.

Respecto al humor, en un estudio realizado en nuestro país, Muela, Torres y Peláez (2002) en cuidadores de enfermos con Alzheimer, hallaron que el optimismo no se relacionaba con la evitación.

En un estudio realizado con madres e hijas que cuidaban a su familiar con demencia, no se encontraron diferencias entre éstas y estrategias de afrontamiento de huida/escape, como tampoco se hallaron con respecto a la edad (Artaso, Goñi & Biurrun 2001-2002).

Otra investigación llevada a cabo con mujeres cuidadoras de enfermos con demencia, realizado en Taiwan, se comprobó que la evitación se correlacionaba negativamente con la edad y positivamente con problemas de comportamiento mostrados por el enfermo (Huang, 2004).

En otro estudio realizado en nuestro país en mujeres cuidadoras, (Abengózar y Serra, 1999) la variable "aislamiento del problema", calificada por una búsqueda de ayuda para verse descargada y retirada del cuidado a través de actividades de entretenimiento, se relacionó directamente con una menor edad. Así las mujeres con menos de 46 años utilizaban más esta estrategia que las mayores.

Finalmente una adaptación negativa, se halla asociada con estrategias de evitación y escape (Wright, 1986)

9. CREENCIAS IRRACIONALES O ACTITUDES DISFUNCIONALES

Bertrand Russell en su obra *La conquista de la Felicidad* (1930), señala los conceptos y creencias en la infancia que son generados de forma inconsciente y en la que ante una falta de contrastación, pueden llegar a convertirse en exigencias de tipo irracional.

Tales creencias constituyen los esquemas que sirven de base para asimilar y acomodar las experiencias de la vida (Piaget, 1981), donde si el sujeto percibe que no se corresponden con la realidad que vive, da lugar a fenómenos de interrupción, obstaculizando así una percepción adecuada del medio (Mandare, 1988).

Influenciado por Epícteto (siglo IV A.C) que argumentaba que los hombres no se alteran por la causa de las cosas, sino por las interpretaciones de éstas, Ellis, desde la Terapia Racional Emotiva (TREC) parte de la base que la evaluación cognitiva que se realiza del medio, influye tanto en las emociones como en la conducta (Ellis & Grieger, 1984). En este sentido, las alteraciones emocionales y conductuales, están causadas por las interpretaciones que el individuo realiza de sí mismo, de los demás y del mundo.

Tal forma de pensar o esquemas de pensamiento que se utilizan para interpretar lo que sucede, según las contribuciones de Beck (1976) y Beck & Rush (1995), corresponden a las actitudes, en cuanto creencias que predisponen a realizar una acción. Tal perspectiva se ve apoyada por el concepto de actitud de Rosenber & Hovland (1960), como una predisposición a responder de forma afectiva, emocional y cognitiva.

Tales esquemas de pensamiento en sujetos con alteraciones emocionales, según la perspectiva de Beck, pueden generar errores cognitivos, entendiéndose por éstos, aquellas creencias que se mantienen de forma sistemática e involuntaria a pesar de evidencias contrarias. Y según Ellis, (1962, 2003) las ideas irracionales ocasionan emociones exageradas que obstaculizan la actuación del individuo.

Una estructura de pensamiento así mantenida, correspondería a la generación de ideas o actitudes disfuncionales como: evaluación desadaptativa de la realidad y los demás, evitación, temor (Beck, 1995), perfeccionismo, necesidad de amor y aprobación (Weissman & Beck 1978), exigencias rígidas y conductas destructivas para el individuo y la sociedad (Ellis & Bernad, 1990).

9.1. CAUSAS DE LAS CREENCIAS IRRACIONALES

Desde el modelo ABC de Ellis, los acontecimientos (A) no causan directamente las consecuencias emocionales y conductuales (C), correspondiéndole a las creencias (B) la función de filtrar los acontecimientos, que son las que debido a la interpretación causan las consecuencias. Si estas creencias son el resultado de un análisis lógico de la realidad, se consideran racionales, si por el contrario obstaculizan e interfieren en una actuación eficaz, son irracionales, generando así efectos emocionales y conductuales no deseables.

Estos efectos emocionales, se representan por expresarse y/o percibirse de forma exagerada y desproporcionada en relación a la gravedad de los acontecimiento, mostrando actitudes y exigencias absolutistas o rígidas. Tales exigencias representan la base de los pensamientos irracionales, manifestándose en relación a uno mismo, los demás y la vida en general. De esta forma de evaluar lo que sucede, se derivan tres conclusiones llamadas nucleares según el modelo de Ellis:

- 1) Tremendismo. Percepción muy negativa que se realiza de un acontecimiento, posicionándose el sujeto en polos muy extremos.
- 2) Baja tolerancia a la frustración. Corresponde a una valoración que es calificada de catastrófica e insoportable, donde el sujeto manifiesta que no puede ser feliz si se presentan determinadas circunstancias.
- 3) Condenación. Se valora la condición humana de forma pesimista, donde se establece un estilo cognitivo que juzga qué es justo y qué no es.
- 4) Las creencias o actitudes disfuncionales inconsistentes con un razonamiento lógico, constituyen según la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) el elemento principal para desencadenar un trastorno psicológico, tales como: sentimien-

tos de culpa, ansiedad o depresión. Estos trastornos además de las creencias irracionales, se relacionan con una negativa concepción de sí mismo y con no aceptar la realidad (Beck, 1976).

La percepción de encontrarse mal como consecuencia, por ejemplo, del agotamiento que producen este tipo de ideas o actitudes disfuncionales, puede suponer que sean evaluadas como nuevos acontecimientos, percibiendo el sujeto elevados niveles de malestar y siendo entonces, cuando se demanda situaciones perfectas para no sufrir. Esta tendencia perfeccionista se orientada hacia la eficacia y competencia personal, encontrándose en el origen y mantenimiento de alteraciones psicológicas (Shafran, Cooper y Fairburn, 2002), (Weissman & Beck 1978) y hallándose asociaciones negativas con apoyo social y positivas con estrés (Priel & Shahar, 2000).

La demanda de situaciones y exigencias de comportamientos, se manifiestan mediante expresiones “debería de” o “tendría que”, indicando órdenes imperativas mostradas de forma dogmática; aunque hay que indicar que no siempre estos vocablos se presentan de forma patológica, considerando que pueden indicar una valoración neutra o aceptada culturalmente. No obstante, cuando responden a aseveraciones concluyentes, no sólo impiden u obstaculizan la realización de metas, sino que se acompañan de una importante carga emocional.

Tales errores en comparación con un procesamiento de la información adecuado, constituye lo que Beck (1983) denominó como distorsiones cognitivas, las cuales, tienen el efecto de cambiar un acontecimiento inocuo en negativo, o uno positivo en negativo, encontrándose entre las más frecuentes las siguientes:

- 1) Inferencia arbitraria.- Se refiere a extraer conclusiones que no corresponden con la evidencia objetiva de la situación, manteniéndose actitudes contrarias a la evidencia.
- 2) Abstracción selectiva.- Indica extraer sesgadamente la información del contexto acorde con una actitud disfuncional, ignorando la información que lo contradice.
- 3) Magnificación y minimización.- Atender exageradamente o infravalorar la importancia de una experiencia.
- 4) Generalización excesiva.- Se refiere al proceso de establecer conclusiones o reglas generales a partir de escasa información o hechos aislados.
- 5) Personalización.- Consiste en atribuirse a sí mismo hechos externos que objetivamente no corresponden.
- 6) Pensamiento absolutista dicotómico. Evalúa las circunstancias y cualidades personales mediante valoraciones extremas y negativas.

La TREC tanto desde una aportación como de otra se podría decir que resalta el autocuidado, transformando el sufrimiento en emociones más adaptativas (Ellis, 2003) donde se

persigue que el sujeto aprenda a ayudarse a sí mismo cambiando sus errores de pensamiento y actitudes disfuncionales (Weissman & Beck, 1978).

9.2. INVESTIGACIONES REALIZADAS

Entre las críticas que suscitan el estudio con actitudes disfuncionales, destacan aquellas que hacen referencia a la población objetivo de estudio, siendo muy numerosas las realizadas con estudiantes universitarios y pocas con sujetos no universitarios y poblaciones clínicas.

Siguiendo a Davies, (2006, 2008) dos importantes elementos del modelo de Ellis son las creencias irracionales y la autoaceptación incondicional. Ésta última, en una investigación realizada con estudiantes universitarios, se halló que una baja puntuación se relacionó con ideas irracionales y altas puntuaciones con pensamiento racional

Estudios realizados buscando evidencias entre ideas irracionales y expresiones de angustia, Martin y Dahlen (2004) encontraron también en una muestra de universitarios, que una baja tolerancia a la frustración y el tremendismo, se asociaba con expresiones agresivas de angustia y pensamientos hostiles.

En un estudio de pacientes que acudían a consulta médica, se halló que aquellos en que se manifestaban creencias racionales, ofrecían una disminución de su presión arterial sistólica, frente aquellos con ideas irracionales que registraban un incremento de la presión arterial diastólica, e incremento de ansiedad (Harris, Davies & Dryden, 2006).

Mediante la escala de actitudes acerca de la realidad (Jackson & Jeffers, 1989) basada en el constructivismo social, consistente en la creencia que el individuo puede alterar y cambiar sus circunstancias mediante el control de su comportamiento (Jackson & Jeffers, *íbid.*), Watson & Culhane (2005) se comprobó, en una muestra de estudiantes, que esta escala correlacionaba negativamente con: creencias irracionales, baja tolerancia a la frustración, tremendismo y tendencia irracional a juzgarlo todo.

Entre los escasos trabajos que han estudiado las creencias irracionales/actitudes disfuncionales, en cuidadores informales de enfermos con demencia, se puede citar el de McNaughton, Patterson, Smith & Grant (1995). Estos autores mostraron –entre otros– que una salud pobre y mayor depresión, se relacionaba con la Escala de Creencias Irracionales de Alden & Safran (1978) y especialmente con un factor de esta escala; dificultades para aceptar la realidad. Contrariamente a estos hallazgos, una menor presencia de creencias irracionales, resultó un significativo predictor hacia cambios positivos en la percepción de salud.

En otro estudio realizado con cuidadores (pacientes con lesión cerebral), Stebbins & Pakenham (2001) señalaron la asociación positiva entre creencias irracionales y malestar psicológico.

10. MALESTAR EN ACONTECIMIENTOS VITALES

Desde la teoría del aprendizaje social, los acontecimientos han suscitado su interés como causantes o antecedentes potenciales de las respuestas que genera el individuo, suponiendo un importante campo de estudio y valor predictivo, por sus relaciones y manifestaciones observables. De esta forma, se establecen continuas conexiones directas entre la importancia o impacto de los eventos y comportamientos no adaptativos, entre los que se encuentran desordenes cognitivos y emocionales como la depresión.

Dentro del proceso vital, como sugería Erikson, se pueden alcanzar nuevas etapas de desarrollo personal que indican la superación de la anterior, existiendo con seguridad, sucesos que alteran los hábitos adquiridos. Así, acontecimientos como desastres naturales, muerte, o estados prolongados de estrés y ansiedad, que supongan para el sujeto estados de vulnerabilidad o indefensión, se manifiestan en trastornos somáticos y del comportamiento, y en muchos casos, desencadenando un estilo cognitivo caracterizado por ideas irracionales que permanecían encubiertas.

De esta forma acontecimientos sufridos, no sólo se asocian al malestar que provocan, sino que además, pueden llegar a temerse por las creencias de incapacidad que suponen hacerles frente.

Una incapacidad, que puede estar motivada por comportamientos de temor o desesperanza, o pensamientos y conductas de evitación. De esta forma, el DSM-IV-TR (2004) recoge estas creencias y conductas ante sucesos traumáticos y percibidos de gravedad, bajo el nombre de Trastorno de Estrés Postraumático.

En un reciente estudio llevado a cabo por Portal, de la Fuente, Aleixandre & Lozano (2008-2009) en sujetos mayores de 65 años, pusieron de manifiesto que aquellas personas que recientemente habían sufrido una muerte, obtenían puntuaciones mayores en la Escala de Ansiedad ante la Muerte (Templer, 1970, adaptación española de Ramos, 1982) que aquellos que no habían padecido ninguna pérdida, asociándose esta mayor ansiedad con la evitación de pensamientos y conversaciones relacionadas con la muerte.

Como se ha dicho, los sucesos constituyen un importante campo de estudio por poder llegar a ser una variable significativa en la predicción de desordenes emocionales; aunque hay que destacar que la interpretación que se hacen de los hechos, junto con el desempeño de comportamientos adaptativos, modifican el curso del desarrollo evolutivo de la persona.

En un estudio evolutivo con sujetos que padecían una infancia difícil proveniente de familias pobres y con problemas psiquiátricos, se halló 42 años más tarde, que cerca de un 70% de los sujetos, tenían un nivel de bienestar y de salud tan bueno como el de cualquier persona (Cederblad, 1986).

Los sucesos vitales, por tanto, son aquellos que se reconocen importantes en la influencia del ciclo evolutivo, de tal forma que cuando suponen un fuerte impacto y se interpretan como desagradables, puede constituir una amenaza a la estabilidad y ajuste indivi-

dual. Según Carrobles, (1996) la principal característica de tales eventos radica en el cambio que produce en la vida del sujeto.

Desde las contribuciones de la teoría cognitiva, los sucesos vitales según las aportaciones de Beck et. al. (1979) y Ellis, (2003) generan nuevos esquemas de pensamiento que influyen en el procesamiento cognitivo y en las respuestas emitidas. Dado el aprendizaje asociativo que se pueden establecer entre estos comportamientos y los sucesos vitales, en muchos casos, como se ha sugerido, no es tanto la gravedad del acontecimiento, sino la evaluación y creencia desadaptativa que ha generado.

10.1. APROXIMACIONES TEÓRICAS AL ESTUDIO DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES

Los acontecimientos vitales, a lo largo de la literatura se han estudiado por la relación existente con las alteraciones emocionales y conductuales, encontrándose entre las más frecuentes, la depresión y procesos de estrés. Así, se han definido como aquellos eventos que suponen un tipo de cambio en el ajuste habitual del individuo (Sandín & Chorot, 1996). En este sentido, también se ha señalado como aquellas experiencias psicosociales que requieren del individuo una adaptación por la nueva situación generada (Perris, 1982).

Desde una perspectiva evolutiva, la investigación realizada en los sucesos acaecidos en la vida ha estado influenciada por los siguientes paradigmas.

1) Organicista. Partiendo de una concepción del organismo humano como una totalidad organizada, considera el desarrollo individual como unos cambios discontinuos, en los que los estados venideros no se pueden predecir a partir de estados previos. Entre los autores más destacados de esta perspectiva, Levinson (1974) destaca los siguientes aspectos:

- a. El desarrollo desde una perspectiva total y organizada, considera los elementos relacionados con el mundo *social* y *cultural* del individuo, en el que destaca los cambios generacionales. Este mundo incluye el desempeño de *roles* y su *participación* dentro del él, mediante *aspectos* expresados o suprimidos *del yo*.
- b. Los acontecimientos de la vida, no son contemplados como causas, sino más bien, como elementos pertenecientes a una estructura organizada.
- c. El desarrollo es visto como un cambio en las estructuras de la vida.
- d. Resalta mediante especial importancia, la discontinuidad de los periodos.

2) Mecanicista. El origen de los cambios se encuentra más en los elementos que constituyen el ambiente, que los producidos por el propio organismo, estableciendo relaciones entre antecedentes y consecuentes, así los eventos entran a formar parte

de las consecuencias de la conducta. Dentro de este paradigma se contempla la teoría del aprendizaje social, que señala los siguientes aspectos:

- a. Los acontecimientos producidos en la vida, constituyen elementos que se acumulan, resultando así consecuencias predecibles en las que interviniendo en las causas que lo originan, se pueden llegar a obtener efectos deseados.
- b. Se muestra interés en comportamientos específicos que puedan observarse, así ante los sucesos, no existen respuestas universales, más bien características individuales que marcan diferencias dentro del proceso evolutivo.

3) Dialéctica. En esta concepción, el desarrollo evolutivo es contemplado mediante la interacción del organismo y los elementos que forman el ambiente. Los eventos vitales siguiendo a Reese & Smyer (1983) se deben al importante papel que desempeñan: la comunidad y la familia, procesos de madurez biológica y psicológica, ambientes físico y cultural, y aspectos genéticos. Entre los acontecimientos que describe Baltes & Brim (1979), se encuentran los correspondientes al curso normal que ocurren en la vida del individuo (nacimiento de hijos, fallecimientos, etc) y los que dependen de condiciones culturales y políticas (ciclos económicos, conflictos bélicos, etc.).

10.2. ADAPTACIÓN ANTE LOS ACONTECIMIENTOS

Brickman & Campbell (1971) formularon su controvertida teoría Hedonic Treadmill que podríamos traducirla como la rueda de molino placentera. Según los autores, los acontecimientos que se vivan, tanto buenos como malos, afectan a la felicidad, donde las personas vuelven a adquirir su estabilidad o nivel de base que tenían antes del acontecimiento. Hasta aquí, puede resultar lógico, y hasta cierto punto esperanzador, sobre todo si se tratan de sucesos desagradables, pero más esperanzador sería, si en vez de volver a la línea base, los acontecimientos positivos se vivieran en un continuo bienestar.

Sin embargo, tratándose de tiempo, serían tres meses lo que tardarían las personas en adaptarse a todo tipo de sucesos (Suh, Diener & Fujita, 1996). La evolución, por tanto, ha debido de influir de alguna forma, para que el sistema emocional se mantenga estable, considerándose patológico una elevada frecuencia de estados emocionales extremos.

En el sentido antes apuntado, Brickman & Campbell (Ibíd..) consideran que la adaptación es completa e inevitable, donde nada puede tener efectos permanentes sobre la felicidad, considerando un estado desesperante, para aquellas personas que pretendan alcanzar tal permanencia.

Basada en las aportaciones de Helson (1947) en su modelo de habituación automática, el sistema psicológico reacciona desde los niveles de adaptación, ante estímulos nuevos, no así ante los ya conocidos en intensidad y duración.

Una felicidad entendida desde la orientación anterior, se vería afectada por acontecimientos externos que fuesen desconocidos, sin dar opción por otra parte, a la libertad individual de búsqueda o aspiración de acontecimientos deseables.

La naturaleza de la adaptación, según el modelo de Brickman & Campbell (Ibíd.), condena al hombre a una placentera rueda de molino, sin lograr nunca una permanente felicidad.

Señalando las aportaciones de Diener, Lucas & Scollon (2006), la teoría de la rueda de molino, surge como respuesta de estudios realizados que comparan personas en los que, a pesar de padecer graves problemas, son felices, frente a los que no los son y además no tiene problemas, y sujetos con escasos recursos que muestran niveles de felicidad.

En este sentido, estudios realizados con ganadores de lotería, se confirmó que no eran más felices que otros grupo de personas y que personas con paraplejía no eran menos felices, que otras que podían andar (Brickman, Coates & Janoff-Bulman, 1978)

En otros estudios de pacientes graves como: cáncer, fibrosis quística y diabetes, los sujetos confirmaron que su vida era tan buena como antes de la enfermedad, incluso a veces mejor (Taylor, 1991). En este sentido, sujetos que tras una semana después de haber sufrido un traumatismo medular, informaron de fuertes emociones negativas; sin embargo dos meses más tarde, su nueva emoción más fuerte era la felicidad (Silver, 1982). En esta línea, Argyle (1992) descubrió que los sujetos que sufrieron un accidente de paraplejía, tras un periodo de adaptación, mostraban índices de BS igual a un grupo control. Hallazgos contrarios se han hallado en sujetos afectados de traumatismo medular, encontrándose que son menos felices que la población general (Dijkers, 1997, 2005; Hammell, 2004 citados en Diener et al.2006)

Teniendo en cuenta las revisiones que Diener (Ibíd..) anota sobre la teoría de la rueda de molino, se pueden citar las siguientes:

- 1) Valores de referencia no neutrales.- La teoría sugiere que las personas retornan a niveles de referencia neutrales tras experimentar importantes impactos emocionales. En su lugar Diener & Diener (1996 citado en Diener Ibíd..) considera que la mayoría de la gente son felices la mayoría de las veces.
- 2) Valores de referencia personales.- Frente a considerar que una mayoría retornan a una línea base que poseían antes del acontecimiento emocional, Diener & Lucas (1999 citado en Diener Ibíd..) señalan que las diferencias individuales se deben en parte a que son innatas e influencias de la personalidad.
- 3) Múltiples valores de referencia.- Las personas deben tener múltiples referencias para sustentar su felicidad, desde diferentes elementos que consideran componen su bienestar, hasta su satisfacción vital.
- 4) La felicidad puede cambiar.- Probablemente el aspecto más controvertido de la teoría, sea que las personas realizan cambios en sus niveles felicidad. En este sentido

Diener se pregunta, que si el modelo es correcto, y por tanto la adaptación es inevitable, y no se cambia ante los acontecimientos en la vida, debería esto entonces permitir cambios duraderos de felicidad.

5) Diferencias individuales en la adaptación.- Diener argumenta que una contribución implícita de la teoría, es que la adaptación ocurre de manera parecida para todos los individuos. En este sentido responde, haber encontrado diferencias en el tiempo y duración de la adaptación ante los mismos eventos.

10.3. ESTUDIOS REALIZADOS EN CUIDADORES

Las investigaciones que han incluido el impacto de los acontecimientos vitales en la vida de los cuidadores han sido escasos, donde se requieren más estudios que pongan de manifiesto como influyen los acontecimientos vitales en la satisfacción y depresión de los cuidadores (Owen et. al. 2002). En un estudio llevado a cabo por estos autores, en cuidadores de enfermos con demencia, hallaron que la ocurrencia y evaluación de acontecimientos vitales estresantes, parecían tener un impacto diferente entre no cuidadores y cuidadores, donde éstos, muestran un mayor riesgo para experimentar una mayor incidencia de acontecimientos negativos.

En un estudio en el que se investigaba los factores que afectaban a la depresión en cuidadores de enfermos mayores, los eventos vitales no diferían entre cuidadores deprimidos y no deprimidos (Matsuu, Washio, Arai & Ide, 2000).

En otra investigación con cuidadores de enfermos con Alzheimer, se comprobó que la sobrecarga del cuidador se encontraba explicada por: haber sido víctima de hechos delictivos, discusiones con la familia, discriminación por la edad, problemas con la asistencia sanitaria o seguridad social, cambios en la salud del cuidador, y asociado con una menor carga, traslado a una residencia (Russo & Vitaliano, 1995).

SECCIÓN SEGUNDA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO VI MÉTODO

1. PROCEDIMIENTO

La presente investigación, se lleva a cabo mediante la metodología “ex post facto” que permite validar hipótesis una vez que el fenómeno se ha producido (Bisquerra, 1989) (Mateo, 2004). Este método es elegido, al no controlar la variable de tener un padre o madre diagnosticados con demencia, por tal motivo, el comportamiento es analizado una vez que el suceso ha ocurrido.

Las pruebas estadísticas que se realizaron para la obtención de resultados, fueron analizadas mediante el software SPSS (16.0). Para las variables cuantitativas en el cálculo de la media, se utilizaron las pruebas t para una muestra y para el análisis correlacional el de Pearson. Respecto a las comparaciones en las que se utilizaban variables cuantitativas y ordinales, se emplearon los contrastes no paramétricos de Kruskal-Wallis, Prueba U de Mann-Whitney y correlación de Spearman.

La validación del modelo que se propone, se realizó mediante el análisis de ecuaciones estructurales, utilizando los programas informáticos Lisrel, EQS y AMOS.

2. PARTICIPANTES

La muestra del estudio (N= 242) estaba compuesta por dos grupos: uno al que pertenecían mujeres cuidadoras y otro formado por mujeres que entre sus roles, no se incluían el del cuidado de enfermos.

Respecto a la normalidad de la población para cada uno de los instrumentos indicados en los datos descriptivos del anexo (tabla 169), se puede comprobar en la muestra obtenida, que las Escalas de Inteligencia Emocional, Bienestar Subjetivo, Creencias Irracionales y Evi-

tación/Abandono (EA.1) indican semejanzas con la curva normal, según los valores de asimetría y curtosis reflejados. Sin embargo las escalas que no indican tal semejanza fueron las escalas de: Valores y Malestar en Acontecimientos Vitales.

2.1. GRUPO DE MUJERES NO CUIDADORAS

El método de selección optado, fue mediante el procedimiento bola de nieve (Morgan & Scanell, 1997). Esta técnica permite obtener la participación de sujetos a través del establecimiento de redes interconectadas, transmitiéndose de unos a otros los criterios requeridos para formar parte de la muestra.

Las redes se extendieron abarcando distintas zonas geográficas de la ciudad de Córdoba reclutando 118 sujetos, para los cuales, se incluyeron grupos de mujeres en desempleo, amas de casa y distintas profesiones, sin establecer límites para la edad.

2.2. GRUPO DE MUJERES CUIDADORAS

El criterio de reclutamiento para este grupo, fue incluir mujeres que voluntariamente quisieron colaborar en la presente investigación, quedando limitado en los siguientes aspectos: que el enfermo no estuviese institucionalizado, que cuidase a su familiar (padre o madre) diagnosticado con demencia, no recibiera ninguna remuneración económica de la familia, que desempeñase alguna tarea relacionada con el cuidado y se percibiese a sí misma como cuidadora (Dillehay & Sandys, 1990) (Malonebeach & Zarit, 1991).

Igual que el anterior grupo, para éste, también se optó por el método de bola de nieve, por considerar que resulta muy válido para contactar con grupos de difícil acceso, y además tratándose de información privada, por responder en su propio hogar y cuando consideraban que era más apropiado hacerlo. Para ello, mediante una búsqueda intensiva de casos, se incluyeron 124 cuidadoras procedentes de centros de día y asociaciones de enfermos con demencia, en las ciudades de Córdoba, Granada y Jaén.

Respecto a las semejanzas con la curva normal, según los datos de asimetría y curtosis, se pueden observar (tabla n. 168 del anexo) que todas las escalas muestran valores próximos a cero, salvo la escala de malestar en acontecimientos vitales.

3. INSTRUMENTOS

A continuación se muestra una tabla resumen (n. 6.1) de las escalas elaboradas y variables indicadoras que resultaron relevantes en el estudio y más adelante se expone una breve descripción de cada una de ellas.

ESCALAS	ALFA	INTERPRETACIÓN
ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL (EIE)	0,92	A mayor puntuación mayor habilidad
ESCALA DE BIENESTAR SUBJETIVO (B.S)	0,89	A mayor puntuación mayor bienestar
Escala de Afecto Positivo y Negativo	0,78	
Escala de Satisfacción	0,82	
CUESTIONARIO DE VALORES (CV)	0,84	A mayor puntuación mayor importancia dada a los valores
ESCALA DE CONTROL PERCIBIDO EN EL ROL DE CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA (CPRCED)	0,88	A mayor puntuación mayor control percibido
ESCALA DE RESILIENCIA EN CUIDADORAS DE ENFERMOS DEMENCIA (ERCED)	0,76	A mayor puntuación mayor resiliencia
ESCALA DE PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS EN ENFERMOS CON DEMENCIA (PSCPED)	0,89	A mayor puntuación mayor frecuencia en la percepción de síntomas
ESCALA DE CREENCIAS IRRACIONALES (ECI)	0,83	A mayor puntuación mayor grado de acuerdo en poseer tales creencias
ESCALA DE DÉFICIT COGNITIVO EN LA DEMENCIA	0,94	A menor puntuación mayor déficit
ESCALA DE MALESTAR EN ACONTECIMIENTOS VITALES (EMAV)	0,84	A mayor puntuación mayor malestar
ESCALA DE PERCEPCIÓN DE AYUDA QUE NECESITA EL ENFERMO PARA LAS AVD	0,92	A mayor puntuación mayor percepción de ayuda que necesita
ESCALA DE CONTRIBUCIÓN PARA LAS AVD	0,91	A mayor puntuación mayor contribución

Tabla n 6.1 Escalas utilizadas y valores alfa

VARIABLES INDICADORAS	ALFA	INTERPRETACIÓN
EVITACIÓN/ABANDONO		
EA1. EVITACIÓN/ABANDONO	0,53	A mayor puntuación mayor grado de acuerdo en evitar/abandonar las variables incluidas.
EA2. LA MEJOR FORMA DE LLEVAR LOS PROBLEMAS ES NO TOMARLOS DEMASIADO EN SERIO		A mayor puntuación mayor grado de acuerdo.
EA3. TENGO FUERTES DESEOS DE QUE LAS COSAS CAMBIEN DE COMO SON AHORA		A mayor puntuación mayor grado de acuerdo.
EA4. CUANDO TENGO UN PROBLEMA DIFÍCIL, LO MEJOR QUE HAGO ES DARLO DE LADO PARA DIVERTIRME CON OTRAS COSAS		A mayor puntuación mayor grado de acuerdo.
ACEPTACIÓN		
AC1. RESPECTO LA AYUDA QUE RECIBE, ¿CUÁL SERÍA EL ESTADO DESEABLE QUE VD. PREFERIRÍA?		Sistema de elección de respuestas forzadas entre varias alternativas.
AC2. SI DEDICA MÁS DE 4 HORAS AL DÍA A SU CUIDADO, ¿CUÁL SERÍA EL ESTADO DESEABLE QUE VD. PREFERIRÍA?		Sistema de elección de respuestas forzadas entre varias alternativas.
AC3. RESPECTO EL COMPORTAMIENTO DE SU FAMILIAR CON VD. ¿CUÁL SERÍA EL ESTADO DESEABLE QUE VD. PREFERIRÍA?		Sistema de elección de respuestas forzadas entre varias alternativas.
AC4. SI VD. CONSIDERA QUE ES LA CUIDADORA PRINCIPAL, RESPONDA LO SIGUIENTE, SI NO, PASE A LA SIGUIENTE PREGUNTA ¿CUÁL SERÍA EL ESTADO DESEABLE QUE VD. PREFERIRÍA?		Sistema de elección de respuestas forzadas entre varias alternativas.
AC5. SEGÚN EL TIEMPO QUE LLEVA CUIDÁNDOLE, ¿CUÁL SERÍA EL ESTADO DESEABLE QUE VD. PREFERIRÍA?		Sistema de elección de respuestas forzadas entre varias alternativas.
AC6. DE TODAS LAS RESPONSABILIDADES QUE VD. LLEVA HACIA ADELANTE, ¿CUÁL SERÍA EL ESTADO DESEABLE QUE VD. PREFERIRÍA?		Sistema de elección de respuestas forzadas entre varias alternativas.
MUERTE COMO ACEPTACIÓN DE ESCAPE		

VARIABLES INDICADORAS	ALFA	INTERPRETACIÓN
MAC. ACEPTO PLENAMENTE SU MUERTE YA QUE ES UNA LIBERACIÓN PARA TODOS		A mayor puntuación mayor grado de acuerdo
LIBERTAD		
L1. TENGO PLENA LIBERTAD PARA DECIDIR EN CADA MOMENTO SI CUIDARLE O NO		A mayor puntuación mayor grado de acuerdo
L2. ¿QUIÉN CONSIDERA QUE LE COARTA MÁS SU LIBERTAD PARA HACER LO QUE QUIERE?		Sistema de elección de respuestas forzadas entre varias alternativas.
ESTRÉS		
E1. EN SU RESPONSABILIDAD DIARIA ¿CUÁL LE PRODUCE MÁS ESTRÉS?		Sistema de elección de respuestas forzadas entre varias alternativas.
E2. EN SU RELACIÓN CON LAS PERSONAS ¿CUÁL LE PRODUCE MÁS ESTRÉS?		Sistema de elección de respuestas forzadas entre varias alternativas.
PREOCUPACIÓN		
P. EN ESTOS MOMENTOS INDIQUE ¿QUÉ ES LO QUE REALMENTE MÁS LE PREOCUPA?		Sistema de elección de respuestas forzadas entre varias alternativas.
APOYO SOCIAL		
APOYO SOCIAL RECIBIDO		
AR.1 ¿TIENE CONTRATADO VD. A ALGUNA PERSONA PARA QUE LE CUIDE?		
AR.2 ¿ASISTE SU FAMILIAR A ALGUNA UNIDAD DE RESPIRO FAMILIAR?		
AR.3 ¿RECIBE SU FAMILIAR AYUDA DOMICILIARIA?		
AP.1 FRECUENCIA DE APOYO PERCIBIDO	0,50	A mayor puntuación mayor grado de acuerdo
AP.2 APOYO PERCIBIDO (AP.2)	0,44	

VARIABLES INDICADORAS	ALFA	INTERPRETACIÓN
C. SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD		
CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA RESOLVER MIS PROBLEMAS AUMENTANDO ASÍ MI CULPABILIDAD		A mayor puntuación mayor grado de acuerdo
VARIABLES RELACIONADAS CON CREENCIAS IRRACIONALES		
CI.1 HAY QUE SER MALA PERSONA PARA NO PREOCUPARSE CONSTANTEMENTE POR LOS PROBLEMAS DE LOS DEMÁS		A mayor puntuación mayor grado de acuerdo
CI.2 ES IMPOSIBLE SER FELIZ VIENDO EL MUNDO COMO ESTÁ		A mayor puntuación mayor grado de acuerdo
VARIABLE RELACIONADA CON ACONTECIMIENTOS VITALES		
ACV. ENFERMEDAD O INCAPACIDAD GRAVE PROPIA		A mayor puntuación mayor grado de malestar
VARIABLES RELACIONADAS CON INTELIGENCIA EMOCIONAL		
IE.1 TENGO LA HABILIDAD DE MANTENERME ALEGRE SIEMPRE A PESAR DE LOS MOMENTOS MÁS DIFÍCILES		A mayor puntuación mayor grado de acuerdo
IE.2 NO SÉ COMO HACER PARA COMPRENDER POR QUÉ SIENTO DESPRECIO POR MÍ MISMA LA MAYORÍA DE LAS VECES		A menor puntuación mayor grado de desacuerdo
VARIABLES RELACIONADAS CON VALORES		
V1. DISPONER DE MUCHO TIEMPO LIBRE/ OCIO		A mayor puntuación mayor importancia
V2. BUSCAR UN SIGNIFICADO EN LA VIDA		A mayor puntuación mayor importancia
V3. VIVIR AL DÍA SIN PENSAR EN MAÑANA		A mayor puntuación mayor importancia
V4. VIVIR COMO UNA QUIERE SIN PENSAR EN EL QUÉ DIRÁN		A mayor puntuación mayor importancia

VARIABLES INDICADORAS	ALFA	INTERPRETACIÓN
INTERÉS EN OBTENER INFORMACIÓN RESPECTO A LA ENFERMEDAD		
I. ¿MANTIENE VD. INTERÉS EN BUSCAR INFORMACIÓN RESPECTO A LA ENFERMEDAD DE SU FAMILIAR?		A mayor puntuación mayor frecuencia
EXPERIENCIA		
E1. ¿HA TENIDO EXPERIENCIA COMO CUIDADORA ANTERIORMENTE?		A mayor puntuación mayor experiencia
GRADO DE IMPLICACIÓN		
IM. ¿CÓMO CONSIDERARÍA SU GRADO DE IMPLICACIÓN EN EL CUIDADO?		A mayor puntuación mayor grado de implicación
FAMILIA		
F.1 ¿CÓMO HA SIDO SU RELACIÓN ANTERIOR CON EL ENFERMO?		A mayor puntuación mejor relación
F.2 ¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS POR LOS QUE SU FAMILIAR NO ESTÁ EN UNA RESIDENCIA?		Sistema de elección de respuestas forzadas entre varias alternativas.
F.3 CUIDAR A MI FAMILIAR HA SUPUESTO MEJORAR LA RELACIÓN CON MIS HERMANOS		A mayor puntuación mayor grado de acuerdo
F.4 LA RELACIÓN CON MI PAREJA SE HA VISTO DEBILITADA AL CUIDAR A MI FAMILIAR		A mayor puntuación mayor grado de acuerdo
F.5 RELACIÓN CON PADRES Y HERMANOS		A mayor puntuación mayor malestar

Tabla n 6.2 Resumen de las variables utilizadas

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

EDAD
EC. ESTADO CIVIL
NE. NIVEL DE ESTUDIOS

VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

SL.SITUACIÓN LABORAL

Cuadro n 6.1 Variables socio-demográficas

3.1. ESCALAS UTILIZADAS EN EL ESTUDIO

3.1.1. ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Instrumento diseñado para medir habilidades emocionales (en uno y en los demás) en cuanto a solucionar problemas que conduzcan a resultados adaptativos. Respecto al alfa de Cronbach, alcanzó un valor de .92.

3.1.2. BIENESTAR SUBJETIVO

Cuestionario realizado para medir el bienestar, mediante una escala de Afecto Positivo y Negativo y otra de Satisfacción, cuya fiabilidad total fue de .89.

La Escala de Afecto Positivo y Negativo mide el grado de acuerdo en tristeza y felicidad en ámbitos como la familia y acontecimientos diarios, cuyo valor alfa es de .78. La Escala de Satisfacción, evalúa el grado de insatisfacción y satisfacción, en ámbitos relacionados con la vida actual, relación con los demás, realización personal y pareja. El índice de fiabilidad de esta escala fue de .82 y la correlación con la escala de afecto de: ($r=.70$ $p<.001$).

3.1.3. CUESTIONARIO DE VALORES

Escala diseñada para medir la importancia respecto de las creencias referentes a la conducta o manera de ser de las mujeres (valores instrumentales) y los objetivos o metas deseables en su vida (valores terminales). El valor alfa fue de .84.

3.1.4. ESCALA DE CONTROL PERCIBIDO EN EL ROL DE CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA

Escala elaborada para medir consecuencias emocionales y resultados favorables en el rol de la cuidadora, así como comportamientos orientados a prevenir situaciones no deseables. El índice alfa fue de .88.

3.1.5. ESCALA DE RESILIENCIA EN CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA.

Escala diseñada para medir los recursos personales en cuidadoras informales, como fortaleza, perseverancia y autoconfianza. El índice de fiabilidad fue de .76.

3.1.6. ESCALA DE PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS EN ENFERMOS CON DEMENCIA

Instrumento creado para conocer la percepción que las cuidadoras obtienen del comportamiento del enfermo, evaluándose mediante la frecuencia de síntomas conductuales y psicológicos durante el tiempo que pasan juntos. Respecto al índice de fiabilidad, fue de .89.

3.1.7. ESCALA DE CREENCIAS IRRACIONALES

Escala construida para medir las creencias o actitudes disfuncionales, caracterizadas por errores cognitivos e ideas irracionales rígidas y absolutistas. El índice alfa fue de .83.

3.1.8. ESCALA DE DÉFICIT COGNITIVO EN LA DEMENCIA.

Escala diseñada para medir a través de la cuidadora, el déficit cognitivo en la demencia según describe el DSM IV-TR (2004). El índice alfa del único factor que arrojó, fue de .94.

3.1.9. ESCALA DE MALESTAR EN ACONTECIMIENTOS VITALES

Escala realizada para medir el grado de malestar, evaluándose a través de los eventos y circunstancias ocurridos en la vida. El índice alfa corresponde a un valor de .84.

3.1.10. ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA AYUDA QUE NECESITA EL ENFERMO PARA LAS AVD

Escala desarrollada para medir las necesidades en las actividades de la vida diaria del enfermo, evaluadas por la cuidadora. El índice de fiabilidad fue de .92.

3.1.11. ESCALA DE CONTRIBUCIÓN EN LAS AVD

Escala creada para evaluar la percepción de la cuidadora en su contribución en cada una de las actividades de la vida diaria del enfermo. El índice alfa fue de .91.

4. VALIDEZ DE LAS ESCALAS

La validez de las escalas constituye uno de los elementos más importantes, escurridizos (Martinez-Arias te. al. 2006) y con frecuencia peor entendido (Yela, 1990).

Con el fin de clarificar y centrar las orientaciones sobre la validez que en esta tesis se sigue, hemos optado por elegir las directrices propuestas por Cronbach (1988) y Messick (1990, 1995) que indican como única validez la de constructo. Así, según estos autores, englobaría a todas las demás: validez factorial, criterial, contenido, diferencial, etc.

A continuación se describe qué es validez según los Standards for Educational and Psychological Test (AERA, APA y NCME, 1999 secc. 1ª citado en Martínez-Arias íbid.):

- 1) Grado en el que la evidencia y la teoría soportan la interpretación de las puntuaciones de los test.
- 2) Propósito por el cual el test ha sido creado.

Son por tanto los usos concretos los que deben ser interpretados y no el test mismo.

Messick (1990), partiendo del concepto unificador de la validez, desarrolló una matriz mediante la justificación del test, en cuanto bases evidenciales y consecuenciales; y función o resultado, señalando una vez más la interpretación y uso de las pruebas.

Siguiendo estas orientaciones, las escalas presentadas parecen mostrar su validez en base a los siguientes supuestos:

- 1) Propósito por el que fueron creadas. Las escalas se elaboraron con fines de investigación, donde apoyándonos en los resultados de otras investigaciones y en la tradición literaria del constructo, se quería conocer como repercutían en la cuidadora. Asimismo, la justificación de su creación responde a los siguientes motivos:
 - a. Disponer de escalas que se hubieran validado en muestras de mujeres, que fuesen cuidadoras de enfermos con demencia y además que cuidasen a su padre o madre. Todo ello, con el fin de poder cumplir el objetivo principal de esta investigación, proponer un modelo predictivo en hijas que cuidasen a su familiar dependiente.
 - b. Obtener escalas que pertenecieran a nuestro ámbito cultural.
 - c. Destacar la importancia de contar para su diseño, de las impresiones, sentimientos y experiencias, tanto de grupos de cuidadoras como profesionales de la salud.
- 2) La evidencia y la teoría soportan las puntuaciones del estudio. En el apartado de resultados y discusiones de esta tesis, se pueden comprobar la coherencia de los datos obtenidos, con las aportaciones teóricas y hallazgos en otras investigaciones. Todo esto se ve confirmado, por los análisis de un modelo de ecuaciones estructurales, el cual ha servido además para validar las escalas, permitiendo el ajuste entre los contenidos teóricos y propiedades de medición (Bagozzi & Philips, 1982).

Según lo anterior, las escalas también han mostrado su utilidad permitiendo gracias a su base teórica y propiedades psicométricas, contribuir a poder validar un modelo de aproximación de inteligencia emocional en cuidadoras de enfermos con demencia y diferenciar entre éstas y mujeres no cuidadoras.

Los cuestionarios utilizados en el modelo, podrían servir de utilidad para conocer aspectos relevantes en el comportamiento de las hijas que cuidan, pudiéndose emplear en programas de evaluación e intervención.

4.1. VARIABLES INDICADORAS

Las variables que se incluyen en este apartado, provienen de dos fuentes: por una parte, se han considerado aquellos ítems que ya habían sido incluidos según el contenido teórico de las escalas y que no coincidieron con los factores, y por otra, algunas variables que han sido expresamente diseñadas para conocer otros aspectos de las proveedoras de cuidado, gozando igualmente de todo el rigor teórico como a continuación se expone.

4.1.1. EVITACIÓN/ABANDONO

Variables que indican evitación conductual y cognitiva, que sugieren un escape de la situación. El valor alfa fue de .53.

EA.1 EVITACIÓN/ABANDONO	DESACUERDO DE ACUERDO						
	1	2	3	4	5	6	7
Al mínimo inconveniente con un problema, lo abandono para resolverlo más tarde.							
El día a día lo llevo mejor, teniendo esperanzas de que en mi vida ocurra un milagro.							
No me importa seguir sufriendo, pero ya no puedo luchar más.							

Cuadro n 6.2 EA.1 Evitación/Abandono

EA.2 EVITACIÓN/ABANDONO	DESACUERDO DE ACUERDO						
	1	2	3	4	5	6	7
La mejor forma de llevar los problemas es no tomarlos demasiado en serio.							

Cuadro n 6.3 EA.2 Evitación/Abandono

EA.3 EVITACIÓN/ABANDONO	DESACUERDO DE ACUERDO						
	1	2	3	4	5	6	7
Tengo fuertes deseos de que las cosas cambien de cómo son ahora							

Cuadro n 6.4 EA.3 Evitación/Abandono

EA.4 EVITACIÓN/ABANDONO	DESACUERDO DE ACUERDO						
	1	2	3	4	5	6	7
Cuando tengo un problema difícil, lo mejor que hago es darlo de lado para divertirme con otras cosas							

Cuadro n 6.5 EA.4 Evitación/Abandono

4.1.2. ACEPTACIÓN

Siguiendo las orientaciones de Luciano y Hayes (2001) y Luciano y Valdivia (2006) la aceptación de los eventos privados, se enfoca desde una actuación responsable de las elecciones personales.

Según Hayes (1987) la aceptación psicológica es uno de los mayores determinantes para una salud mental y comportamiento eficaz. Tal aceptación comprende por una parte, buena disposición para vivir situaciones en las que se ejerce una firme voluntad para no evitar situaciones desagradables, controlando y tolerando acontecimientos contradictorios, y por otra, dirigir la acción hacia el cumplimiento de acciones que son congruentes con los propios valores y metas.

Según los autores mencionados, la evitación consiste en un patrón de respuesta en el que se evitan la presencia tanto de eventos privados, como pensamientos y emociones, cuya función es eludir el malestar y obtener con ello un placer inmediato.

Para conocer qué variables se relacionaban con aquellas cuidadoras que aceptaban la situación tal y como era, se estableció una batería de preguntas mediante la elección de respuestas forzadas, en referencia a distintas situaciones del rol de cuidadora.

AC.1 RESPECTO LA AYUDA QUE RECIBE, ¿CUÁL SERÍA EL ESTADO DESEABLE QUE VD. PREFERIRÍA? ELIJA AQUELLA QUE SEA MUY IMPORTANTE PARA VD.

-
1. Que los demás miembros de la familia se impliquen más
 2. No tener que cuidar
 3. Acepto la situación tal y como es
 4. Recibir ayuda para las tareas difíciles
 5. Ninguna de las anteriores
-

Cuadro n 6.6 AC.1 Aceptación respecto la ayuda que recibe

Dado que las horas de media dedicada al cuidado en más de la mitad de los cuidadores, está comprendido entre 4 y 5 al día durante toda la semana (Imsero, 1995), se fijó para la siguiente pregunta 4 horas de cuidado.

AC.2 SI DEDICA MÁS DE 4 HORAS AL DÍA A SU CUIDADO ¿CUÁL SERÍA EL ESTADO DESEABLE QUE VD. PREFERIRÍA? ELIJA AQUELLA QUE SEA MUY IMPORTANTE PARA VD.

-
1. Cuidarle menos horas cada día
 2. Acepto la situación tal y como es
 3. Tener días libres para descansar
 4. Tener contratado un cuidador profesional para todo el día
 5. Ninguna de las anteriores
-

Cuadro n. 6.7 AC.2 Aceptación si dedica más de 4 horas

AC.3 RESPECTO AL COMPORTAMIENTO DE SU FAMILIAR CON VD. ¿CUÁL SERÍA EL ESTADO DESEABLE QUE PREFERIRÍA? ELIJA AQUELLA QUE SEA MUY IMPORTANTE PARA VD.

-
1. Que no se portara como se porta
 2. Que entendiera todo lo que hago por él/ella
 3. Que no se encontrara en la situación que se encuentra
 4. Acepto la situación tal y como es
 5. Ninguna de las anteriores
-

Cuadro n 6.8 AC.3 Aceptación respecto el comportamiento del familiar

AC.4 SI VD. CONSIDERA QUE ES LA CUIDADORA PRINCIPAL, RESPONDA LO SIGUIENTE, SI NO, PASE A LA SIGUIENTE PREGUNTA. ELIJA AQUELLA QUE SEA MUY IMPORTANTE PARA VD.

-
1. No ser quien le cuide
 2. Compartir la responsabilidad entre varios
 3. Que nada de esto hubiera ocurrido
 4. Acepto la situación tal y como es
 5. Ninguna de las anteriores
-

Cuadro n 6.9. AC.4 Aceptación si considera que es la cuidadora principal

AC.5 SEGÚN EL TIEMPO QUE LLEVA CUIDÁNDOLE ¿CUÁL SERÍA EL ESTADO DESEABLE QUE VD. PREFERIRÍA? ELIJA AQUELLA QUE SEA MUY IMPORTANTE PARA VD.

-
1. Que alguien me reemplazara
 2. No cuidar por mucho más tiempo
 3. Acepto la situación tal y como es
 4. Que mi familiar se muestre más independiente
 5. Ninguna de las anteriores
-

Cuadro n 6.10 AC.5 Aceptación según el tiempo que lleva cuidando

AC.6 DE TODAS LAS RESPONSABILIDADES QUE VD. LLEVA HACIA ADELANTE, ¿CUÁL SERÍA EL ESTADO DESEABLE QUE VD. PREFERIRÍA? ELIJA AQUELLA QUE SEA MUY IMPORTANTE PARA VD.

-
1. Que me reconozcan lo que hago
 2. Acepto la situación tal y como es
 3. Recibir más ayuda para cada una de mis responsabilidades
 4. No tener que hacer nada de todo lo que hago
 5. Ninguna de las anteriores
-

Cuadro n 6.11 AC.6 Aceptación según responsabilidades que lleva hacia adelante

4.1.3. LA MUERTE COMO ACEPTACIÓN DE ESCAPE

Por aceptación de escape, Wong, Reker & Gesser (1997) la consideran como una alternativa admitida cuando la vida se percibe con dolor y sufrimiento. Para Vernon, (1972 citado en íbid.) la muerte puede suponer un escape ante aquellas situaciones de sufrimiento que se vean pocas posibilidades de alivio.

Queriendo conocer por tanto la percepción de la muerte en la persona que se cuida, se elaboró el siguiente ítem:

MAC. MUERTE COMO ACEPTACIÓN DE ESCAPE	DESACUERDO	DE ACUERDO
	1 2 3	4 5 6 7
Acepto plenamente su muerte ya que es una liberación para todos		

Cuadro n 6.12 MAC Muerte como aceptación de escape

4.1.4. LIBERTAD

Según se analizó mediante la Teoría de la Autodeterminación, (Deci & Ryan, 1985) la conducta del sujeto se contemplaba mediante una firme voluntad de decisión libremente adoptada, manifestando sentimientos de dominio en su vida y cierto control sobre ellos.

Numerosas investigaciones han apuntado a tales dominios y control en la vida de la cuidadora como verdaderos influyentes en su adaptación, donde gracias a este proceso se puede alcanzar una verdadera calidad de vida, que reside además del sistema de necesidades y valores, en la libertad individual (Angermeyer & Kilian, 2000).

Finalmente Lawton et. al. (1991) en su modelo de valoración del cuidado, tiene en cuenta la pérdida de libertad atribuida a éste.

Según estas orientaciones, se incluyeron las siguientes variables:

L.1 LIBERTAD PARA DECIDIR	DESACUERDO DE ACUERDO						
	1	2	3	4	5	6	7
Tengo plena libertad para decidir en cada momento si cuidarle o no							

Cuadro n 6.13. L.1 Libertad para decidir

L.2 ¿QUIÉN CONSIDERA QUE LE COARTA MÁS SU LIBERTAD PARA HACER LO QUE QUIERE?

1.	Mis hijos
2.	Mi familiar que cuido
3.	Mi marido/pareja
4.	Mi familia (padres, hermanos)
5.	Ninguna de las anteriores

Cuadro n 6.14 L.2 Quién coarta la libertad

4.1.5. PERCEPCIÓN DE ESTRÉS

Teniendo en cuenta las aportaciones en los modelos analizados de Pearlin, Lawton y Yates, se estaba interesado en conocer entre distintas alternativas presentes en la vida y rol de la cuidadora, cual consideraba que le producía mayor estrés.

E.1 EN SU RESPONSABILIDAD DIARIA, ¿CUÁL LE PRODUCE MAYOR ESTRÉS?

1. El trabajo fuera de casa
 2. Cuidar de mi familiar enfermo
 3. Mi familia (marido e hijos)
 4. Mi familia (padres, hermanos)
 5. El trabajo en el hogar
 6. Ninguna de las anteriores
-

Cuadro n 6.15 E.1 Estrés responsabilidad diaria

E.2 EN SU RESPONSABILIDAD CON LAS PERSONAS ¿CUÁL LE PRODUCE MAYOR ESTRÉS?

1. Las exigencias de mi marido/pareja
 2. Las exigencias de mis hijos
 3. Las exigencias de mi familiar enfermo
 4. Las exigencias de mi familia (padres, hermanos)
 5. Ninguna de las anteriores
-

Cuadro n 6.16 E.2 Estrés responsabilidad con las personas

4.1.6. PREOCUPACIÓN

En esta variable se destaca la preocupación como un componente de la ansiedad como rasgo, (Sarason, Sarason, Keefe, Hayes & Shearin, 1986), en la que se encuentran presentes inferencias negativas, o como una cadena de pensamientos relativamente incontrolables que interfieren en la solución de problemas (Borkovec, 1985). Así, se adopta desde la teoría de las preocupaciones actuales, (Current concerns theory) examinando la preocupación como un pensamiento recurrente que pertenece al ámbito emocional diario, y vinculado a la realización de metas (Klinger, 1977) y a las que incluiríamos también, valores personales.

P. EN ESTOS MOMENTOS INDIQUE ¿QUÉ ES LO QUE REALMENTE MÁS LE PREOCUPA?

-
1. Mi familia (marido, hijos)
 2. Mi familia (padres, hermanos)
 3. Cuidar a mi familiar
 4. Mi trabajo
 5. Mi propio bienestar
 6. Problemas económicos
 7. Ninguna de las anteriores
-

Cuadro n 6.17 P. Preocupación actual

4.1.7. APOYO SOCIAL

Con esta variable, se estaba interesado en conocer, como afirmaba Saranson, Levine, Basham & Sarason (1983) la disponibilidad de las personas cercanas a la cuidadora y en quien confiar para solicitar ayuda.

Tomando como punto de partida el concepto que Lin & Enel (1989) hacen del apoyo social, en cuanto conjunto de provisiones (expresivas o instrumentales) que son percibidas o recibidas por redes sociales, comunidad y personas cercanas o de confianza, se adopta como base para configurar las siguientes variables en apoyo recibido y percibido.

4.1.7.1. APOYO RECIBIDO (A.R)

APOYO RECIBIDO (A.R)

AR.1 ¿Tiene contratado Vd. a alguna persona para que le cuide?	SI	NO
Si ha respondido SI ¿Cuántas horas al día?.....		
AR.2 ¿Asiste su familiar a alguna unidad de respiro familiar?	SI	NO

Cuadro n 6.18 A.R Apoyo recibido

AR.3 ¿RECIBE SU FAMILIAR AYUDA DOMICILIARIA?

-
1. No
 2. Sí, de la administración
 3. Sí, de una empresa privada
-

Cuadro n 6.19 AR.3 Ayuda domiciliaria

4.1.7.2. APOYO PERCIBIDO

Variable que resalta la importante relación mediadora en los procesos de estrés de los cuidadores (Pearlin et. al. 1990), carga global (Gold, Cohen, Schulman & Zuchero, 1995) y satisfacción (Goode, Haley, Roth & Ford, 1998), entre otros.

Las preguntas que se incluyen, consideran la percepción de ayuda que proviene tanto de las redes familiares como sociales. Respecto a la variable frecuencia de apoyo percibido (AP1.) su puntuación se puede encontrar comprendida entre 2 y 8, indicando esta mayor puntuación una mayor frecuencia de ayuda percibida. El valor alfa fue de .50.

AP1. FRECUENCIA DE APOYO PERCIBIDO	NUNCA 1	ALGUNAS VECES 2	MUCHAS VECES 3	SIEMPRE 4
¿Recibe ayuda de algún familiar o amigo?				
¿Existe alguien fácilmente para ayudar cuando Vd. no está?				

Cuadro n 6.20 AP.1 Frecuencia de apoyo percibido

La variable Apoyo Percibido (AP.2) el rango de puntuación está comprendido entre 2 y 14, indicando la mayor puntuación un mayor grado de acuerdo en la ayuda percibida, correspondiendo los valores según se especifican en la tabla 6.21. El valor alfa de esta variable fue de .44.

AP.2 APOYO PERCIBIDO	DESACUERDO				DE ACUERDO		
	1	2	3	4	5	6	7
En el cuidado de mi familiar siento como la gran mayoría me apoya							
Nadie se ofrece cuando solicito ayuda para su cuidado	7	6	5	4	3	2	1

Cuadro n 6.21 AP.2 Apoyo percibido

4.1.8. FAMILIA

Teniendo en cuenta a lo largo del texto las referencias a la solidaridad intergeneracional, se destacan su contribución a un bienestar físico y emocional, facilitando la cohesión e integración en la sociedad como un fenómeno moral (Merz, Schuengel & Schulz, 2007). Esta solidaridad dentro de la familia, siguiendo a Musitu y García (2001), puede haber tenido un estilo de socialización de aceptación/implicación caracterizado por afecto y calidez por parte de los padres, así como expresiones de satisfacción y aprobación determinada por una educación adaptada a las normas familiares. Por otra parte, un estilo de socialización de

coerción/imposición, se interpreta por la supresión de comportamientos inadecuados, y por el empleo de medidas sancionadoras y represivas.

En este sentido el marco familiar establece estructuras y principios que propician un equilibrio, cuyas normas y roles influyen en las decisiones si cuidar o no (Bratcher, 1982).

Las influencias familiares dentro de la cultura latina, y muy en contraste con la norteamericana, se han descrito con el nombre familismo (familism) (Gómez, Fassinger, Prosser, Cooke, Mekia & Luna, 2001) (Losada, Shurgot, Knight, Márquez, Montorio, Izal & Ruiz, 2006) describiéndose características por una parte como simpatía y respeto; y por otra, de fatalista, en cuanto no se posee control del destino, y además tachada de machismo por su vinculación con el género femenino (Marín & Marín, 1991).

Estas perspectivas referentes a la familia, no han sido exclusivas para las variables que a continuación se relacionan, sino que se han tenido en cuenta además para otras relacionadas con el cuidado y la mujer.

F.1 ¿CÓMO HA SIDO SU RELACIÓN ANTERIOR CON EL ENFERMO?

1. Muy mala
2. Mala
3. Normal
4. Buena
5. Muy buena

Cuadro n 6.22 F.1 Relación anterior con el enfermo

F.2 ¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS POR LOS QUE SU FAMILIAR NO ESTÁ EN UNA RESIDENCIA?

1. No hay plazas
2. No podemos pagarla
3. Con la familia está mejor
4. Mi familiar siempre se ha negado
5. No estamos todos de acuerdo
6. Otras

Cuadro n 6.23 F.2 Motivos por los que no está en una residencia

F.3 RELACIÓN CON HERMANOS

DESACUERDO DE ACUERDO
1 2 3 4 5 6 7

Cuidar a mi familiar ha supuesto mejorar la relación con mis hermanos

Cuadro n 6.24 F.3 Relación con los hermanos

F.4 RELACIÓN CON LA PAREJA	DESACUERDO			4	DE ACUERDO		
	1	2	3		5	6	7
La relación con mi pareja se ha visto debilitada al cuidar a mi familiar							

Cuadro n 6.25 F.4 Relación con la pareja

F.5 RELACIÓN CON PADRES Y HERMANOS	GRADO DE MALESTAR				
	0	1	2	3	4
Problemas de convivencia con padres y hermanos					

Cuadro n 6.26 F.5 Relación con padres y hermanos

4.1.9. CULPABILIDAD

Dadas las asociaciones que tiene esta variable con otras relacionadas con el cuidado de enfermos con demencia, (Dulin & Dominy, 2008) se quería conocer si la ausencia de habilidad para resolver problemas, podría aumentar la percepción de culpabilidad (C).

C. SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD	DESACUERDO			4	DE ACUERDO		
	1	2	3		5	6	7
Carezco de la habilidad para resolver problemas aumentando así mi culpabilidad							

Cuadro n 6.27 C. Sentimientos de culpabilidad

4.1.10. VARIABLES RELACIONADAS CON CREENCIAS IRRACIONALES

CI.1 PREOCUPACIÓN PROBLEMAS DE LOS DEMÁS	DESACUERDO			4	DE ACUERDO		
	1	2	3		5	6	7
Hay que ser mala persona para no preocuparse constantemente por los problemas de los demás							

Cuadro n 6.28 CI.Preocupación por los problemas de los demás

CI.2 IMPOSIBILIDAD PARA SER FELIZ	DESACUERDO			4	DE ACUERDO		
	1	2	3		5	6	7
Es imposible ser feliz viendo el mundo como está							

Cuadro n 6.29 CI.2 Imposibilidad para ser feliz

4.1.11. VARIABLES RELACIONADAS CON ACONTECIMIENTOS VITALES

ACV. DETERIORO PERSONAL

GRADO DE MALESTAR
0 1 2 3 4 5

Enfermedad o incapacidad grave propia

Cuadro n 6.30 ACV. Deterioro Personal

4.1.12. VARIABLES RELACIONADAS CON INTELIGENCIA EMOCIONAL

IE.1 MANTENERSE ALEGRE

DESACUERDO DE ACUERDO
1 2 3 4 5 6 7

Tengo la habilidad de mantenerme alegre siempre a pesar de los momentos más difíciles

Cuadro n 6.31 IE.1 Mantenerse alegre

IE.2 DESPRECIO ANTE SÍ MISMA

DESACUERDO DE ACUERDO
1 2 3 4 5 6 7

No sé como hacer para comprender por qué siento desprecio por mí misma la mayoría de las veces

Cuadro n 6.32 IE.2 Desprecio personal

4.1.13. VARIABLES RELACIONADAS CON VALORES

V.1 TIEMPO LIBRE/OCIO

IMPORTANCIA
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Disponer de mucho tiempo libre/ocio

Cuadro n 6.33 V.1 Tiempo libre-ocio

V.2 SIGNIFICADO EN LA VIDA

IMPORTANCIA
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Buscar un significado en la vida

Cuadro n 6.34 V.2 Significado en la vida

V.3 VIVIR AL DÍA

IMPORTANCIA
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vivir al día sin pensar en el mañana

Cuadro n 6.35 V.3 Vivir al día

V.4 VIVIR COMO SE QUIERA

IMPORTANCIA
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vivir como una quiere sin pensar en el qué dirán

Cuadro n 6.36 V.4 Vivir como se quiera

4.1.14. INTERÉS EN OBTENER INFORMACIÓN RESPECTO A LA ENFERMEDAD

Variable que indica la frecuencia del interés mostrado en buscar información concierne a la enfermedad.

El apoyo teórico ha contribuido a considerarlo como un mediador del efecto que produce obtener conocimientos sobre la demencia,(Proctor, Martín & Hewinson, 2002) así como, un mayor control percibido en aquellos sujetos que mantienen actitudes activas en la búsqueda de información (Skinner, 1996).

I. INTERÉS RESPECTO A LA ENFERMEDAD	NUNCA 1	ALGUNAS VECES 2	MUCHAS VECES 3	SIEMPRE 4
¿Mantiene Vd. interés en buscar información respecto a la enfermedad de su familiar?				

Cuadro n 6.37 I. Interés respecto la enfermedad

4.1.15. EXPERIENCIA

En este apartado, se tiene en cuenta la experiencia que los sujetos podían haber tenido como cuidadoras, para ello, adoptando las aportaciones de Pearlin, Mullan, Semple & Skaff (1990), se quiere conocer su asociación con variables relacionadas con estrés y aspectos del cuidado.

EX.1 EXPERIENCIA COMO CUIDADORA	NINGUNA 1	ALGUNA 2	MUCHA 3
¿Ha tenido experiencia como cuidadora anteriormente?			

Cuadro n 6.38 EX.1 Experiencia como cuidadora

EX.2 ¿TIEMPO CUIDANDO?

¿Cuanto tiempo lleva cuidando a su familiar?.....meses

Cuadro n 6.39 EX.2 Tiempo cuidando

4.1.16. CUIDADOR PRINCIPAL

Como se ha indicado anteriormente, el criterio establecido para considerar al cuidador principal fue la establecida por (Dillehay & Sandys, 1990) (Malonebeach & Zarit, 1991). Su inclusión responde en conocer si ser o no cuidadora principal, repercutía en las variables estudiadas.

C.P SEGÚN VD. ¿QUIÉN CONSIDERA QUE ES EL CUIDADOR PRINCIPAL DE SU FAMILIAR?

1. Yo
2. Una hermana-o
3. Personal contratado para cuidarle
4. Mi padre o madre
5. Las tareas se reparten entre todos

Cuadro n 6.40 C.P. Cuidador principal

4.1.17. HOGAR DONDE VIVE EL ENFERMO

Habiéndose descrito como un factor continuado que influye tanto en el enfermo como en la cuidadora, se quería conocer como influía en esta y su relación con el resto de variables.

H.E ¿EN CASA DE QUIÉN VIVE EL ENFERMO?

1. En su propia casa
2. En mi casa
3. En casa de otro hijo-a

Cuadro n 6.41 H.E Hogar donde vive el enfermo

V.E VIVE CON EL ENFERMO

¿Vive VD. en estos momentos con el enfermo?	SI	NO
---	----	----

Cuadro n 6.42 V.E Vive con el enfermo

4.1.18. GRADO DE IMPLICACIÓN

Dado que el cuidado formal suele interpretarse por una ausencia de implicación personal, se quería saber como repercutía el grado de implicación de las hijas en variables relacionadas con su rol. Además de ser estudiada como una mayor percepción de competencia personal desde las teorías de la motivación, Malonebeach & Zarit (1991) la consideran como una de las características que determinan a los cuidadores principales, y Matthews & Rosner, (1988) señalan que los hijos determinan mediante una serie de reglas, cual es su implicación en el cuidado.

IM. GRADO DE IMPLICACIÓN

1. Muy bajo
 2. Bajo
 3. Medio
 4. Alto
 5. Muy alto
-

Cuadro n 6.43 IM. Grado de implicación

4.1.19. VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS

E.C ESTADO CIVIL

1. Soltera
 2. Casada
 3. Vida en pareja
 4. Viuda
 5. Separada
 6. Divorciada
-

Cuadro n 6.44 E.C Estado civil

N.E NIVEL DE ESTUDIOS

1. No sabe leer-escribir
 2. Primarios
 3. Bachiller
 4. Universitarios
-

Cuadro n 6.45 N.E Nivel de estudios

S.L SITUACIÓN LABORAL

1. En paro
 2. Estudiante
 3. Trabajo por cuenta ajena
 4. Trabajo por cuenta ajena con reducción de jornada
 5. Excelencia laboral
 6. Autónoma
 7. Ama de casa
 8. Jubilada
 9. Otros
-

Cuadro n 6.46 S.L. Situación laboral

CAPÍTULO VII PROCESO DE ELABORACIÓN DE ESCALAS

1. CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA CREACIÓN DE ESCALAS

A continuación se indican los procedimientos llevados a cabo para la elaboración de las escalas, detallando los aspectos más importantes de este proceso en el estudio de cada una.

1.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Siendo conscientes que la calidad de un cuestionario comienza por una extensa revisión bibliográfica, para cada uno de los cuestionarios que se analizan se procedió a recopilar tanto las distintas definiciones vertidas sobre el constructo, como los elementos que las componen.

1.2. POBLACIÓN A LA QUE SE DESTINA

Para la construcción de los ítems, se ha tenido en cuenta los aspectos demográficos de la población a la que iban destinados. Así, entre otros aspectos, se ha considerado la edad, nivel de estudios de las personas mayores, roles asociados al género, y poca experiencia en contestar cuestionarios. Consideración especial se ha tenido respecto a las cuidadoras, donde además de lo indicado y teniendo en cuenta la literatura gerontológica, se ha valorado su estado emocional y contribución en el desempeño de distintos roles.

1.3. REVISIÓN DE EXPERTOS

Las definiciones y elementos que componen cada constructo teórico, así como los ítems de cada escala, fueron presentados a grupos de expertos procedentes de las universidades de Granada y Valencia, quienes informaron sobre la pertinencia o no de los ítems, suge-

rencias en el contenido a incluir y/o eliminar y claves en la redacción para facilitar su comprensión.

Para las escalas destinadas a las mujeres cuidadoras, se contó con la supervisión y asesoramiento de profesionales de la salud, enfermeras y trabajadores sociales que trabajaban directamente con este colectivo, considerando aspectos relativos al cuidado, vida diaria y expresiones y sentimientos que informaban.

1.4. ESTUDIO PILOTO

Los primeros análisis de los ítems, se llevaron a cabo con dos grupos: uno compuesto de 57 mujeres no cuidadoras que contestaron escalas no relacionadas con el cuidado, y otro grupo de 52 cuidadoras que respondieron cuestionarios diseñados específicamente para ellas.

Tales muestras se eligen siguiendo las indicaciones de Osterlind (1989), en el que el número óptimo debe estar compuesto entre 50 y 100 sujetos. Los resultados sirvieron para excluir ítems que presentaban dificultades y/o bajas puntuaciones.

Respecto al número óptimo de alternativas de respuestas, amplia ha sido la aportación teórica que se ha pronunciado en el número adecuado de opciones, sin existir un amplio consenso para determinar claramente cuál es la que mejor describe las propiedades psicométricas.

La medición que se utiliza en la mayoría de las escalas diseñadas, corresponde a una valoración tipo Likert de 7 alternativas (Comrey & Montag 1982), (Cicchetti Showalter & Tyrer 1985), (Osare, 1989), (Preston & Colman, 2000) y en otras escalas, también avaladas por la literatura, alternativas de 4 y 5 opciones de respuesta.

La valoración de estas alternativas de respuesta, se estableció mediante el grado de desacuerdo en puntuaciones de 1 a 3 (totalmente, bastante, algo en desacuerdo) y el grado de acuerdo en puntuaciones de 5 a 7 (algo, bastante y totalmente de acuerdo) y finalmente 4, donde el sujeto mostraba que no estaba de acuerdo ni en desacuerdo. Tal valoración se elige frente a otras, por considerar que enfatiza más la convicción o no del sujeto.

Para la selección de los ítems se examinaron las diferencias entre sujetos, analizando en cada pregunta que la desviación típica fuese mayor que 1 y la puntuaciones de la media alrededor del punto medio de la escala (Carretero-Dios y Pérez, 2005).

1.5. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO.

Técnica que se usa como instrumento de selección de ítems homogéneos y para conocer las evidencias en la validez del instrumento. Así, supone obtener resultados estadísticos que son necesarios evaluar, estableciéndose un equilibrio interpretativo entre los datos que se obtienen y el contenido teórico del constructo.

Las evidencias a la validez interna, supone analizar como los ítems que han superado los filtros pertinentes junto con los factores que los agrupa, captan el contenido del constructo que se pretende medir.

Los datos procedentes de la muestra, se analizan mediante las pruebas de Barlett, y de adecuación a la muestra KMO. La primera indica, si se pueden admitir la existencia de factores correlacionados, y por tanto, la probabilidad de extraer factores. La segunda prueba muestra su utilidad, para tomar la decisión si continuar o no con el análisis de los factores, donde valores próximos a 1 resultarán válidos.

Tal grado de valoración, viene a facilitar la decisión de proceder o no con el análisis factorial, así Henry et. al (2003) establece la siguiente clasificación:

VALOR KMO	VALORACIÓN
>.60	Aceptable
>.70	Bueno
>.80	Meritorio
>.90	Excepcional

Cuadro n 7.1 Valoración KMO

El método de extracción factorial utilizado ha sido el de Componentes Principales, que consiste en maximizar la varianza explicada. Así, considerando varios factores, el primero explica la mayor parte de la varianza; el siguiente, independiente del primero, explica la mayor parte de la varianza residual, y así sucesivamente con los factores que puedan seguir.

La bondad de los datos también se comprueba mediante la comunalidad de la variable, que se entiende como la proporción de la varianza que se explica por los factores comunes (Martínez Arias et. al. 2006). Bajas comunalidades indicarán que gran parte de la varianza pertenece a la propia variable.

Dadas las interrelaciones entre factores cuyo contenido teórico se espera formen un constructo psicológico, la rotación que se eligió fue oblicua, comprobándose tanto la variedad oblimin como promax. De tal comprobación, se eligió esta última por resultar en la mayoría de los casos más fácil de interpretar y por no suponer oblimin mejor alternativa para su elección.

El análisis de las saturaciones permite evaluar los factores o constructos latentes, así como si el valor alcanzado en un ítem permite su inclusión o no, de tal forma que puntuaciones que saturan en varios factores sin definirse claramente en uno, suelen eliminarse (Martínez Arias *Ibíd.*). El objetivo, por tanto, no es sólo reagrupar los factores homogéneos, sino la de predecir un criterio externo que tenga su relevancia teórica con la definición o dimensiones del constructo.

El valor de las saturaciones que se aplicó, fue el de ser mayor o igual a .40 existiendo valores menos restrictivos (.25-.30) que se recomiendan para muestra superiores a 300 sujetos (Floyd & Widaman, 1995 en Carretero-Dios & Pérez Ibíd.).

Teniendo en cuenta la relevancia teórica del ítem y estructura del factor, se eliminan aquellos que puntúen por debajo de .40 y saturen en más de un factor.

Respecto al número de factores a obtener mediante el análisis factorial exploratorio, es difícil obtener hipótesis explícitas sobre su número, siendo uno de los problemas más graves en este tipo de soluciones (Martínez-Arias et. al. Ibíd.). Según estas autoras, se pueden obtener mediante pruebas basadas en autovalores (valores superiores a 1), porcentaje de varianza explicada y mediante el gráfico de sedimentación. En las escalas que se analizan a continuación, para la extracción de los factores, se tuvieron en cuenta autovalores mayores que 1, gráficos de sedimentación, y una vez más, el contenido teórico y factores hipotetizados.

1.6. ANÁLISIS DE FIABILIDAD

La fiabilidad indica estabilidad de la medición y comprende varias características: que se muestre sin error, sea precisa y consistente con el concepto que se pretende medir, de tal forma que lo que mida, lo mida bien.

El nivel de fiabilidad resulta especialmente importante tanto para procesos de decisión, como para fines de investigación. Así en éstos, no se pueden realizar predicciones válidas a partir de puntuaciones con baja fiabilidad, afectando tanto a los estadísticos que se obtengan de los resultados de la muestra, como a los valores de correlaciones entre variables (Martínez-Arias Ibíd.). Los criterios de valoración que esta autora (1995) establece para valorar el alfa de Cronbach son:

VALOR ALFA	VALORACIÓN
.60 - .70	Aceptable
.70 - .80	Moderado
.80 - .90	Bueno
.90 - 1	Excelente

Cuadro n 7.2 Valoración ALPHA

En fines de investigación una fiabilidad adecuada, estaría comprendida alrededor de .70 (Nunnally & Bernstein, 1995).

Para el análisis de la fiabilidad, se recurrió al coeficiente de correlación corregido entre el ítem y el total, adoptándose valores iguales o mayores a .20, eliminando aquellos cuya fiabilidad aumentara, y teniendo en cuenta además, la saturación con el factor y la importancia conferida al contenido teórico, no disminuyendo así la validez de constructo (Loevinger 1957 en Carretero-Dios y Pérez Ibíd.).

2. ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

2.1. ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LA I.E

Aunque ya quedó reflejada la descripción teórica de la IE, a continuación se detallará brevemente tanto sus componentes como definiciones que han servido de base para la elaboración de la escala.

Entre las muchas definiciones vertidas de la IE, esta investigación se orientará según las contribuciones de Salovey & Mayer (1990), Mayer & Salovey (1993, 1997) así como investigaciones que han seguido esta línea, entre otros, Schutte (1998) Salovey, Hsee & Mayer (2001) Van Rooy & Viswesvaran (2004), etc..

Una descripción que ofrece Salovey et. al. (2001) de la IE, la considera como la habilidad para dirigir sentimientos y emociones en uno y en los demás, utilizando la información para guiar pensamientos y acciones, así como ayudar en la solución de problemas y toma de decisiones.

Desde la orientación teórica anterior y basada en la unificación de varias definiciones, Van Rooy (Ibíd.) la define como un conjunto de habilidades que permiten a la persona generar, reconocer, expresar, comprender y evaluar sus propias emociones y la de los demás, en orden a guiar pensamientos y acciones que exitosamente se enfrentan ante las demandas y presiones ambientales.

Los dominios de la IE, en los que se pueden agrupar las habilidades son (Salovey et. al. íbid.):

- a) Evaluación y expresión de la emoción (en uno y en los demás)
- b) Adaptativa regulación de las emociones (en uno y en los demás)
- c) Utilizar la emoción basada en el conocimiento, para planificar, crear y motivar la acción.

El modelo de 4 áreas de Mayer & Salovey (1997) describe la IE en:

- a) Percepción y evaluación de la emoción en uno y los demás
- b) Utilizar la emoción para facilitar el pensamiento y la emoción.
- c) Comprensión y razonamiento emocional
- d) Dirección y regulación de las emociones

Dada la amplia literatura que el término ha generado en los últimos veinte años, señalar que la IE comprende además de la destreza, el conocimiento tácito en el manejo de las emociones, utilizando tal información en la propia vida (Salovey & Pizarro, 2003).

2.2. EVALUACIÓN DE LOS ÍTEMS.

Las hipótesis sobre el número de factores que compondrían la estructura de la escala, se estableció en 10, y el número de ítems que se generaron fueron 60. Por falta de claridad, resultar difícil su interpretación, bajas saturaciones y aquellos cuya correlación ítem-total corregida fue prácticamente nula, resultó una escala final con 34 ítems. Este número se consideró válido, al estar comprendido dentro del rango entre 5 y 10 ítems por sujeto (Martínez-Arias, 1995) o 5 como sugiere Stevens (1992).

Las puntuaciones media y desviación típica de la escala, según muestra la tabla n. 1 del anexo, muestra valores medios alrededor de la puntuación 4 y desviaciones mayores que 1.

Respecto a la dirección de los ítems, indicar que de los números 13 al 19 (a.i) 22, 28 y del 30 al 32 (a.i) el sentido de valoración es inverso al habitualmente utilizado, correspondiendo finalmente el grado de desacuerdo a puntuaciones de 7 a 5 y el grado de acuerdo a puntuaciones de 3 a 1.

2.3. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO.

La prueba de la adecuación de la muestra KMO, arroja un valor de .875 en la que según la valoración expuesta, indica una “meritoria” decisión para continuar con el análisis factorial.

La prueba de Barlett, ofrece una chi cuadrado de 3.580,80 correspondiente a *p*-valor menor que .001, lo que supone rechazar la hipótesis nula en cuanto que las variables no correlacionarían en la población a la que pertenece la muestra (Bisquerra, 1989). Estas pruebas, confirman la idoneidad de la matriz para ser sometida al análisis factorial. (Ver tabla n. 2 del anexo)

La tabla de comunalidades (n. 3 del anexo) presenta en su conjunto valores altos, reflejando sólo 2 ítems valores comprendidos entre .40 y .50.

Respecto a la matriz de configuración, (tabla 4 del anexo) se seleccionaron aquellos factores cuyos ítems saturaban por encima de .40, salvo el número 34 que registra un valor de .376, saturando además; aunque algo menos, en los factores 5 y 6. Este ítem se decide mantenerlo porque su exclusión desestabilizaba no sólo el factor, sino incluso otros de la escala. Lo mismo sucede con otras saturaciones que se producen en más de un factor, donde sus valores próximos aconsejarían su eliminación, como son los números 30 y 33, no procediéndose a ello por las razones antes expuestas.

Aunque se estableció una hipótesis de 10 factores, se comprobó si existía coherencia teórica con autovalores mayores de la unidad, analizando estructuras con 5, 6 y 7 factores. Tal resultado no se consideró válido, por dos razones: 1) El número de ítems que incluía no los establecía de forma homogénea respecto al contenido teórico expuesto, y 2) Se consideraba importante la varianza que se perdía.

Finalmente, dado el carácter exploratorio del análisis, ítems eliminados, reubicación de ítems en base a su homogeneidad, y coherencia teórica, se decide aceptar una estructura de 8 factores.

Como se puede observar en la tabla n. 5 del anexo, el primer factor registra un porcentaje del 28,24%, que junto con los tres siguientes supone ya un 51,18%, alcanzando una varianza total del 65,13%.

Respecto a la matriz de correlaciones (tabla n. 6 del anexo) de los factores, en su forma global presentan correlaciones con todos los componentes, salvo el factor 7 que refleja bajas correlaciones con el resto, en este sentido se pueden señalar el factor 5 con el 3 y el 4. Por el contrario, se observan correlaciones sustanciales en el factor 1 con el 3 y el 5; factor 2 con el 5 y factor 8 con el 2 por ejemplo.

2.4. ESTUDIO TEÓRICO DE LOS FACTORES

Factor 1. *Utilizar la emoción para facilitar el pensamiento y motivar la acción.* (Alfa= .90)

El presente factor coincide con el tercer dominio de las habilidades emocionales suscritas por Salovey, et. al (2001) y con la segunda de las áreas de la IE propuestas por Mayer & Salovey (1997) apoyándose también en la facilitación emocional del pensamiento (Salovey, Mayer & Caruso, 2005). Según tales autores, se trata de asignarle una utilidad o funcionalidad a las emociones con el objetivo que sirvan para planificar, crear y motivar la acción.

Factor 2. *Dirigir sentimientos y emociones en los demás.* (Alfa= .82)

Factor coincidente con la definición de IE propuesta por Salovey et. al (Ibíd..) donde la considera como la habilidad para dirigir sentimientos y emociones en uno y en los demás, utilizando la información para guiar pensamientos y acciones, así como ayudar en la solución de problemas y toma de decisiones.

Factor 3. *Comprender y generar emociones adaptativas.* (Alfa= .75)

La comprensión emocional se entiende, como la habilidad para comprender la relación entre distintas emociones, percibir sus causas, y la transición entre emociones (Salovey, Mayer & Caruso, íbid.). Basadas en varias definiciones de la IE, Van Rooy & Viswesvaran (2004) la califican como la generación y comprensión de las emociones que guían pensamientos y acciones.

Factor 4. *Habilidad para expresar emociones.* (Alfa= .76)

Factor que se incluye en las definiciones de Inteligencia Emocional propuestas por Mayer & Salovey (Ibíd..) (Salovey, Mayer & Caruso íbid.), Van Rooy (Ibíd..) y en las habilidades jerárquicas que dirigen la IE (Salovey & Mayer 1990).

Factor 5. *Evaluación emocional en los demás.* (Alfa= .73)

Factor basado en las áreas y dominios de la IE, destacando la habilidad para dirigir y diferenciar entre emociones (Mayer & Salovey *Ibíd.*), (Salovey et. al 2001), (Van Rooy et. al. 2004).

Factor 6. *Habilidad emocional para suscitar interés, y dirigirlo hacia la consecución de metas.* (Alfa= .57)

Factor que parte de la definición de Van Rooy (*Ibíd.*), en cuando que la emoción es dirigida hacia un enfrentamiento exitoso, para el que se mantiene y dirige el pensamiento (Salovey et. al. *Ibíd.*) hacia la consecución de los propósitos. En este sentido, se describe la habilidad para usar las emociones en la solución de problemas y la creatividad (Salovey, Mayer & Caruso, *íbid.*).

Factor 7. *Habilidad emocional dirigida hacia estados agradables.* (Alfa= .86)

Factor 8.- *Regulación emocional en los demás.* (Alfa= .59)

Factores que recoge la gestión de las emociones en uno mismo y en los demás, (Mayer & Salovey, 1997) describiéndose como la habilidad para estar abierto a los sentimientos agradables y desagradables (Salovey, Mayer & Caruso, *íbid.*) y alcanzando niveles de destreza sabiendo cómo tranquilizarse después de angustiarse, o aliviar la ansiedad en los demás (Mayer & Salovey, *íbid.*)

2.5. ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Un análisis de la fiabilidad total (tabla n. 7 del anexo), conlleva interpretar la calidad de los ítems seleccionados, correspondiendo las bajas correlaciones con el total de la escala a los ítems 28 (.29), el 18 (.33), y entre los más altos el ítem 2 (.679) y el 4 (.655).

Finalmente el coeficiente alfa propuesto por Cronbach (1951) fue de .916 correspondiéndole una valoración excelente según la valoración expuesta por Martínez-Arias (1995).

3. ESCALA DE BIENESTAR SUBJETIVO

Los componentes del BS según Diener et. al. (1999) son el afecto, positivo y negativo, y la satisfacción con la vida. Todo ello en dominios o ámbitos como el trabajo, familia, nivel de ingresos, salud, uno mismo y los demás, ampliándolo Ryff (1989) y Ryff & Keyes (1995) hacia la adaptación, crecimiento personal y aceptación.

Las aportaciones que se han vertido sobre el BS a lo largo de estos años, se pueden englobar en tres (Diener & Diener, 1995): 1) Valoración subjetiva en términos positivos que el individuo realiza sobre su vida, en esta evaluación, Veenhoven (1984) considera: las emociones, estado de ánimo, aspiraciones y logros. Finalmente Diener, (2000) valora el BS como el grado, o más bien, hasta qué punto la persona está a gusto con su vida. 2) Grado en los que los afectos positivos superan a los negativos. 3) La felicidad, considerada desde planteamientos clásicos como la virtud y los valores.

La escala de BS que a continuación se expone, estará compuesta siguiendo las indicaciones anteriores, por dos escalas: en una se pretende medir afecto positivo y negativo, y en otra satisfacción. La suma de ambas escalas compondrá la Escala de Bienestar Subjetivo.

3.1. ESCALA DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO

3.1.1. ANÁLISIS DEL CONTENIDO

Siguiendo a Watson & Tellegen, (1985) los afectos positivos y negativos, suponen el principal aspecto de la vida afectiva, donde el positivo supondría comprometerse de forma placentera con el entorno, o simplemente el placer de vivir.

Calificando los afectos como una emoción (Diener & Diener, 1995) (Cacioppo et. al. 1999) indican la percepción o evaluación que las personas realizan de su vida, donde el afecto positivo englobaría emociones como: felicidad, alegría, orgullo, cariño, satisfacción, éxtasis y euforia; y el afecto negativo: tristeza, culpa, vergüenza, ansiedad, preocupación, enfado, estrés, envidia y depresión.

3.1.2. EVALUACIÓN DE LOS ÍTEMS

Para la evaluación de los ítems, se eligió en vez del criterio de cohesión grado de acuerdo en cada respuesta, se incorporó el grado de tristeza o felicidad en varios dominios. Utilizando la misma evaluación tipo likert que las anteriores escalas, en esta quedó establecida de la siguiente forma:

TRISTEZA	FELICIDAD
1. Totalmente triste	5. Algo feliz
2. Bastante triste	6. Bastante feliz
3. Algo triste	7. Totalmente feliz
4. Ni triste, ni feliz	

Cuadro n 7.3 Grado de tristeza-felicidad

Dado el contenido neutro de los ítems, se estaba interesado en que el sujeto eligiese entre tristeza y felicidad, y una vez realizado, pronunciarse en su evaluación mayor o menor. Frente a esta clasificación se estableció la alternativa 4, donde la pregunta no le reportara ni tristeza ni felicidad.

La escala se elabora estableciendo hipótesis para 3 factores y 16 ítems, de los que 10 resultaron válidos tras aplicar los análisis que más adelante se indican. El número ítems, finalmente obtenidos, se hallaron comprendidos dentro de los mínimos requeridos por sujeto, según indican Martínez-Arias (íbid.) y Stevens (íbid.).

En la tabla 24 del anexo, se muestran los resultados obtenidos de la media y desviación típica, comprobándose como la mayoría de los ítems puntúan entre 5 (algo feliz) y 6, (bastante feliz) señalando la desviación típica valores por encima de la unidad.

3.1.3. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

El valor que arroja la prueba de adecuación de la muestra KMO es .768 (ver tabla n. 25), lo que supone una “buena” decisión (Henry et. al. 2003) para continuar con el análisis factorial, por otra parte, el resultado de la chi cuadrado de la prueba de Barlett es de 440.40 correspondiéndole un p -valor inferior a .001, suponiendo ambas pruebas la confirmación para establecer el análisis de los factores.

En el análisis de las de las comunalidades se muestra que la mayoría de los datos presentan valores altos, siendo los valores más bajos el ítem 7 (4.72) el 3 (4.94) y el 8 (4.99).

La matriz de configuración (ver tabla n. 26 del anexo) muestra saturaciones altas, y la coincidencia en más de un factor sólo se produce en un ítem. Éste corresponde al ítem 8 que satura en los factores 2 (.408) y 3 (.344), lo que podría indicar su eliminación. Aunque el factor 2 supera el valor mínimo indicado y no se define claramente por un factor, (Martínez-Arias, 2006), se decide mantener por dar prioridad al contenido teórico.

Respecto a la varianza obtenida de los factores, los dos primeros suponen ya un 50,66%, y la total el 61,08%, contribuyendo este tercer factor con un autovalor de 1,042 (ver tabla n. 27 del anexo).

La matriz de correlaciones de los factores, presenta considerables valores entre los factores 1 con el 2 y 3, y marcada la correlación entre el factor 2 y 3.

3.1.4. ESTUDIO TEÓRICO DE LOS FACTORES.

Factor 1. *Afecto propio en acontecimientos diarios.* (Alfa= .72)

El afecto positivo y negativo se enmarcan dentro de dominios concretos, como el trabajo y afectividad en uno mismo (Diener et. al. 1999), contribuyendo el conocimiento de los planes deseados que se están llevando a cabo (Bryan & Veroff, 1984).

Factor 2. *Afecto en familia parental.* (Alfa= .74)

Factor 3. *Afecto en familia propia.* (Alfa= .57)

Perteneciente a otro dominio propuesto por Diener et. al. (Ibíd..) como es la familia, estos factores recogen por una parte la relación con la propia familia (cónyuge e hijos) y por otra, la relación que se mantiene con la de procedencia, donde la homogeneidad de los ítems se unen en torno a la relación que se mantiene con el familiar enfermo. En este sentido se destacan las aportaciones de Watson & Tellegen, (1985) que señalan comprometerse de forma placentera o no con el entorno, en nuestro caso, su entorno más inmediato es la relación y cuidado de un familiar.

3.1.5. ANÁLISIS DE FIABILIDAD

La medición de la consistencia interna calculada mediante el índice propuesto por Cronbach (1951) fue de .78, correspondiendo a un coeficiente moderado según la valoración ofrecida por Martínez-Arias (1995).

3.2. ESCALA DE SATISFACCIÓN

3.2.1. ANÁLISIS DEL CONTENIDO TEÓRICO

Según Wilson, (1967) el grado de satisfacción dependerá de la realización personal, nivel de adaptación y aspiraciones personales, y además, se verá influenciado por los valores, experiencias pasadas, y las comparaciones que establezca. Estas comparaciones según la teoría de las discrepancias múltiples propuesta por Michalos, (1985) incluye la comparación con los demás, y la percepción que el sujeto posee de su vida al compararla con la que desearía tener.

3.2.2. EVALUACIÓN DE LOS ÍTEMS.

La evaluación que se estableció para esta escala fue similar a la anterior, optando por aquellas alternativas en las que el sujeto tuviera que elegir entre el grado de satisfacción o insatisfacción. La evaluación tipo Likert se eligió según se indica en el siguiente cuadro (n. 7.4).

INSATISFACCIÓN	SATISFACCIÓN
1. Totalmente insatisfecho	5. Algo satisfecho
2. Bastante insatisfecho	6. Bastante satisfecho
3. Algo insatisfecho	7. Totalmente satisfecho
4. Ni satisfecho ni insatisfecho	

Cuadro n 7.4 Grado satisfacción-insatisfacción

Para una estructura de 4 factores se elaboraron 20 ítems, lo cuales tras los procesos que más adelante se analizan quedaron reducidos a 12, estando comprendidos así, dentro de los mínimos exigidos por cada sujeto.

Los valores medios de la escala mostrados en la tabla 36 del anexo, se sitúan la mayoría por encima de 5, y sólo 3 ítems, se encuentran comprendidos entre las puntuaciones 4 y 5. Respecto a la desviación típica, no todos se muestran por encima de 1, existiendo 4 ítems que están entre 0.90 y 1.

3.2.3. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO.

La prueba de adecuación de la muestra KMO es de .750, donde según la evaluación propuesta por Henry et. al. (2003) supone una “buena” decisión para establecer el análisis de los factores.

La prueba de Barlett ofrece una chi-cuadrado de 883,525 y un p -valor inferior a .001, indicando nuevamente la idoneidad para continuar con el análisis factorial.

En la tabla de las comunalidades del anexo (tabla n. 38) se puede comprobar como la mayoría de los valores son superiores a .60, existiendo sólo dos ítems levemente más bajos como son el 7 (.534) y 10 (.544).

La matriz de configuración (tabla n. 39 del anexo) presenta altas saturaciones, existiendo dos ítems que saturan en más de un factor. Así, el ítem 7 podría ser eliminado dada la baja diferencia existente entre los factores 1 (.392) y 2 (.460); sin embargo, se opta por mantenerlo dada la relevancia teórica y coherencia que mantiene con los ítems. La saturación que se produce en los factores 3 y 4 del ítem 10, no presenta ningún conflicto, ya que según indica Martínez-Arias (2006) el ítem se define claramente por un factor, como es el 3.

La escala se estructura en 4 factores tal y como se había hipotetizado, así en la tabla 40 que se expone, se observa como el cuarto factor arroja un autovalor mayor que la unidad, alcanzado un porcentaje acumulado de varianza de 70.485%.

La matriz de correlaciones que se muestra, (tabla n. 41 del anexo) se puede observar como el factor 2 obtiene correlaciones menores que el resto, correspondiendo al factor 1 las más marcadas.

3.2.4. ESTUDIO TEÓRICO DE LOS FACTORES.

Factor 1. *Satisfacción vida actual.* (Alfa= .82)

Diener et al. (1999) incorpora como aspectos que comprenden la satisfacción: la satisfacción con la vida actual, con el pasado y con el futuro. Michalos (Íbid.) y Wilson (1967) como antes se señalaba, consideran inevitable en este tipo de valoraciones, la comparación con los demás.

Factor 2. *Valoración y relación ante los demás.* (Alfa= .77)

Ver como los demás valoran nuestra vida es otro aspecto integrante de la satisfacción vital propuesto por Diener et. al. (Íbid.), incluyéndose en el factor, dominios pertenecientes a la familia y relación con los demás.

Factor 3. *Consecución y realización personal.* (Alfa= .65)

Wilson (íbid.) dentro de las aspiraciones personales, señala la evaluación que se realiza de las metas que se van alcanzando como un componente principal para la realización per-

sonal y la satisfacción. En este sentido la satisfacción con los hijos, en muchas mujeres, indica tanto realización personal como un proyecto vital cumplido.

Factor 4. *Satisfacción en la pareja*. (Alfa= .73)

Destacando la importancia que la pareja tiene para evaluar la satisfacción en la vida actual, como sugiere Diener (ibid.), se toman en cuenta las referencias temporales que indican Bryan & Veroff (1984), como una forma para medir el cumplimiento de expectativas, tanto presentes como futuras.

3.2.5. ANÁLISIS DE FIABILIDAD.

El índice de fiabilidad propuesto por Cronbach (1951) fue de .824, presentando un buen coeficiente según Martínez-Arias (1995) (ver tabla n. 42)

4. CUESTIONARIO DE VALORES

4.1. ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LA ESCALA

La definición que se adoptó para esta escala, y que se basa en las aportaciones de Levy & Guttman, Maslow y Rockeach, es la ofrecida por Schwartz & Bilsky (1987). Estos autores, la definen como el concepto o creencia que posee un individuo sobre un objetivo (terminal o instrumental) transituacional, que expresa intereses (individuales, colectivos o bien ambos) que conciernen a un dominio o área motivaciones, y que es evaluado en un rango de importancia (muy importante o sin importancia) como principio rector de su vida.

Con esta escala se pretendía conocer las creencias personales en valores terminales e instrumentales, tanto de la mujer cuidadora como no cuidadora.

Según la tradición teórica, los valores actúan como normas para guiar la conducta (Taylor, 1989) y regular el comportamiento en distintas situaciones (Coll, 1985). Así para Moradillo (1993) tal comportamiento se orienta en favor de la comunidad, teniendo en cuenta las necesidades e intereses de ésta.

4.2. EVALUACIÓN DE LOS ÍTEMS

La hipótesis para el número de factores que compondrían esta escala se estableció en 6, y para ello, se consideraron 35 ítems de los que 14 no resultaron válidos. El número final quedó fijado en 21, estando así comprendidos dentro de los mínimos exigidos por cada sujeto

El grado de importancia para cada ítem se constituyó mediante una escala de 1 a 10, donde el 1 era nada importante y 10 muy importante. Tal escala se utilizó por la facilidad para los sujetos de establecer valoraciones mediante una escala conocida, por haberse empleado en escala de valores (Megías, 2000) (Megías y Elzo, 2006) y fundamentalmente por el apoyo empírico recibido en estas alternativas de respuesta (Cicchetti et. al. 1985), (Preston & Colman, 2000).

Las puntuaciones medias de los ítems se encuentran comprendidos en un rango de 6 a 10, y una desviación típica hasta 2,634, salvo los números 4 y 16 relacionados con valores conservadores-progresistas, cuya media se sitúa por debajo de 6 y una desviación típica superior a 3 (ver tabla n. 52 del anexo)

4.3. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

La prueba KMO de adecuación de la muestra, muestra un valor de .843, lo que supone una meritoria decisión para realizar el análisis de los factores (ver tabla n. 53 del anexo). La chi-cuadrado de la prueba de esfericidad de Barlett, es de 1964,57 con un p -valor inferior a .001. (ver tabla 53 del anexo) Ambas pruebas, indican la validez para continuar con análisis factorial.

En la tabla de comunalidades la mayoría de los valores muestran valores altos, correspondiendo el más bajo al ítem 27 (.348).

En la matriz de configuración (tabla n. 55 del anexo) según se puede observar, no existen ítems que saturan en más de un factor que deban descartarse, salvo el 9 que dada su baja diferencia se podría recomendar su eliminación. Sin embargo, no se procede a ello por considerar importante el ítem dentro del factor 3, y por mantener la estructura de la escala.

La varianza total acumulada para los cinco factores obtenidos, alcanza un 64,70%, eligiéndose aquellos cuyo autovalor fuese superior a la unidad.

Las correlaciones (tabla n. 57 del anexo) entre los factores, presenta en su conjunto valores leves, correspondiendo los menores a los factores 5 con el 2 y 3, y éste con el 4.

4.4. ESTUDIO TEÓRICO DE LOS FACTORES

Los factores obtenidos se encuadran dentro de la clasificación que Rokeach (1973) establece para los valores:

- 1) Valores terminales. Se refieren a una meta u objetivo deseable en la vida, que pueden llegar a constituir un ideal para la existencia humana, describiéndose a continuación:
 - a. Naturaleza personal. Centrado en el ego.
 - i. Factor 4. *Aspiraciones personales*. (Alfa= .74). Incluye ítems como la libertad y llegar a ser una persona feliz.
 - b. Naturaleza social. Centrados en las relaciones interpersonales.
 - i. Factor 1. *Comportamiento prosocial*. (Alfa= .81). Considera valores como ayuda a la inmigración, a los más necesitados, y preocuparse por lo que ocurre en otros lugares del mundo.

ii. Factor 3. *Valores familiares*. (Alfa= .69). El factor señaló la homogeneidad de los ítems relacionados con la importancia a los hijos, una familia unida, incluso ser cuidadora de un familiar.

a) Valores instrumentales.- Haciendo referencia a la forma de ser, supone perseguir un modo deseable de conducta dirigida hacia el cumplimiento de metas, que puede ser de naturaleza moral y personal, siendo ésta última, la que se toma en cuenta para la clasificación de los factores.

a. Naturaleza personal. Importancia dada a alcanzar estados deseables del comportamiento.

i. Factor 2. *Objetivos y metas personales*. (Alfa= .76). Comprenden ítems relacionados con la superación personal, éxito en el trabajo, y esforzarse en ser una persona mejor, entre otros.

ii. Factor 5. *Conservador/progresista*. (Alfa= .69). Este factor contiene ítems que indican el grado de importancia en estar a favor del divorcio y matrimonios homosexuales.

4.5. ANÁLISIS DE FIABILIDAD

La consistencia interna obtenida mediante el análisis de fiabilidad propuesto por Cronbach (1951), fue de .84 (tabla n. 58 del anexo) lo que indica un buen coeficiente según la valoración de Martínez-Arias (1995).

En la tabla 59 del anexo, se muestra la correlación ítem total corregida, donde se comprueba que el ítem 27 arroja un valor de -.04. Aunque como se ha argumentado, tal pregunta debía de eliminarse, no se procede a ello por la homogeneidad con el factor y por mantener la estructura de la escala.

5. ESCALA DE CONTROL PERCIBIDO EN EL ROL DE CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA

5.1. ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LA ESCALA

Entre las definiciones de control percibido que más han guiado el contenido de la escala, se encuentran, por una parte, la ofrecida por Burger (1989) que enfatiza la capacidad percibida para alterar acontecimientos, y por otra, la de Rodin (1990), como la expectativa en adquirir competencia personal y desear consecuencias favorables.

Además de estas definiciones, la base teórica que se ha tenido en cuenta ha sido la de Skinner (1996). Esta autora, en el estudio de control, destaca, la acción intencionada del sujeto hacia la consecución de un desarrollo y resultado favorable, así como comportamientos orientados hacia la prevención de consecuencias no deseables. Entre las atribuciones de causalidad ante las circunstancias, distingue entre un control que hace referencia al presente, pasado y futuro, señalando así acciones guiadas hacia un control anticipatorio y preventivo.

En situaciones de amenaza, Averill (1973) hace referencia a aquellas acciones llevadas a cabo que intenten modificar los eventos objetivos del entorno.

Condiciones específicas de un entorno como es el de los cuidadores, en el que como agentes de la acción de cuidar, establecen comportamientos orientados hacia la consecución de unos fines y mantener la estabilidad en el contexto en el que se desenvuelven.

Aplicando la definición de Thompson (1981) al cuidado, supone la creencia en las propias capacidades, y podríamos añadir experiencia, con el fin de producir efecto en las circunstancias adversas del día a día.

Experiencia, que según Pearlin, Mullan, Semple & Skaff (1990), supone un mediador en los procesos de cuidado de personas, previniendo y disminuyendo los efectos de estrés.

En los estudios llevados a cabo por Pagel et. al. (1985) el control percibido en cuidadores de enfermos con demencia, es evaluado en referencia al comportamiento impredecible del receptor de cuidados, y hacia los cambios experimentados como resultado de cuidar, incluyendo situaciones como: reducción de contacto social, cambios en relaciones sociales, y menor tiempo dedicado al ocio, entre otros.

5.2. EVALUACIÓN DE LOS ÍTEMS

La escala se diseña previendo una estructura de 4 factores y 25 ítems, de los que finalmente resultaron válidos 3 y 20, estando éstos comprendidos dentro de los ítems mínimos requeridos por sujeto (Stevens, 1992).

La medición de este cuestionario quedó establecida de forma inversa a los indicados anteriormente, correspondiendo para todos los ítems (salvo el número 4) a una valoración de 7 a 1, donde el 7 indica totalmente en desacuerdo y el 1 totalmente de acuerdo.

Los valores medios de los ítems de la escala oscilan alrededor de 3 y varios por debajo de este valor, alcanzando desviaciones la mayoría superior a 1,5. (ver tabla n. 70 del anexo).

5.3. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

El valor de la prueba de adecuación de la muestra indica un valor de .858, suponiendo una valoración "*meritoria*" para continuar con el análisis factorial.

La prueba de Barlett, (tabla n. 71 del anexo) ofrece una chi cuadrado de 970,86 y un *p*-valor inferior a .001, indicando con la prueba anterior, que la matriz de correlaciones resulta idónea para continuar con el análisis factorial.

La tabla de comunalidades (tabla n. 72 del anexo) refleja en su mayoría valores bajos, y sólo 5 valores por encima de .60.

Respecto a la matriz de configuración (tabla n. 73 del anexo) se seleccionaron aquellos factores cuyos ítems saturaban por encima de .40, no existiendo ninguno que lo hiciera en

más de un factor, salvo el ítem número 11, que se decide mantener por considerar que se define claramente en el factor 1.

Como se ha indicado, la escala quedó compuesta por 20 ítems y 3 factores, eligiendo hasta aquel factor donde la pendiente comienza a hacerse más plana, y además teniendo en cuenta la relevancia teórica de los factores. Como puede observarse, (tabla n. 74 del anexo) la varianza total explicada supone prácticamente un 53%.

La matriz de correlaciones (tabla n. 70 del anexo) muestra correlaciones aceptables entre el factor 1 con el 2 y 3, salvo la baja correlación entre estos dos últimos factores.

5.4. ESTUDIO TEÓRICO DE LOS FACTORES

Factor 1. *Resultados del cuidado* (Alfa=.87)

Resultados percibidos de la acción de cuidar, incluyendo dedicación a actividades placenteras, relaciones sociales, cambios experimentados y control percibido en el momento actual, (Pagel et. al. 1985), así como toma de decisiones (Rodin, 1990) y la inestabilidad para reestructurar la vida de los cuidadores (Pearlin et. al 2001).

Factor 2. *Superación-prevención de resultados no deseados* (Alfa=.85)

Este factor recoge el control percibido sobre acontecimientos ocurridos y venideros (Skinner, Íbid.), (Pagel et. al. 1985) referentes al impacto de cuidar a una persona con demencia, donde los cuidadores informan de miedos y un futuro incierto (Zarit, Orr & Zarit, 1985), percibiendo como próximos la posibilidad de que ocurra.

Factor 3. *Consecuencia emocionales* (Alfa=.58)

La homogeneidad de los ítems, se agrupan en torno a los resultados emocionales tras la acción de cuidar, incluyendo percepción de control personales y familiares (Pearlin, 1999) y comportamientos del enfermo (Pagel et. al.1985).

5.5. ANÁLISIS DE FIABILIDAD

La consistencia interna obtenida mediante el coeficiente de fiabilidad fue de .88, considerándose un “buen” índice según la calificación antes expuesta por Martínez-Arias (1995).(ver tabla 76 del anexo)

6. ESCALA DE RESILIENCIA EN CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA.

6.1. ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LA ERCED

De forma breve se señalan los aspectos teóricos tenidos en cuenta para la elaboración del presente cuestionario. Entre las definiciones que más han guiado su influencia, se destaca aquella propuesta por Wagnid & Young (1993) que define la resiliencia como una característica de la personalidad que modera los efectos negativos del estrés y promueve la adap-

tación. Según tales autores, en estudios de personas mayores se ha definido comprendiendo cinco elementos, de los cuales para este cuestionario se extrajeron dos, como son la perseverancia y autoconfianza.

La resiliencia supone, como afirman Glantz & Sloboda (1999), que una persona en dominios concretos ha hecho frente, ha resistido o ha podido vencer situaciones en condiciones de adversidad. En esta escala la concreción a tales dominios se focaliza en el rol de cuidadora, donde como afirma Pearlin, tal sobrecarga en el desempeño de este rol superan las propias capacidades.

En este ámbito del cuidado Kramer (1993), elaboró un modelo cuyos determinantes sistémicos y personales, derivan en una buena y mala adaptación. Así, destacamos dos de sus cuatro aspectos, como son: las demandas de la situación de cuidado (duración del cuidado, estresores personales, familiares y del paciente, etc.), recursos y competencias personales.

Entre estos recursos y competencias, varias definiciones señalan la resiliencia como: una capacidad para continuar ante situaciones inesperadas (Longstaff, 2005), ajustarse fácilmente a la adversidad (Brown & Kulig, 1997) y afrontamiento eficaz, encontrando recursos y fuerzas desconocidas (Ganor & Ben-Lavy, 2003).

6.2. EVALUACIÓN DE LOS ÍTEMS

El cuestionario se diseña para una escala de 5 factores y 26 ítems, de los cuales finalmente resultaron válidos 3 factores y 12 ítems, estando estos últimos comprendidos dentro de los ítems requeridos por cada sujeto.

En la tabla 83 del anexo se puede comprobar como la mayoría de los valores de la desviación típica se sitúan alrededor de 1,50, y la media se encuentra comprendida entre las puntuaciones 5 y 6, entre algo de acuerdo y bastante de acuerdo con cada ítem.

6.3. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

La prueba realizada para la adecuación de la muestra KMO ofrece un resultado de .738, el cual, siguiendo la clasificación expuesta por Henry et. al. (2003), supone una buena decisión para continuar con el análisis factorial.

El valor chi cuadrado de la prueba de Barlett, es de 344,71 correspondiendo un *p*-valor menor de .001, lo que indica junto la anterior prueba, que la matriz de correlaciones resulta idónea para realizar el análisis factorial (tabla n. 84 del anexo).

La comunalidades de esta escala (tabla n. 85 del anexo) no todos los valores reflejan elevados valores, encontrándose entre los más altos el ítem 12 (.686) y entre los más bajos el número 1 (.375).

La matriz de configuración (tabla n. 86 del anexo) indica buenos índices de saturación, correspondiendo el más bajo al ítem 10 (.561). Asimismo, se puede observar la homo-

geneidad de los ítems en cada factor, en los que no se producen saturaciones altas con otros, indicando de esta forma una buena coherencia con las dimensiones.

La varianza total alcanza un 54,70% para los tres factores, correspondiéndole a éste último un autovalor de 1,28.

Respecto a la matriz de correlaciones de los factores, se observa que no se han obtenido correlaciones altas, encontrándose entre estas los factores 1 y 2; 2 y 3, y una correlación marcada en el factor 1 con el 3. (ver tabla n. 88 del anexo)

6.4. ESTUDIO TEÓRICO DE LOS FACTORES

Factor 1. *Fortaleza*. (Alfa= .73)

Este factor toma en cuenta las aportaciones de Schneider-Rosen & Cicchetti (1984, 1991) respecto al papel continuado en el esfuerzo, y en el desarrollo y adquisición de competencias a través del tiempo. También hay que incluir las de Ganor & Ben-Lavy (2003) en cuanto descubrimiento de recursos y fuerzas desconocidas para un afrontamiento eficaz, y sobre todo, la perspectiva basada en la fortaleza (Strengths-based) de cuidadores de enfermos crónicos (Berg-Weger et. al 2001).

Desde estas aproximaciones, la fortaleza en la mujer cuidadora indica por una parte la seguridad en sus propias capacidades, y por otra, la predisposición a mantener un comportamiento competente que permite resolver situaciones de cambio.

Factor 2. *Perseverancia*. (Alfa= .68)

Wagnild & Young (1993) refiriéndose al comportamiento resiliente, definen perseverancia como la capacidad para continuar a pesar de la adversidad y considerada también por Kumpfer (1999) como un factor interno en la resiliencia. Bandura (1989), sin mostrarse ausente, la califica como un factor importante en las personas resilientes, destacando la determinación en los planes de la vida para la consecución de objetivos.

También se ha considerado la empatía dentro la resiliencia, como una competencia social (Kumpfer, *Ibíd.*), donde en el contexto del cuidado, supone el cumplimiento responsable y estar dispuesto ante las necesidades de los otros (Cerner, 1985, 1986 en Kumpfer, *Ibíd.*).

En este sentido el factor indica, por una parte, ser consecuente con la decisión de cuidar, y por otra, mantener pensamientos y comportamientos constantes en el tiempo, facilitando así una interacción socialmente compartida a pesar de los obstáculos que puedan aparecer.

Factor 3. *Autoconfianza*. (Alfa= .57)

Creencia en uno mismo y en las propias capacidades (Wagnild & Young, 1993), (Rutter, 1987), (Connor & Davidson, 2003). La autoconfianza de la cuidadora supone la segu-

ridad que posee en sí misma gracias a la experiencia y resultados del cuidado, lo que le facultan para acometer con certeza los desafíos del rol que desempeña.

6.5. ANÁLISIS DE FIABILIDAD

El resultado del análisis de fiabilidad propuesto por Cronbach fue de 0,756, (ver tabla n. 89) considerándose moderado según la valoración de Martínez-Arias (1995), antes expuesta.

7. ESCALA DE PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS EN ENFERMOS CON DEMENCIA

7.1. ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LA ESCALA

Para el contenido teórico de la escala, se tuvo, además de la extensa literatura que existe sobre tales comportamientos en el enfermo, las aportaciones de Agüera y Martín (2006), Peña-Casanova (1999) -entre otros- considerándose además la propuesta por la International Psychogeriatric Association (2002) (IPA) que describe los síntomas cognitivos y conductuales de la demencia, como aquellos síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o la conducta, que a menudo presentan los pacientes con demencia (Finkel & Burns, 1999).

7.2. EVALUACIÓN DE LOS ÍTEMS

La hipótesis sobre el número de factores que compondrían la escala, se estableció en 5 para un total de 25 ítems. Finalmente, el número de factores resultantes fueron 4 y el número de ítems 15, estando éstos comprendidos dentro de los mínimos exigidos por cada sujeto.

Para la escala de valoración se elige la opción tipo Likert de 5 alternativas, hallándose avalado por varios estudios Lissitz & Green (1975), Jenkins & Taber (1977), Oaster (1989), Preston & Colman (2000). El criterio de evaluación se muestra en el siguiente cuadro, indicando la cuidadora la frecuencia del comportamiento que recibía justo en el tiempo que estaba con el enfermo.

FRECUENCIA

0. Nada

1. Un poco

2. Moderadamente

3. Mucho

4. Muchísimo

Cuadro n 7.5 Grado de frecuencia

En la tabla que muestra los estadísticos de los ítems (tabla n. 97 del anexo) se observa como algunos valores medios se encuentran entre 1 y 2, indicando la frecuencia que la mujer recibe tales comportamientos mientras está con el familiar, y respecto a la desviación típica, la mayoría superan la unidad.

7.3. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO.

La prueba KMO de adecuación muestral arroja un valor de .841 la que supone una meritoria decisión para continuar con el análisis de los factores. Y la de esfericidad de Barlett, refleja una chi-cuadrado de 897,226 perteneciéndole un p -valor inferior a .001.

Ambas pruebas avalan la decisión para realizar el análisis factorial.

La tabla de comunalidades del anexo (tabla n. 99) indica en la mayoría de los elementos elevados valores, correspondiendo los menores al ítem 4 (.479) y 15 (.441).

La matriz de configuración (tabla n. 100 del anexo) presenta en su mayoría saturaciones altas, así se observan como los ítem 5, 3, 6 y 4 lo hacen en más de un factor, no existiendo ningún conflicto en su interpretación dada la amplia diferencia entre ellos y definiéndose claramente por los factores 2 y 3 (Martinez-Arias, 2006).

El porcentaje de varianza total acumulada fue 66,81, correspondiendo al cuarto factor un autovalor de 1,006.

La matriz de correlaciones de los factores (tabla n. 102 del anexo) presenta en su conjunto valores aceptables, correspondiendo la más baja al factor 2 con el 4, y la más alta al 1 con el 3.

7.4. ESTUDIO TEÓRICO DE LOS FACTORES.

En la presente escala, como se ha indicado, se estaba interesado en evaluar la percepción que la cuidadora hacía de la frecuencia de los comportamientos del enfermo mientras estaba con él. En este sentido, se adopta la definición propuesta por Izal, Montorio, Losada, Márquez y Alonso (2000), quienes destacan durante la experiencia de cuidado, las alteraciones del comportamiento que se puedan producir bien por defecto o exceso, y que puedan suponer un riesgo o peligro tanto para las personas implicadas en el cuidado, como el propio enfermo.

Sin pretender elaborar una exhaustiva lista de comportamientos, se consideraron aquellos más frecuentes y que más podrían interferir en su labor de cuidado.

Teniendo en cuenta la proporción de tales síntomas en las demencias (Cummings 1997 en Agüera y Martín, 2006) y adoptando para la escala la clasificación de la International Psychogeriatric Association (IPA) (2002) a continuación se especifican los factores:

- 1) Síntomas conductuales.- Se destacan de los incluidos por la IPA: agresión física, inquietud, agitación, vagabundeo y comportamientos culturales inapropiados.

- a. Factor 1. *Comportamiento hostil e insistente*. (Alfa= .88)
- b. Factor 2. *Comportamiento agresivo*. (Alfa= .81)
- c. Factor 3. *Agitación psicomotora*. (Alfa= .72)

2) Síntomas psicológicos.- Aunque la IPA incluye alucinaciones, delirios, ansiedad y humor depresivo, se ha preferido incluir sólo éste último por ser más frecuente y fácil de observar por la cuidadora.

- a. Factor 4. *Comportamiento depresivo* (Alfa= .75)

7.4.1. ANÁLISIS DE FIABILIDAD

El coeficiente alfa de Cronbach (1951) muestra un valor de 0,891 (ver tabla 103 del anexo) correspondiendo a una buena valoración, y muy próxima a excelente, según la clasificación indicada por Martínez-Arias (1995).

8. ESCALA DE CREENCIAS IRRACIONALES

8.1. ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LA ESCALA

Los estudios que han guiado el contenido de la escala, se centran en las aportaciones de Beck (1976) Beck & Rush (1995) Beck (1995) Weissman & Beck (1978) y Ellis (1962, 2003) ya analizados, donde destacan que sentimos tal y como pensamos, predisponiendo así a actuar de una determinada forma.

Estos autores señalan, que una forma de pensar cuya causa principal se encuentre determinada por una percepción irracional, en comparación con elementos externos evidentes, añadimos, desembocan en consecuencias emocionales y conductuales perjudiciales para el sujeto.

Como antes se argumentaba, la justificación ante las creencias irracionales viene dada por la relación existente entre estas creencias y el mundo, y no por quien las cree, ya que como afirma Harman, (1986) esta justificación es necesaria si existen razones para dudar de una creencia particular.

En este sentido, y en base a los resultados que parecen desprenderse de esta forma de pensar, se ha argumentado que las creencias irracionales impiden la posibilidad de realizar planes, alcanzar metas, y sentir emociones placenteras.

Así, las emociones que surgen de tales ideas se presentan con resultados desadaptativos para un ajuste personal y social del sujeto, que dependen tanto de su contenido como de la intensidad.

Contrariamente las creencias racionales, se destacan por aceptar la situación, poseer una valoración moderada de los acontecimientos negativos, presentar una tolerancia a la frustración y mostrar una actitud de preferencia ante las cosas, frente a una actitud exigente.

8.2. EVALUACIÓN DE LOS ÍTEMS

La hipótesis sobre el número de factores se estableció en 5, y los ítems que se elaboraron fueron 36, de los que tras los análisis realizados resultaron 4 factores y 19 ítems, mostrándose éstos válidos según los mínimos exigidos por sujeto.

Las puntuaciones medias de los ítems presentan valores muy variados, oscilando desde puntuaciones altas a puntuaciones bajas, con unas desviaciones típicas por encima de 1,5. (ver tabla n. 113 del anexo).

8.3. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

La prueba KMO de adecuación muestral ofrece un valor de .806, considerándose un valor “meritorio” según se ha expuesto previamente. Por otra parte, la chi cuadrado de la prueba de esfericidad de Barlett ofrece un valor de 1.155,51 y un p -valor inferior a .001, recomendando ambas pruebas la idoneidad para continuar con el análisis de los factores. (ver tabla n. 114 del anexo)

Respecto a la tabla de comunalidades, indica valores medios y bajos, correspondiendo los más altos a los ítems, 1 (.657) 2 (.736) 6 (.641) y 17 (.614). (véase tabla n. 115 del anexo)

Como en las anteriores escalas, en la matriz de configuración (tabla n. 116 del anexo) se incluyeron aquellos ítems cuya saturación fuese superior a .40, no existiendo discrepancias con saturaciones en otros factores.

Como se ha indicado, la escala finalmente quedó formada con 19 ítems y 4 factores, donde el autovalor de éste último fue de 1,40, eligiéndose por la consistencia teórica con los factores, y hasta donde la pendiente de la gráfica de sedimentación comenzaba a hacerse plana. El porcentaje de varianza acumulada según se observa en la tabla n. 117 del anexo, fue del 52,13%.

La matriz de correlaciones (tabla n. 118 del anexo) muestra valores moderados, correspondiendo el más bajo para los factores 2 y 4.

8.4. ESTUDIO TEÓRICO DE LOS FACTORES

Factor 1. *Perfeccionismo*. (Alfa= .82)

Factor que recoge actitudes disfuncionales relacionadas con creencias de incompetencia e ineficacia, lo que puede revelar demandas de perfección tanto en estos dominios, como en creencias irracionales relacionadas con el bienestar y malestar (Weissman & Beck, 1978) (Ellis, 1962) (Bas, 1983).

Factor 2. *Sobreimplicación y ausencia de control externo.* (Alfa= .61)

Factor que recoge la sobreimplicación, (Ellis, íbid.) exigencias en asumir problemas ajenos, así como la creencia que ciertos acontecimientos están causados por circunstancias o fuerzas externas (Bas, íbid.).

Factor 3. *Necesidad de afecto y valoración.* (Alfa= .68)

Adoptando las aportaciones de Weissman & Beck (íbid.) Ellis (íbid.) y Davis (2006, 2008) la homogeneidad de los ítems de este factor, corresponde a las demandas exigentes de aprobación y afectividad, donde tales creencias conceden una validez e importancia exagerada a la opinión y afecto de los demás. De esta forma es probable que se produzca una respuesta ansiosa demandando este tipo de necesidades, lo que se vería reforzado si se recibiesen resultados positivos.

Factor 4. *Creencias justicieras y de condenación.* (Alfa= .60)

Ellis (íbid.) considera este factor como la valoración pesimista y condena del comportamiento de los demás, que junto con las circunstancias de la vida son valoradas de justas o injustas. Todo ello podría indicar, un rechazo o evitación de la realidad que se percibe (Watson & Culhane, 2005) o en palabras de Beck, (1995) una evaluación desadaptativa de la realidad.

8.5. ANÁLISIS DE FIABILIDAD

El coeficiente de fiabilidad propuesto por Cronbach (1951) fue de .82, correspondiendo una “buena” valoración según Martínez-Arias (1995). (ver tabla n. 119 del anexo)

9. ESCALA DE DÉFICIT COGNITIVO EN LA DEMENCIA.

El concepto de demencia adoptado es el utilizado por Peña-Casanova (1999), entendiéndose como una disminución de la capacidad intelectual. Tal capacidad intelectual afecta al menos a una de las esferas de la memoria, personalidad, cognición, lenguaje y aptitudes visuoespaciales (Cummings & Benzol, 1983).

9.1. EVALUACIÓN DE LOS ÍTEMS.

La elaboración de este cuestionario, se realizó previendo una estructura de 4 factores y 16 ítems, de los que, finalmente, se extrajeron un factor y al que le correspondieron 9 ítems, los cuales superaban el número de ítems mínimo requeridos por sujeto.

Las alteraciones cognitivas fueron comunicadas por el sujeto que cuidaba al enfermo, midiendo la frecuencia del deterioro mediante el cuadro que se muestra a continuación.

FRECUCENCIA
0. Nunca
1. Algunas veces
2. Muchas veces
3. Siempre

Cuadro n 7.6 Grado de frecuencia

Se elige un formato de respuesta de 4 alternativas por su validez, (Sancerini, Meliá y González-Romá 1990), consistencia interna, estabilidad temporal (Chang, 1994) y por su recomendación (entre 4 y 9 alternativas) (García-Cueto, Muñiz y Lozano, 2002).

Las puntuaciones medias (tabla n. 129 del anexo) de los ítems se encuentran la mayoría de ellas por debajo de 1, y las restantes, entre este valor y 1,45 como valor medio más alto. Esto indica, que la frecuencia más elegida en los déficit de recuerdo, comprensión, orientación o reconocimiento, fueron nunca y algunas veces. Respecto a la desviación típica, son 4 los ítems que se encuentran por encima de 1.

9.2. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

La prueba de adecuación de la muestra ofrece un valor de .933, donde, según la valoración anteriormente expuesta, supone una “excepcional” decisión para realiza el análisis factorial.

La prueba de esfericidad de Barlett ofrece una chi-cuadrado de 829,192 y un *p*-valor inferior a .001. Tales pruebas indican la idoneidad de la matriz para proceder con el análisis de los factores (ver tabla n. 130 del anexo)

La tabla de comunalidades (131 del anexo) presenta en su conjunto valores altos, correspondiendo los más bajos a tres ítems cuyo rango se encuentra entre .50 y .60.

El análisis factorial realizado mediante el método de componentes principales, arroja sólo un factor y que parece corresponderse con el déficit cognitivo de enfermos con demencia. En la tabla n. 132 del anexo se observan los valores de la matriz de componentes

Finalmente, tras el análisis de los datos, el porcentaje de varianza total explicada fue 68,319, correspondiéndole un autovalor de 6.149.(Ver tabla n. 133 del anexo).

9.3. ESTUDIO TEÓRICO DEL FACTOR.

La inclusión teórica del factor se realizó teniendo en cuenta el criterio establecido por el DSM-IV-TR que a continuación se transcribe:

ESTUDIO TEÓRICO DEL FACTOR SEGÚN EL DSM-IV-TR

a) ALTERACIÓN DE LA MEMORIA
Ítem 1. ¿Recuerda las cosas que justo acaba de realizar?
Ítem 2. ¿Recuerda con fiabilidad acontecimientos importantes del pasado?
b) ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES
1. Afasia
Ítem 3. ¿Pronuncia palabras claras elaborando conversaciones con sentido?
Ítem 4. ¿Comprende fácilmente los mensajes que se utilizan a diario en su ambiente natural?
2. Apraxia
Ítem 7. ¿Es capaz de mantener la ejecución ordenada de tareas que requieren un orden?
3. Agnosia
Ítem 8. ¿Reconoce objetos que habitualmente ha estado utilizando?
Ítem 9. ¿Reconoce las caras de personas o familiares cercanos?
c) Déficits de capacidades ejecutivas
Ítem 5. ¿Es consciente del año, día y hora?
Ítem 6. ¿Se orienta fácilmente en lugares conocidos habitualmente?

Cuadro n 7.7 Estudio teórico del factor según DSM-IV-TR

9.4. ANÁLISIS DE FIABILIDAD.

El análisis de fiabilidad propuesto por Cronbach (1951) es de 0.939 indicando un excelente índice según la clasificación expuesta (Martínez-Arias, 1995). (véase tabla n. 134 del anexo)

10. ESCALA DE MALESTAR EN ACONTECIMIENTOS VITALES

10.1. ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LA ESCALA

Destacando una vez más las aportaciones de Diener, (2005) califica como afecto negativo el humor y las emociones desagradables, representando así una respuesta negativa que las personas experimentan en reacción a eventos, y circunstancias que ocurren en su vida. Entre las reacciones a estas respuestas, considera la ansiedad, preocupación, frustración, culpa, estrés, envidia, indefensión, etc. señalándose, como importantes indicadores de malestar. En este sentido Ryff et. al. (2006) indican que el malestar (y bienestar) constituye un dominio de funcionamiento mental, en el que la valoración atribuida a las causas y consecuencias, son elementos muy importantes a tener en cuenta. En esta línea, eventos ocurridos a lo largo de la historia personal de un individuo, como traumas infantiles o accidentes de tráfico, por ejemplo, pueden afectar a la felicidad (Lyubomirsky, 2001), o a la satisfacción vital, como pérdida de empleo o serios problemas con los hijos (Headey & Wearing, 1989).

En relación con los acontecimientos vitales, Caballo & Simón (2000) consideran que más que el significado a tales acontecimientos, es la amenaza o lo desagradable de la situación que se ha generado.

En relación con el tiempo, Leval (1995) se refiere al malestar como lo desagradable en el momento presente.

10.2. EVALUACIÓN DE LOS ÍTEMS

La escala se constituye para una hipótesis de 5 factores y 25 ítems, de los que, finalmente, resultaron adecuados 4 y 16, considerándose éstos dentro del rango de ítems exigidos por cada sujeto.

La evaluación se llevó a cabo mediante la escala que se expone a continuación (ver cuadro n. 7.8) en la que se eligen 6 alternativas por los favorable resultados que ofrece (Master, 1974), (Jenkins & Taber, 1977), (Oaster, 1989).

MALESTAR

0. No ha ocurrido en mi vida
1. Nada de malestar
2. Casi nada de malestar
3. Bastante malestar
4. Mucho malestar
5. Muchísimo malestar

Cuadro n 7.8 Grado de malestar

Las puntuaciones obtenidas indican la mayoría de ellas, unos valores medios inferiores a la unidad, lo que indica que tales eventos no han ocurrido en su vida o indican nada de malestar; por otra parte, la desviación típica muestra todos los valores superiores a 1. (véase tabla n. 136 del anexo)

10.3. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

El valor obtenido mediante la prueba KMO es de .785 suponiendo una “buena” decisión para efectuar el análisis factorial. (Ver tabla n. 137 del anexo)

Por otra parte, la prueba de esfericidad, ofrece una chi-cuadrado de 1095,861 y un p -valor inferior a .001. Ambas pruebas indican, por tanto, la idoneidad para continuar con el análisis.

La tabla de comunidades en su conjunto, presenta valores moderados, correspondiendo a 4 ítems los comprendidos entre .40 y .50. (tabla n. 138 del anexo).

La matriz de configuración ofrece saturaciones considerablemente altas, no existiendo ítems que presenten conflictos saturando en más de un factor. (tabla n. 139 del anexo).

Aunque en la presente escala se había hipotetizado una estructura de 5 factores, se deciden elegir aquellos con un autovalor superior a 1,2 comprendiendo así a una escala con 4 factores y una varianza total explicada de 56,944%. Tal decisión se lleva a cabo, además de la información vertida en la gráfica de sedimentación, porque una estructura con 5 factores desconfiguraba los restantes. (tabla n. 140 del anexo).

La matriz de correlaciones presenta correlaciones sustanciales, donde la menor se da entre los factores 4 y 3, (.128) y la más marcada entre el 1 y 2 (.405). (ver tabla n. 141 del anexo)

10.4. ESTUDIO TEÓRICO DE LOS FACTORES

Además de la concepción teórica señalada, en la construcción de la escala se tuvieron en cuenta las aportaciones que tanto la CIE-10 como el DSM IV establecen de los trastornos adaptativos. Tales trastornos los califica como un malestar subjetivo que afecta a la actividad social del individuo y se caracterizan por la presencia de emociones y comportamientos ante acontecimientos como: enfermedad, pérdida de empleo, problemas familiares, divorcio, problemas económicos, problemas laborales, etc.

Los principales elementos de los sucesos vitales, radican en el cambio que produce en la vida (Carrobes, 1996) y en el ajuste habitual del sujeto (Sandín & Chorot, 1982). Para tal ajuste en el día a día, se consideraron los dominios familiares y laborales, como unos de los mayores determinantes en el afecto, y además, se incluyeron sucesos relacionados con la salud, economía, malos tratos, etc.

1) Familia

- a. Factor 1. *Malos tratos y alteración en la relación de pareja.* (Alfa= .84)
- b. Factor 2. *Problemas de convivencia familiar y económicos.* (Alfa= .63)
- c. Factor 4. *Sucesos de enfermedad y muerte.* (Alfa= .60)

2) Trabajo

- a. Factor 3. *Errores personales y deterioro laboral.* (Alfa= .57)

10.4.1. ANÁLISIS DE FIABILIDAD

El coeficiente alfa propuesto por Cronbach fue de .836 indicando un “buen” índice según la valoración ya indicada. (ver tabla n. 142 del anexo)

11. ESCALAS DE LAS AVD

Las escalas que se analizan en este apartado son dos: una, la percepción de ayuda que la cuidadora considera que el familiar necesita, y otra, la frecuencia de ayuda que contribuye para estas actividades.

11.1. ANÁLISIS DEL CONTENIDO DE LA ESCALA

Dado los distintos grados evolutivos de la dependencia en las demencias, el modo más adecuado para medirla es mediante las limitaciones en las actividades de la vida diaria (AVD) (Montorio et. al. 2000).

Estos autores, citando a Baltes & Werner-Wahl (1990), señalan que son conductas observables en el contexto de cuidado. Esta conducta observable de la dependencia, o más bien la percepción de las necesidades del enfermo en las AVD, así como la contribución de la cuidadora ante tales necesidades, es lo que se pretendía medir.

Considerado como estresor primario por distintos autores, Pearlin, Mullan, Semple & Skaff (1990) Aneshensel & Pearlin (1993), Pearlin (1999) se refieren a estas ocupaciones como demandas y actividades en la vida diaria, para tareas como: comer, lavarse, vestirse, etc. Otros autores se refieren a estas actividades como forma de medir el nivel de incapacidad del enfermo (Lawton et. al. 1991), (Yates et. al 1999).

11.2. ESTUDIO TEÓRICO DE LOS FACTORES

Para el estudio teórico de los factores de ambas escalas, se adoptó el consenso realizado en el establecimiento de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) relacionadas con el autocuidado. Autores, entre otros, como Katz et.al (1963) Lawton & Brody (1969) Schoening y cols (1965) incluyen entre tales actividades primarias: comer, bañarse, vestirse, control de esfínteres, y cuidados de higiene.

11.2.1. ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA AYUDA QUE NECESITA PARA LAS AVD

11.2.1.1. EVALUACIÓN DE LOS ÍTEMS

Este cuestionario compuesto por 5 ítem, no sufrió ninguna reducción respecto al número previsto inicialmente, habiéndose hipotetizado una estructura de un solo factor. Dada la muestra utilizada, el número de ítems por sujeto supera los requeridos por cada sujeto.

La escala utilizada estaba compuesta por 4 alternativas, midiendo la percepción de ayuda que según la cuidadora su familiar necesitaba (ver tabla n. 152 del anexo)

Como ya se ha indicado, se elige la escala de 4 alternativas por su recomendación y apoyo empírico recibido (Chang, 1994), (Sancerini, Meliá y González-Romá, 1990), (García-Cueto, Muñiz y Lozano 2002).

En la tabla n. 153 del anexo, se observa como las puntuaciones medias se encuentran comprendidas entre las puntuaciones 2 y 3 indicado una poca y bastante ayuda la que el familiar necesitaba. Las desviaciones típicas que se encuentran por encima de la unidad, corresponden a las actividades de comer y orina/heces.

11.2.1.2. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

La prueba de adecuación de la muestra KMO alcanza un valor de .893, representando una “meritoria” decisión para realizar el análisis de los factores.

La chi-cuadrado de la prueba de Bartlett ofrece un valor de 477,084, representado un p -valor inferior a .001. Esta prueba junto con la anterior, indican la viabilidad para proceder con el análisis factorial.(tabla n. 154 del anexo)

La tabla de comunalidades (155 del anexo) muestra altos valores en todos los ítems, sucediendo lo mismo en el único factor de la matriz de componentes. Tal factor supone un autovalor de 3,887 y una varianza total explicada de 77,735%. (Ver tablas 156 y 157 del anexo).

11.2.1.3. ANÁLISIS DE FIABILIDAD

El índice alfa de Cronbach (1951) es de .92, representando un “excelente” coeficiente (Martínez-Arias, 1995).

11.2.2. ESCALA DE AYUDA QUE CONTRIBUYE EN LAS AVD

11.2.2.1. EVALUACIÓN DE LOS ÍTEMS

Al igual que el anterior cuestionario, el número de ítems permaneció invariable en todos los procesos, y el número de factores que se hipotetizó fue también de uno.

La escala de valoración que se eligió fue tipo Likert con 5 alternativas, en la que se medía la frecuencia en la que la cuidadora contribuía para cada una de las AVD (ver tabla n. 160 del anexo). Los estudios de fiabilidad para escalas con 5 alternativas se encuentran apoyados por diversos estudios (Lissitz & Green, 1975), (Jenkins & Taber, 1977), (Oaster, 1989), (Preston & Colman, 2000).

Los valores medios para cada uno de los ítems, se muestran en la tabla 161 del anexo, donde se puede comprobar que existen ítems próximos a 3 (bastantes veces) como son bañarse y cuidados de higiene, con desviaciones típicas superiores a la unidad.

11.2.2.2. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

La prueba KMO de adecuación de la muestra según se observa (tabla n. 162) arroja un valor de .846, y la prueba de esfericidad de Bartlett ofrece una chi-cuadrado de 449,072 con un p -valor inferior a .001. Ambas pruebas indican la idoneidad para realizar el análisis factorial.

Las tabla de comunalidad junto con la matriz del factor, reflejan altos valores, suponiendo un autovalor de 3,728 y una varianza total explicada de 74,561%. (tablas 163 y 164 del anexo)

11.2.2.3. ANÁLISIS DE FIABILIDAD

El análisis de fiabilidad propuesto por Cronbach es de .91 representando un “excelente” coeficiente (Martínez-Arias, 1995). (tabla n. 166).

CAPÍTULO VIII RESULTADOS DEL ESTUDIO

1. MUESTRAS DE CUIDADORAS Y NO CUIDADORAS

1.1. ANÁLISIS CORRELACIONAL

El análisis de las correlaciones para los dos grupos de mujeres, se muestra en la tabla n. 8.1, donde se pueden observar las relaciones con las variables que se han estudiado para esta población. Así, las puntuaciones de Inteligencia emocional correlacionan positivamente con Bienestar Subjetivo, de tal forma que la variación conjunta entre ambas relaciones, indica que los sujetos que obtienen altas puntuaciones en Inteligencia emocional, también las obtienen en Bienestar Subjetivo. Sin embargo, se consigue una relación negativa entre la variable Inteligencia emocional y las variables Evitación/Abandono (EA.1), Escala de Malestar en Acontecimientos Vitales, Escala de Creencias Irracionales y la edad de las mujeres. Tal relación negativa indica la dirección entre las variables, donde las bajas puntuaciones en Inteligencia Emocional, se asocian con las altas puntuaciones de las variables mencionadas. Así, esta mayor puntuación indica mayor grado de acuerdo en evitar situaciones, Creencias Irracionales, mayor edad y mayor malestar en acontecimientos vitales. No obstante, hay que indicar que la relación en esta última variable es muy leve.

La asociación entre el Bienestar Subjetivo y estas últimas variables indican también una relación negativa, donde las mujeres con bajas puntuaciones en bienestar, tienden a puntuar alto en Evitación/Abandono (EA.1), cuestionario de Malestar en acontecimientos vitales, Escala de Creencias Irracionales y mayor edad; aunque en esta última, también la correlación es muy leve. De nuevo, con una covariación leve, pero positiva, se encuentra el

cuestionario de Valores, indicando que una mayor importancia dada, correlacionan con altas puntuaciones de Bienestar Subjetivo.

Finalmente señalar, la relación directa entre la Escala de Creencias Irracionales y Evitación/Abandono, donde en esta última, se comprueba que una mayor puntuación se asocia con mayor edad.

CORRELACIONES ESCALAS DE LA MUESTRA TOTAL						
	BIENESTAR SUBJETIVO	EVITAC/ABAND.	C.MALESTAR AC.VITALES	E. CREENCIAS IRRACIONALES	C. VALORES	EDAD
INTELIGENCIA EMOCIONAL	.438***	-.250***	-.155*	-.295***		-.299**
BIENESTAR SUBJETIVO		-.359***	-.247**	-.219**	.195*	-.160*
EVITAC/ABAND.				.463***		.282***

* Correlación significativa a nivel .05
 ** Correlación significativa a nivel .01
 *** Correlación significativa a nivel .001

Tabla n 8.1 Correlaciones escalas muestra total

1.2. ANÁLISIS DIFERENCIAL

Respecto a los datos descriptivos en los grupos estudiados (ver gráfico 8.1) se puede apreciar como en la muestra de mujeres cuidadoras, el porcentaje de mujeres en desempleo y amas de casa, es mayor que en el grupo de comparación. Contrariamente en el grupo de mujeres que se compara, el mayor porcentaje más relevante, se observa en aquellas que prestan sus servicios por cuenta ajena.

Situación Laboral

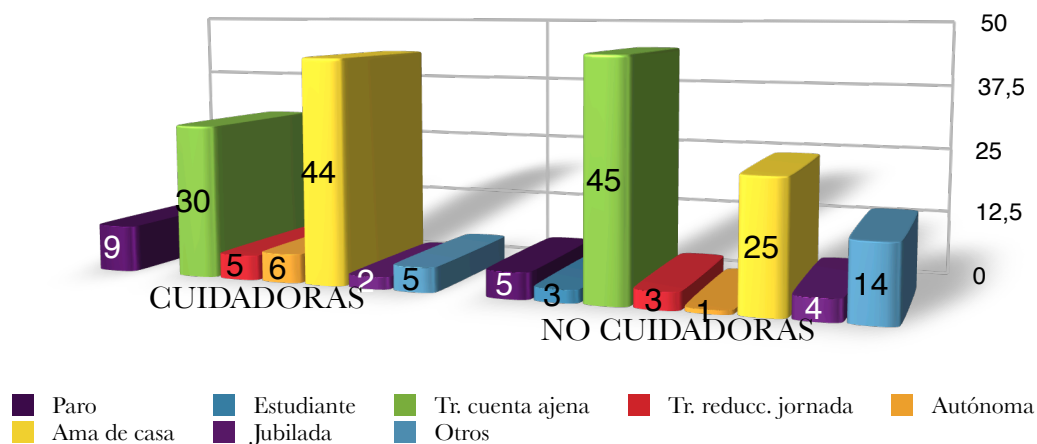


Gráfico n. 8.1 Porcentaje de mujeres en situación laboral

Respecto al grupo de mujeres no cuidadoras, se puede comprobar el mayor porcentaje de universitarias y menor con estudios primarios (ver gráfico 8.2)

Nivel de Estudios

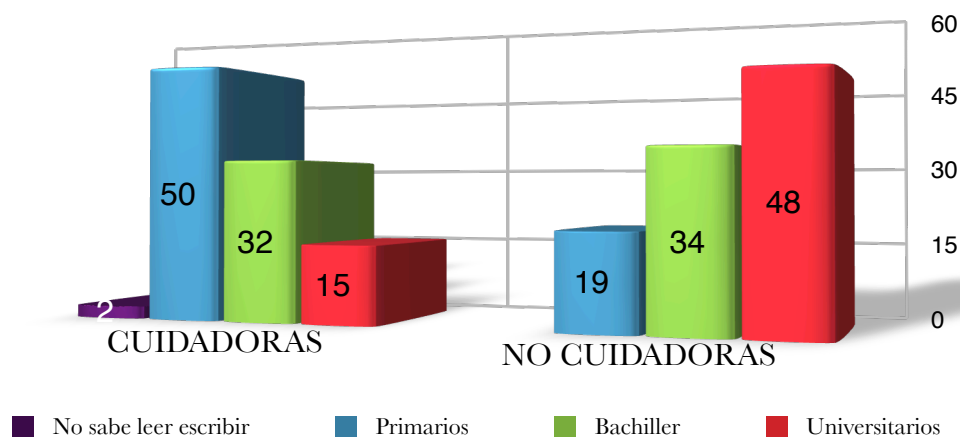


Gráfico n. 8.2 Porcentaje de mujeres con nivel de estudios

Respecto al estado civil, (gráfico 8.3) las mujeres cuidadoras presentan un porcentaje mayor de mujeres casadas, y respecto al estado de viudez, separación o divorcio, no se aprecian porcentajes relevantes en ambos grupos.

Estado Civil

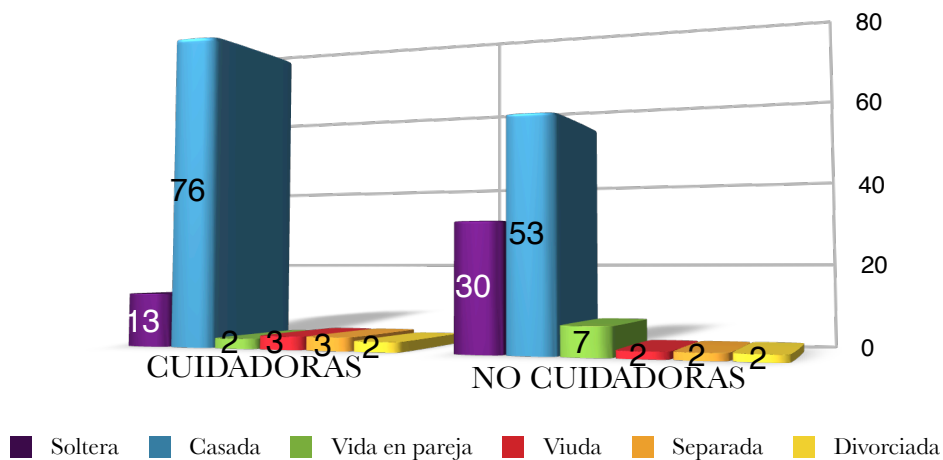


Gráfico n. 8.3 Estado civil (porcentaje)

Respecto a las diferencias estadísticamente significativas halladas mediante la Prueba T, se puede observar como existen diferencias en la edad de las mujeres, siendo mayor en el grupo de cuidadoras.(tabla n. 8.2 y gráfico n.8.4).

VARIABLES	GRUPOS				Prueba T		
	Cuidadoras		Comparación		t	gl	Sig.
	Media	D.T.	Media	D.T			
EDAD*	52,12	7,26	44,97	13,23	5,17	179	0,000
INTELIGENCIA EMOCIONAL	147,24	25,73	157,85	27	-2,92	210	0,004
Utilizar la emoción para facilitar el pensamiento y motivar la acción.	33,40	8,94	36,42	8,45	-2,63	230	0,009
Dirigir sentimientos y emociones en los demás	25,32	6,40	26,25	6,35	-1,11	236	0,266
Comprender y generar emociones adaptativas	22,55	5,56	24,43	5,64	-2,51	223	0,013
Habilidad para expresar emociones	13,56	4,49	14,49	4,46	-1,60	236	0,109
Evaluación emocional en los demás	10,06	2,43	10,19	2,28	-0,41	237	0,679
Habilidad emocional para suscitar interés y dirigirlo hacia la consecución de metas	14,01	3,09	14,65	3,20	-1,56	237	0,118
Habilidad emocional dirigida hacia estados agradables	10,88	4,29	12,73	4,51	-3,34	237	0,001
Regulación emocional en los demás	17,63	3,94	17,70	4,26	-0,12	235	0,899
BIENESTAR SUBJETIVO	114,84	16,19	122,05	12,52	-2,91	158	0,004
Escala de Afecto Positivo y Negativo*	51,19	8,54	53,31	6,21	-1,85	160	0,065
Afecto propio en acontecimientos diarios*	18,32	3,75	21,54	3,22	-6,76	213	0,000
Afecto en familia parental	20,91	4,70	20,44	3,61	0,79	191	0,426
Afecto en familia propia	11,81	2,01	11,66	2,11	0,53	192	0,597
Escala de Satisfacción*	63,31	9,24	67,81	7,34	-3,70	178	0,000
Satisfacción vida actual	17,16	4,92	20,49	4,07	-5,60	234	0,000
Valoración y relación ante los demás	17,36	2,61	17,75	2,45	-1,19	236	0,235
Consecución y realización personal	17,96	2,55	17,72	2,40	0,67	196	0,501
Satisfacción en la pareja	10,59	2,49	10,81	2,49	-0,64	210	0,519
CUESTIONARIO DE VALORES	172,89	18,90	166,46	23,40	2,15	198	0,033

VARIABLES	GRUPOS				Prueba T		
	Cuidadoras		Comparación		t	gl	Sig.
	Media	D.T.	Media	D.T			
Comportamiento prosocial*	38,54	6,37	36,76	9,22	1,68	196	0,094
Objetivos y metas personales	59,57	6,98	58,02	8,39	1,53	231	0,126
Valores familiares*	36,73	3,50	33,76	7,37	3,57	127	0,000
Aspiraciones personales	26,51	4,37	27,11	4,13	-1,08	239	0,280
Conservador/progresista	11,55	5,50	9,83	5,57	237	232	0,019
EVITACIÓN/ABANDONO*	9,06	3,85	7,46	3,02	3,49	220	0,001
ESCALA DE CREENCIAS IRRACIONALES	72,53	14,11	66,77	15,10	2,96	223	0,003
Perfeccionismo	23,80	8,32	21,52	8,58	2,06	233	0,040
Sobreimplicación y ausencia de control externo	18,72	4,46	17,34	4,72	2,30	233	0,022
Necesidad de afecto y valoración	15,52	3,47	14,58	3,71	2,02	237	0,044
Creencias justicieras y de condena	13,98	3,77	13,07	4,26	1,73	236	0,084
CUESTIONARIO DE MALES- TAR EN ACONTECIMIENTOS VITALES*	22,66	14,90	16,77	10,09	3,44	206	0,001
Malos tratos y alteración en la relación de pareja*	5,05	8,25	3,22	6,02	1,91	216	0,057
Problemas de convivencia familiares y económicos*	4,22	3,75	2,80	2,97	3,20	225	0,002
Errores personales y deterioro laboral	4,03	3,35	4,40	3,43	0,84	233	0,399
Sucesos de enfermedad y muerte	9,47	4	7,27	3,68	4,36	230	0,000

* Prueba Levene <.05. No asumiéndose varianzas iguales

Tabla n 8.2 Diferencia de medias cuidadoras y no cuidadoras

Diferencias de medias significativas en ambos grupos

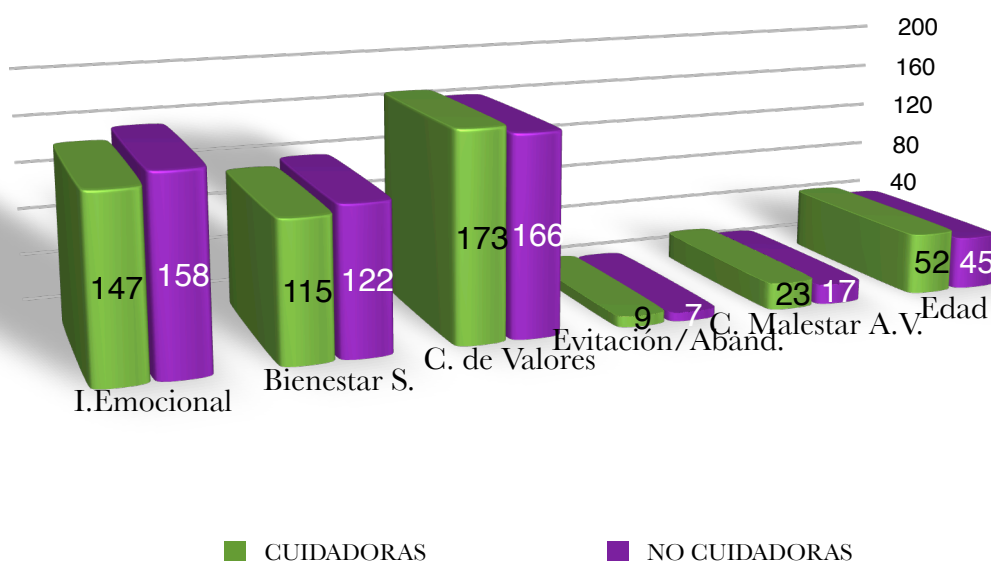


Gráfico n. 8.4 Diferencia de medias población total

Igualmente, en esta misma tabla, se observan las variables que se midieron en la población total (N=242), donde referente a la Escala de Inteligencia Emocional se comprueba que el grupo de comparación obtiene puntuaciones más altas que el grupo de cuidadoras. Todo parece indicar, mediante las diferencias halladas en los factores, que las mujeres del grupo de comparación utilizan más la emoción para facilitar el pensamiento y motivar la acción, comprenden y generan emociones adaptativas, y poseen habilidad emocional para dirigirla hacia estados más agradables. No obstante, hay que indicar, que las cuidadoras con mayor puntuación no difieren del grupo de mujeres no cuidadoras. En este sentido se estableció una puntuación superior para compararlas, correspondiendo a la suma de la media de las mujeres cuidadoras, más la desviación típica, resultando una puntuación de 173. Así, puntuaciones iguales o superiores a este valor no ofrecieron diferencia alguna.

Referente a la Escala de Bienestar Subjetivo, también se encontraron mayores puntuaciones de bienestar en el grupo de comparación. Entre las escalas del estudio que componen el Bienestar Subjetivo, se observa como la de Afecto Positivo y Negativo no difiere en ambas muestras, tan sólo difieren en el factor que hace referencia al propio afecto en acontecimientos diarios, reflejando un menor afecto positivo en el grupo de cuidadoras. La Escala de Satisfacción capta igualmente esta variación, observándose diferencias en el factor de satisfacción con la vida actual. Comparando las mujeres cuidadoras de mayor puntuación con el grupo de comparación, se observó que a partir de una puntuación de 131 en la escala de bienestar (valor de la media más desviación típica de las cuidadoras) no se encontraron diferencias.

El Cuestionario de Valores, al igual que las escalas anteriores, vuelve a mostrar diferencias significativas entre ambos grupos de mujeres, pero esta vez, se comprueba una mayor importancia conferida a los valores en las mujeres cuidadoras. Entre los factores que seña-

lan diferencias, se observa en éstas mujeres, una mayor importancia dada a los valores familiares y a los valores relacionados con un estilo conservador/progresista. No obstante, no se hallaron diferencias entre las mayores puntuaciones de las no cuidadoras y cuidadoras a partir de una puntuación de 190 (media más desviación típica).

La variable Evitación/Abandono (EA.1), arroja también resultados significativos, comprobándose una mayor puntuación en las mujeres cuidadoras respecto al grupo de comparación. Respecto a las mujeres cuidadoras, se comprobó que las que menos evitaban, a partir de una puntuación igual o inferior de 5,21 (media de las cuidadoras menos la desviación típica) no diferían del grupo de comparación.

En referencia a la Escala de Creencias Irracionales, una vez más se observa una mayor puntuación en el grupo de mujeres cuidadoras con el grupo que se compara. Así, aquellas puntuaban más en factores como: perfeccionismo, sobreimplicación y ausencia de control externo, necesidad de afecto y valoración. Sin embargo, las mujeres cuidadoras con menor puntuación, a partir de valores inferiores o iguales a 58,42 (media de las cuidadoras menos la desviación típica), no mostraron diferencias significativas.

En la misma dirección que la anterior, la Escala de Malestar en Acontecimientos Vitales, muestra una mayor puntuación en las mujeres cuidadoras. Así, este grupo informó mayor malestar que las mujeres del grupo comparación, en problemas de convivencia familiares y económicos, en sucesos relacionados con la enfermedad y la muerte, y muy cercano a la significación estadística, en malos tratos y alteración en la relación de pareja (.07). Sin embargo, las mujeres cuidadoras con menor malestar, a partir de una puntuación inferior o igual a 7,76 (media de las mujeres cuidadoras menos su desviación típica), no difería del grupo de comparación.

2. MUESTRA DE CUIDADORAS

2.1. DATOS DESCRIPTIVOS

Entre los datos más destacables del enfermo, señalar que un 83% de los enfermos no asisten a unidades de respiro familiar (gráfico 8.5), que prácticamente un 42% del total viven en el hogar de su propiedad, y que aproximadamente un 62% de las cuidadoras viven con el enfermo (gráficos 8.6 y 8.7).

Asistencia a unidad de respiro familiar

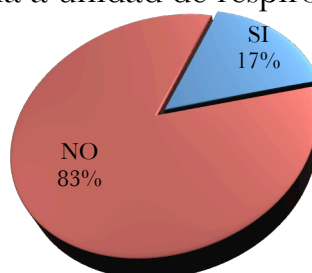


Gráfico n. 8.5 Asistencia a unidad de respiro familiar

Hogar donde vive el enfermo

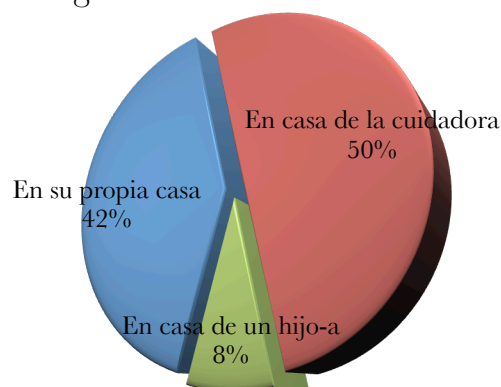


Gráfico n. 8.6 Hogar donde vive el enfermo

Vive con el enfermo

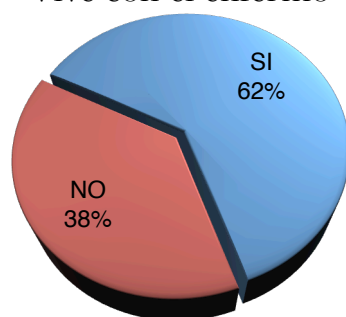


Gráfico n. 8.7 Vive con el enfermo

Respecto a la percepción que las cuidadoras tenían de ser cuidadoras principales (gráfico 8.8), un 66,9% informaron que eran ellas y un 16,9% consideraban que el trabajo se repartía entre varios. Referente a los valores medios del tiempo dedicado al cuidado, (gráfico 8.8) las horas indica un valor de 14,04 de media, ya que no pocas mujeres contestaron que dedicaban 24 horas al cuidado de su familiar (gráfico 8.9).

Percepción cuidadora principal

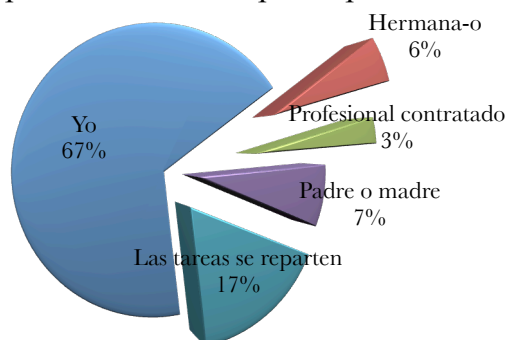


Gráfico n. 8.8 Percepción cuidador principal

Tiempo medio dedicado al cuidado

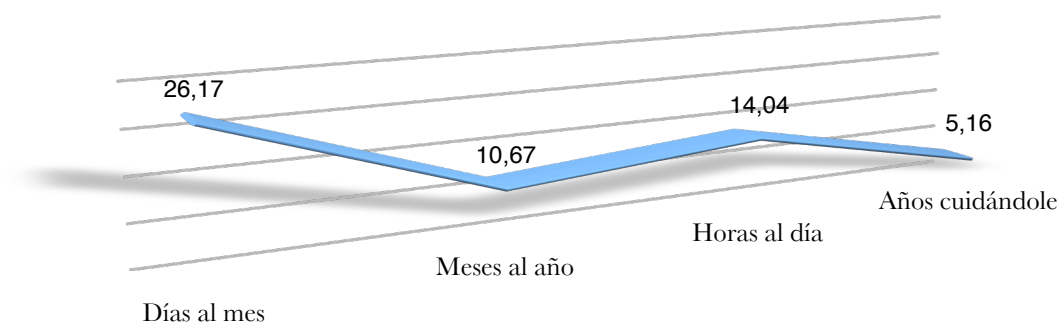


Gráfico n. 8.9 Tiempo medio dedicado al cuidado

Respecto a las Actividades de la Vida Diaria (AVD) que la cuidadora contribuía, los datos (gráfico 8.10) muestran las veces que desempeñaba las tareas indicadas. Así, los datos más relevantes indican el mayor porcentaje de mujeres que siempre se dedicaban a dichas actividades.

Porcentaje de veces que contribuye a las AVD

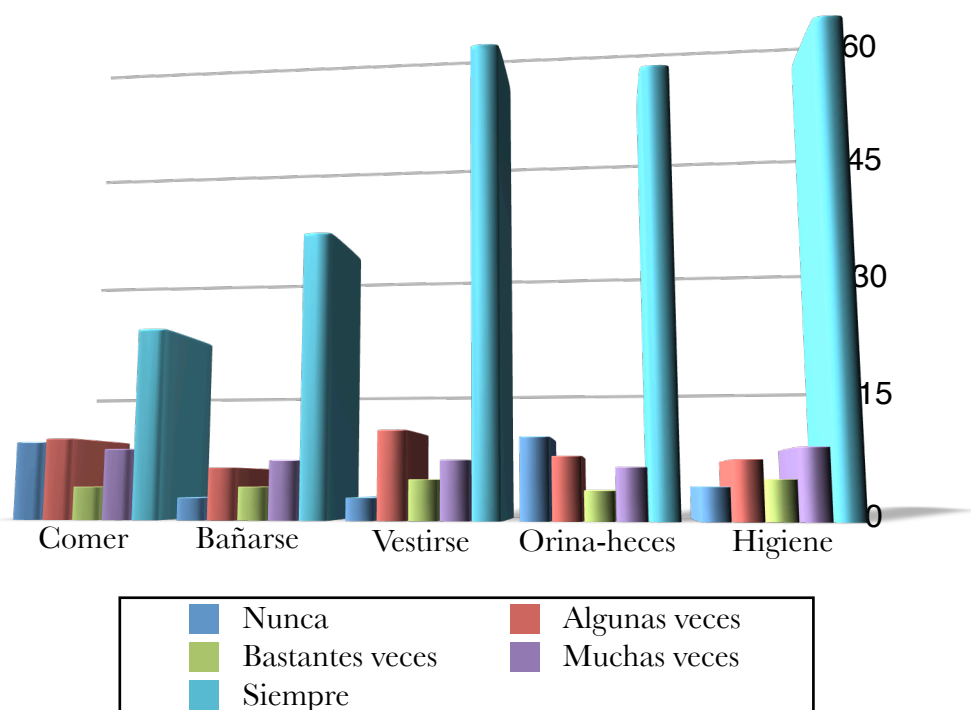


Gráfico n. 8.10 Contribución a las AVD

2.2. ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

La relación positiva en esta variable (ver tabla n. 170 del anexo) se observó con la Escalas de Resiliencia en Cuidadoras de Enfermos con Demencia (ERCED) ($r=.25$ $p<.01$), la Escala de Control Percibido en el Rol de Cuidadoras de Enfermos con Demencia (CPRCED) ($r=.29$ $p<.001$), Cuestionario de Valores (C.V) ($r=.21$ $p<.05$), y marcada con Bienestar Subjetivo (B.S) ($r=.50$ $p<.001$), cuya dirección indica que las altas puntuaciones en estas variables tienden a puntuar con las mayores puntuaciones en Inteligencia emocional (I.E). Por otra parte, los bajos valores en esta escala, correlacionan con las altas puntuaciones de la Escala de Creencias Irracionales (ECI) ($r=-.23$ $p<.05$) y Evitación/Abandono (EA.1) ($r=-.24$ $p<.01$).

Además de la relación señalada con Bienestar Subjetivo, se ha comprobado que las cuidadoras con mayores puntuaciones en Inteligencia emocional, informaron poseer la habilidad de mantenerse siempre alegres a pesar de los momentos difíciles (IE.1) ($r=.60$ $p<.001$), mantienen interés en buscar información respecto a la enfermedad de su familiar (I) ($r=.22$ $p<.05$), y le dan cierta importancia a valores como disponer de mucho tiempo libre/ocio (V.1) ($r=.26$ $p<.01$), y vivir como una quiere sin pensar en el que dirán (V.4) ($r=.26$ $p<.01$).

Respecto a las variables sociodemográficas, no se hallaron relaciones con la edad ni con el estado civil. Sin embargo el nivel de estudios (N.E) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 11,59$ $gl=4$ $p<.01$) se comprobó que las mujeres que habían cursado bachiller, puntuaban más en la escala, que las que habían obtenido estudios primarios (U Mann-Whitney=549,5 $z=-3,05$ $p<.001$), y no se encontraron entre éstos y universitarios. Igualmente, también se comprobó en la situación laboral (S.L) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 11,36$ $gl=4$ $p<.05$), que las mujeres que trabajan por cuenta ajena, puntuaban más que las amas de casa (U Mann-Whitney=121,5 $z=-2,73$ $p<.001$). Y respecto si la cuidadora era o no era la cuidadora principal, (C.P) se observó que no existía relación alguna, como tampoco vivir o no con el enfermo (V.E) ni en el hogar donde éste vivía (H.E). No obstante, estas dos últimas variables tampoco se relacionaron con el resto de variables incluidas en el estudio.

2.2.1. APOYO SOCIAL

Respecto a la frecuencia de apoyo percibido (AP.1), (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 10,45$ $gl=2$ $p<.01$) se comprobó que aquellas mujeres que lo recibían siempre, puntuaban menos que las que la recibían muchas veces (U Mann-Whitney=98,00 $z=-2,40$ $p<.05$). Sin embargo, en las variables de apoyo recibido (AR) no se encontró relación alguna, como tampoco se hallaron con el resto de variables.

2.2.2. FAMILIA

Aquellas mujeres que obtuvieron mayor puntuación en la escala, consideraron que cuidar a su familiar no debilitaba su relación de pareja (F.4) ($r=-.22$ $p<.05$)

2.3. ESCALA DE BIENESTAR SUBJETIVO

Valores bajos en Bienestar Subjetivo, correlacionaron (Ver tabla n. 170 del anexo) con altas puntuaciones en las escalas de: Percepción de Síntomas Conductuales y Psicológicos en Enfermos con Demencia (PSCPED) ($r=-.29$ $p<.001$), Creencias Irracionales (ECI) ($r=-.32$ $p<.001$), Malestar en Acontecimientos Vitales (MAV), y Abandono/Evitación (EA.1) ($r=-.36$ $p<.001$). Por otra parte, el mayor bienestar que informaron las cuidadoras, se asoció con el Cuestionario de Valores ($r=.20$ $p<.05$), Escala de Resiliencia en Cuidadoras de Enfermos con Demencia ($r=-.24$ $p<.01$), y una elevada correlación con las puntuaciones de la Escala de Control Percibido en el Rol de Cuidadoras de Enfermos con Demencia ($r=.60$ $p<.001$).

Como se ha indicado, una mayor evitación (EA.1) correlaciona con menor bienestar, así, se comprobó que este menor bienestar de la escala, se relacionaba con una mayor imposibilidad para ser feliz viendo el mundo como está (CI.2) ($r=-.27$ $p<.01$); y ante problemas difíciles, se estaba más de acuerdo en darle de lado para divertirse con otras cosas (EA.4) ($r=-.22$ $p<.05$) y tener fuertes deseos para que las cosas cambiaran (EA.3) ($r=-.26$ $p<.01$).

2.3.1. ACEPTACIÓN

Mediante un análisis de preguntas con respuestas forzadas, se halló que aquellas mujeres que se consideraban cuidadoras principales (AC.4) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 13,23$ $gl=4$ $p<.01$) y al ser preguntadas, cuál sería su estado deseable, se halló, como las que eligieron “que nada de esto hubiera ocurrido” puntuaban menos en la escala de bienestar que aquellas que aceptaban la situación tal y como era, (U Mann-Whitney=181,5 $z=-2,11$ $p<.05$); este menor bienestar también se comprobó entre aquellas que deseaban compartir la responsabilidad entre varios, frente a las que eligieron “acepto la situación tal y como es” que tenían mayor bienestar (U Mann-Whitney=56,5 $z=-3,53$ $p<.01$).

Preguntando también cual sería el estado deseable dado el tiempo que llevaban cuidando, (AC.5) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 16,01$ $gl=4$ $p<.01$) se observó como aquellas cuidadoras que preferían que alguien las reemplazara, obtuvieron una menor puntuación en la Escala de Bienestar Subjetivo, que aquellas que aceptaban la situación tal y como era (U Mann-Whitney=283,5 $z=-3,65$ $p<.01$).

2.3.2. PERCEPCIÓN DE ESTRÉS

Respondiendo por lo que les producía mayor estrés en su relación con las personas, (E.2) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 11,81$ $gl=4$ $p<.05$) se confirmó que lo que les producía menor bienestar, no eran las exigencias del familiar que cuidaban, sino las exigencias de sus hijos (U Mann-Whitney=134 $z=-2,52$ $p<.05$) y las exigencias de la familia parental (U Mann-Whitney=72 $z=-2,34$ $p<.05$), en comparación con aquellas mujeres que eligieron la opción de “ninguna de las anteriores” que alcanzaban mayor bienestar.

2.3.3. FAMILIA

Los resultados aportaron como una mayor puntuación en la Escala de Bienestar Subjetivo, covariaba con unas positivas relaciones familiares, como: haber tenido una muy buena relación con el enfermo (F.1) ($r=0,28$ $p<.01$), cuidar había mejorado la relación con los hermanos (F.3), ($r=.30$ $p<.01$) y con aquellas que no estaban de acuerdo, que por cuidar a su familiar, la relación de pareja se había debilitado (F.4) ($r=-0,38$ $p<.001$), y ausencia o menor malestar en problemas con padres y hermanos (F.5) ($r=-.25$ $p<.01$).

Respecto a la relación anterior con el enfermo (F.1), (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 9,80$ $gl=3$ $p<.05$) un mayor bienestar diferenció en aquellas que habían tenido una relación muy buena (U Mann-Whitney=404,50 $z=-2,87$ $p<.01$) que puntuaron más, frente a las que puntuaron menos que su relación había sido buena o normal (U Mann-Whitney=422 $z=-2,02$ $p<.05$).

2.3.4. APOYO SOCIAL

Respecto a la percepción de apoyo percibido (AP.2) se comprueba que conforme aumenta éste, aumentan las de la escala de bienestar ($r=.42$ $p<.001$).

También se encontró que una mayor puntuación en la escala de bienestar, se asociaba con un desacuerdo de las cuidadoras en carecer de habilidad para resolver problemas, aumentando con ello su culpabilidad (C) ($r=-.30$ $p<.01$)

Finalmente altas puntuaciones en la escala, tendían a asociarse con una mayor importancia en la búsqueda de significado en la vida (V.2) ($r=.31$ $p<.01$).

2.3.1. EDAD

Con respecto a la edad de las mujeres, se pudo observar que una mayor edad tendía a asociarse con menor puntuación en bienestar (B.S) ($r=-.21$ $p<.05$).

2.4. CUESTIONARIO DE VALORES

Una elevada importancia a los valores incluidos en la escala, correlacionó con altas puntuaciones de la Escala de Resiliencia (ERCED) ($r=.21$ $p<.05$) (ver tabla n. 170 del anexo). Asimismo, esta mayor importancia a los valores (C.V) también se asoció con vivir como una quiere sin pensar en el qué dirán (V.4) ($r=.33$ $p<.001$) y con un mayor grado de acuerdo en tener plena libertad para decidir si cuidarle o no (L.1) ($r=.23$ $p<.05$).

2.4.1. EDAD

Las puntuaciones del Cuestionario de Valores, se asoció negativamente con la edad de las cuidadoras ($r=-.27$ $p<.01$), indicando que una menor edad, correlacionaba con una mayor importancia conferida a los valores de la escala.

2.5. ESCALA DE CONTROL PERCIBIDO EN EL ROL DE CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA

Las correlaciones halladas entre esta escala y las restantes (tabla n. 170 del anexo) han sido ya incluidas en las variables analizadas más arriba, o se verán en los siguientes apartados, por lo que aquí se expondrán los resultados con otras variables.

2.5.1. APOYO SOCIAL

Un mayor control percibido (CPRCED) se asoció con una mayor frecuencia en la percepción de apoyo (AP1) ($r=.21$ $p<.05$) y con una mayor percepción apoyo percibido (AP2) ($r=.27$ $p<.01$).

2.5.2. ACEPTACIÓN

Esta percepción de apoyo quedó patente al preguntar cuál sería su estado deseable respecto a la ayuda que recibían (AC.1) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 14,36$ $gl=4$ $p<.01$), así, se pudo comprobar que aquellas mujeres que aceptaban la situación tal y como era, obtenían mayor puntuación en la escala de control, que aquellas que demandaban que los demás miembros se implicasen más (U Mann-Whitney=364,5 $z=-2,30$ $p<.05$) y las que demandaban recibir ayuda para las tareas difíciles (U Mann-Whitney=352,5 $z=-3,31$ $p<.01$).

Respecto al estado deseable que las mujeres preferían si dedicaban más de 4 horas a su cuidado (AC.2), (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 19,07$ $gl=4$ $p<.001$), los resultados se mostraron en la misma dirección que los anteriores, comprobándose que las que aceptaban la situación tal y como era, obtenían mayores puntuaciones en la escala de control que aquellas mujeres que querían tener más días libres para descansar (U Mann-Whitney=269 $z=-3,26$ $p<.001$) y que aquellas que preferían tener contratado un cuidador profesional por todo el día (U Mann-Whitney=214 $z=-3,11$ $p<.001$).

Según los años que llevaran cuidando (AC.5) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 32,50$ $gl=4$ $p<.001$), las menores puntuaciones en la escala fueron para aquellas mujeres que preferían como estado más deseable, que alguien les reemplazase, existiendo diferencias significativas con aquellas mujeres que aceptaban la situación tal y como era, que puntuaban más (U Mann-Whitney=265 $z=-4,71$ $p<.001$).

Aquellas mujeres que se percibían a sí mismas como cuidadoras principales, (AC.4) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 10,04$ $gl=4$ $p<.05$), su estado deseable era compartir la responsabilidad entre varios (U Mann-Whitney=80 $z=-3,09$ $p<.001$) y que nada de lo que sucedió, hubiese ocurrido (U Mann-Whitney=201,5 $z=-2,34$ $p<.05$) obteniendo menores puntuaciones en la escala de control, frente a las que puntuaban más, que eran aquellas que aceptaban la situación.

De todas las responsabilidades que la cuidadora llevaba adelante, (AC.6) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 13,03$ $gl=4$ $p<.001$) su estado deseable era que le reconociesen lo que hacía (U

Mann-Whitney=214 $z=-2,38$ $p<.05$) y, nuevamente, recibir más ayuda para cada una de sus responsabilidades (U Mann-Whitney=400 $z=-3,21$ $p<.001$), fueron las variables que eligieron las mujeres que menos puntuaron en la escala de control, frente a las que aceptaban la situación tal y como era, que obtenían un mayor control percibido.

2.5.3. PERCEPCIÓN DE ESTRÉS

En esta variable, lo que les producía más estrés en relación con las personas más cercanas de su entorno, (E.2) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 22,71$ $gl=4$ $p<.001$), y además puntuaron bajo en la escala de control percibido, fueron para aquellas que eligieron las exigencias de su familia parental (U Mann-Whitney=368 $z=-3,89$ $p<.001$) como más estresantes, seguido de las exigencias del familiar que cuidaban (U Mann-Whitney=74 $z=-3,38$ $p<.001$), en comparación con aquel grupo que no eligió ninguna de las incluidas.

Respecto a las responsabilidades diarias lo que más les estresaba, (E.1) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 20,61$ $gl=5$ $p<.001$) al igual que los resultados anteriores, fueron la familia parental (U Mann-Whitney=24,50 $z=-2,16$ $p<.05$); seguidos, del cuidado de su familiar (U Mann-Whitney=276,5 $z=-3,34$ $p<.001$).

2.5.1. LIBERTAD

En referencia a la elección de quien consideraban que les causaba la pérdida de libertad para hacer lo que quisieran, (L.2) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 28,94$ $gl=4$ $p<.001$) las mujeres que puntuaron menos en la escala de control, (CPRCED) fueron aquellas que eligieron, como opción, a su familiar que cuidaban (U Mann-Whitney=453 $z=-4,13$ $p<.001$) frente a aquellas que no optaron por ninguna de las incluidas.

En este sentido, se encontró una asociación positiva entre la escala de control y tener plena libertad para decidir si cuidarle o no (L.1) ($r=.20$ $p<.05$).

2.5.1. PREOCUPACIÓN

Respecto a lo que más les preocupaba, justo en esos momentos, (P) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 15,80$ $gl=6$ $p<.05$) la menor puntuación en la escala, fueron para aquellas que lo que más les preocupaba era su propio bienestar, (U Mann-Whitney=6 $z=-2,61$ $p<.05$) les siguieron las que consideraron cuidar a su familiar (U Mann-Whitney=115 $z=-3,73$ $p<.001$) y finalmente su familia (marido e hijos) (U Mann-Whitney=84,5 $z=-2,14$ $p<.05$).

2.5.2. EXPERIENCIA

Las mayores puntuaciones se asociaron con alguna y mucha experiencia como cuidadora anteriormente a este rol (EX.1) ($r=.21$ $p<.05$).

2.5.3. EDAD

En referencia a la edad, se observó que las mayores puntuaciones de la escala de control, (CPRCED) correlacionó con una menor edad de las cuidadoras ($r=-.26$ $p<.01$).

2.5.4. GRADO DE IMPLICACIÓN

En esta variable, (IM.) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 13,08$ $gl=4$ $p<.01$) se observó que mujeres cuyo grado de implicación era medio, puntuaban más en la escala de control que aquellas cuyo grado de implicación era muy alto (U Mann-Whitney=217 $z=-1,91$ $p<.05$), hallándose la misma dirección respecto a la tendencia de las puntuaciones ($r=-.32$ $p<.01$), de tal forma, que mientras aumenta el grado de implicación, bajan las puntuaciones de la escala. Así, se pudo comprobar que el grado de implicación, se relacionaba con ser cuidadora principal a partir de un grado medio, alto y muy alto ($r=-.33$ $p<.001$); frente, a las que no se percibían como cuidadoras principales, cuya implicación parecía ser muy baja o baja.

Respecto a las mujeres que se percibían como cuidadoras principales, frente a las que no se percibían, no se hallaron diferencias con las otras variables de este estudio.

2.5.5. FAMILIA

Aquellas mujeres que obtuvieron una mayor puntuación en la escala, indicaron que cuidar a su familiar no había deteriorado su relación de pareja (F.4) ($r=-.21$ $p<.05$).

2.5.6. LA MUERTE COMO ACEPTACIÓN DE ESCAPE

Finalmente se halló que las menores puntuaciones de la escala, correlacionaron con un mayor acuerdo en aceptar la muerte del enfermo, ya que suponía una liberación para todos (MAC.) ($r=-.25$ $p<.01$).

2.6. ESCALA DE RESILIENCIA EN CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA

Como se ha indicado anteriormente, las relaciones con el resto de escalas han sido ya expuestas, o se verán en los siguientes apartados (ver tabla n. 170 del anexo).

En referencia a las correlaciones con otras variables indicadoras, se observó como las altas puntuaciones de esta escala, se asocian con un mayor grado de acuerdo en poseer la habilidad para mantenerse alegre, a pesar de los momentos difíciles (IE.1) ($r=.30$ $p<.01$); y con un menor grado de acuerdo ante problemas difíciles, darles de lado para divertirse con otras cosas (EA.4) ($r=-.23$ $p<.05$).

Respecto a aquellas mujeres que se consideraban cuidadoras principales (AC.4) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 5,80$ $gl=2$ $p<.05$), las que menos puntuaron en la escala de resiliencia, (ERCED) elegían como estado deseable, compartir la responsabilidad entre varios, frente a aquellas que aceptaban la situación tal y como era, que puntuaron más (Mann-Whitney=123,5 $z=-219$ $p<.05$).

Según el tiempo que llevaban cuidando, (AC.5) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 16,93$ $gl=4$ $p<.01$) puntuaron menos en la escala, aquellas que deseaban que alguien las reemplazara (U Mann-Whitney=462 $z=-2,65$ $p<.05$), frente a las que optaron por elegir aceptar la situación tal y como era.

2.6.1. APOYO SOCIAL

Una mayor resiliencia correlacionó con una mayor percepción de apoyo (AP.2) ($r=.30$ $p<.001$).

2.6.2. LIBERTAD

Las altas puntuaciones en resiliencia, correlacionaron también con un mayor grado de acuerdo tener plena libertad para decidir si cuidarle o no (L.1) ($r=.28$ $p<.01$).

2.7. FAMILIA

Un mayor desacuerdo en considerar que cuidar a su familiar debilitaba la relación de pareja (F.4) ($r=-.27$ $p<.01$), se asociaba con altas puntuaciones; y éstas, con una relación con el enfermo, buena o muy buena (F.1) ($r=.22$ $p<.05$), y con menos malestar en problemas de convivencia con padres y hermanos (F.5) ($r=-.22$ $p<.05$).

2.8. ESCALA DE PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS EN ENFERMOS CON DEMENCIA

La mayor puntuación en esta escala, tiene un significado distinto a las anteriores, así indica, que la cuidadora mientras está con el enfermo recibe una mayor frecuencia de comportamientos alterados. Esta puntuación tendía a asociarse; aunque levemente, con altas puntuaciones de la variable Evitación/Abandono, (EA.1) ($r=.19$ $p<.05$) y con la Escala de Déficit Cognitivo ($r=.29$ $p<.01$). Sin embargo una relación indirecta, correlacionó entre estas altas puntuaciones de la escala de percepción de síntomas, y bajos valores de las escalas de resiliencia (ERCED) ($r=-.21$ $p<.05$) y control percibido (CPRCED) ($r=-.36$ $p<.001$) (Ver tabla n. 170 del anexo).

La relación anterior con evitación, se ve corroborada con la existente entre la percepción de altos síntomas conductuales y psicológicos, con fuertes deseos de que las cosas cambiasen (EA.3) ($r=0,38$ $p<.001$), y con menores años cuidando (EX.2) ($r=-.20$ $p<.05$).

2.8.1. ACEPTACIÓN

Si el tiempo que dedicaban al cuidado superaba las 4 horas diarias, (AC.2) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 8,70$ $gl=3$ $p<.05$) las mayores puntuaciones eran para aquellas, cuyo estado preferido era tener días libres para descansar (U Mann-Whitney=395 $z=-2,53$ $p<.05$) y tener contratado un cuidador profesional por todo el día (U Mann-Whitney=329,5 $z=-2,31$ $p<.05$); en comparación con las cuidadoras que aceptaban la situación tal y como era, que puntuaron menos.

Respecto a la ayuda que recibían, (AC.1) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 13,09$ $gl=4$ $p<.01$) el estado deseable que preferían las cuidadoras que obtenían mayor puntuación en la escala, era que los demás miembros de la familia se implicasen más (U Mann-Whitney=371 $z=-3,08$ $p<.01$) y recibir ayuda para las tareas difíciles (U Mann-Whitney=472 $z=-3,15$ $p<.01$); frente a las mujeres que menor puntuaban, que eran aquellas que aceptaban la situación tal y como era.

De todas las responsabilidades que las cuidadoras llevaban hacia adelante, (AC.6) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 8,18$ $gl=3$ $p<.05$) aquellas que obtuvieron mayores puntuaciones en la escala, su estado deseable fue que le reconocieran lo hacía (U Mann-Whitney=298 $z=-2,08$ $p<.05$) y recibir más ayuda para cada una de sus responsabilidades (U Mann-Whitney=627,5 $z=-2,12$ $p<.05$); frente a las que puntuaron menos, aquellas que aceptaban la situación tal y como era.

Para aquellas cuidadoras que se percibían a sí mismas como cuidadoras principales, (AC.4) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 6,72$ $gl=2$ $p<.05$) y que obtenían mayor puntuación en esta escala, su estado deseable era que nada de lo ocurrido hubiera sucedido, frente a las que aceptaban la situación tal y como era, que puntuaban menos (U Mann-Whitney=246 $z=-2,57$ $p<.01$).

2.8.2. PERCEPCIÓN DE ESTRÉS

En referencia a la relación que mantenían con las personas más cercanas, (E.2) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 28,42$ $gl=4$ $p<.001$) aquellas cuidadoras que obtuvieron mayor puntuación en la escala, el mayor estrés que informaron, se lo producían las exigencias de su familiar enfermo (U Mann-Whitney=350 $z=-4,96$ $p<.01$), siguiéndole las exigencias familiares de: la pareja (U Mann-Whitney=92,5 $z=-2,38$ $p<.05$), los hijos (U Mann-Whitney=184 $z=-2,64$ $p<.01$) y familia parental, (U Mann-Whitney=133 $z=-2,48$ $p<.05$) frente a aquellas mujeres que no consideraron ninguna de las incluidas, que puntuaron menos.

2.8.3. FAMILIA

Una mayor frecuencia de comportamientos conductuales y psicológicos, se asoció con un mayor malestar en los problemas de convivencia con padres y hermanos (F5) ($r=0,24$ $p<.01$). Respecto a la relación anterior que habían mantenido con el enfermo (F1), también se comprobó que conforme mejor había sido la relación, menor era la frecuencia de la percepción de los síntomas conductuales y psicológicos ($r=-0,23$ $p<.01$). En esta misma línea los datos reflejaron (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 7,57$ $gl=3$ $p<.05$) que los sujetos que consideraron su relación normal, percibían mayores síntomas que los que consideraron su relación muy buena (U Mann-Whitney=493 $z=-2,17$ $p<.05$).

2.9. EVITACIÓN/ABANDONO (EA.1)

Una elevada puntuación en esta variable, tendía a asociarse con puntuaciones bajas de la escala control percibido ($r=-.57$ $p<.001$) (ver tabla n. 170 del anexo).

También esta mayor puntuación en Evitación/Abandono (EA.1), se asoció positivamente con la imposibilidad de ser feliz viendo el mundo como estaba (CI.2) ($r=0,26$ $p<.01$), creer que hay que ser mala persona para no preocuparse por los problemas de los demás (CI.1) ($r=.26$ $p<.05$), y con grado de implicación (IM.), de tal forma que conforme aumenta ésta (media, alta y muy alta) tiende a aumentar la evitación ($r=.20$ $p<.05$).

Una mayor Evitación-Abandono (EA.1), correlacionó positivamente con mayor acuerdo en que la mejor forma de llevar los problemas, era no tomarlos demasiado en serio (EA.2) ($r=.27$ $p<.01$), con fuertes deseos de que las cosas cambiasen (EA.3) ($r=.28$ $p<.01$), y ante problemas difíciles, lo mejor era darlo de lado para divertirse con otras cosas (EA.4) ($.34$ $p<.001$).

2.9.1. ACEPTACIÓN

Respecto a la ayuda que recibían, (AC.1) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 8,23$ $gl=3$ $p<.05$) los resultados también arrojaron una mayor evitación en aquellas cuidadoras cuyo estado deseable era recibir más ayuda para tareas difíciles (U Mann-Whitney=525 $z=-2,03$ $p<.05$); frente a aquellas que aceptaban la situación, que puntuaron menos.

Según el tiempo que llevaba cuidando, (AC.5) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 18,31$ $gl=4$ $p<.001$) las cuidadoras que más puntuaron en evitación, su estado deseable era que alguien les reemplazara (U Mann-Whitney=487 $z=-3,02$ $p<.01$); frente a las que aceptaban la situación tal y como era.

2.9.2. PERCEPCIÓN DE ESTRÉS

Respecto a qué les producía mayor estrés en sus responsabilidades diarias, (E.1) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 11,49$ $gl=4$ $p<.05$) las cuidadoras que más puntuaron en evitación, informaron cuidar a su familiar (U Mann-Whitney=193 $z=-2,57$ $p<.01$); frente a las que eligieron trabajar fuera de casa, que puntuaron menos.

2.9.3. APOYO

Un mayor comportamiento de Evitación/Abandono (EA.1) se asoció con un menor grado de acuerdo en el apoyo percibido (AP.2) ($r=-.25$ $p<.05$).

También una mayor puntuación en evitación, covarió con no saber como hacer para comprender por qué la mayoría de las veces, sentían desprecio por sí mismas (I.E.2) ($r=.38$ $p<.001$) y con un mayor grado de malestar por enfermedad o incapacidad grave propia (ACV.) ($r=.27$ $p<.01$).

Finalmente, se observó una mayor evitación con la frecuencia con las que contribuía en las AVD ($r=.21$ $p<.05$) y con una ninguna experiencia anterior como cuidadora (EX.1) ($r=-.21$ $p<.05$).

2.9.4. EDAD

En esta variable, los datos indicaron que conforme aumenta la edad, aumentan la puntuaciones de evitación/abandono (EA.1) ($r=.22$ $p<.05$).

2.10. ESCALA DE CREENCIAS IRRACIONALES

La tendencia entre esta variable y la escala de control (CPRCED) fue negativa, de tal forma que conforme aumentan las puntuaciones de la Escala de Creencias Irracionales, (ECI) disminuyen las de la Escala de Control Percibido ($r=-.45$ $p<.001$) (Ver tabla n. 170 del anexo).

Esta escala de creencias, covarió con otras variables, en el que los sujetos opinaron, que había que ser mala persona para no preocuparse constantemente por los problemas de los demás (CI.1) ($r=.35$ $p<.001$), y con no saber cómo hacer para comprender por qué sentían desprecio por sí mismas la mayoría de las veces (I.E.2) ($r=.20$ $p<.05$).

2.10.1. ACEPTACIÓN

Las puntuaciones altas de la escala de creencias, mostraron diferencias significativas con aquellas cuidadoras, (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 14,32$ $gl=4$ $p<.01$) que eligieron como estado deseable del comportamiento de su familiar (AC.3), que entendieran todo lo que hacían por él/ella; frente a una menor puntuación en la escala, de las que aceptaban la situación tal y como era (U Mann-Whitney=50,5 $z=-2,70$ $p<.01$).

Las mayores puntuaciones de la escala de creencias, fueron para aquellas mujeres que al ser preguntadas por cual era su estado deseable, dadas las responsabilidades que llevaban hacia adelante (AC.6) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 9,21$ $gl=4$ $p<.05$), fue solicitar que reconociesen lo que hacían, frente a las que aceptaron la situación, que puntuaron menos (U Mann-Whitney=225 $z=-2,86$ $p<.01$).

2.11. NIVEL DE ESTUDIOS

La escala de creencias, diferenció entre aquellas mujeres que habían cursado determinados estudios, (N.E) (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 14,25$ $gl=3$ $p<.01$), así, una mayor puntuación en la escala, la obtuvieron aquellas mujeres que tenían estudios primarios, existiendo diferencias con las que habían estudiado bachiller (U Mann-Whitney=249,5 $z=-3,39$ $p<.01$), y una diferencia mayor, con quienes cursaron estudios universitarios (U Mann-Whitney=667 $z=-2,68$ $p<.01$), que puntuaron menos.

Finalmente se observó una relación positiva entre esta escala, y el malestar por incapacidad o enfermedad grave propia (ACV.) ($r=.23$ $p<.05$).

2.12. ESCALA DE MALESTAR EN ACONTECIMIENTOS VITALES

Las altas puntuaciones de esta variable indicando un mayor malestar, se asoció levemente con menores puntuaciones de la escala de control percibido ($r=-.19$ $p<.05$) y con altas, de la Escala de Creencias Irracionales ($r=.19$ $p<.05$).

Un mayor grado de malestar, se relacionó también un mayor malestar en enfermedad o incapacidad grave propia, (ACV.) ($r= 0,30$ $p<.01$).

2.12.1. APOYO SOCIAL

Respecto al apoyo percibido (AP.2), se comprobó como un menor acuerdo en recibir apoyo ($r=-.30$ $p<.001$), así como una menor frecuencia (AP.1) ($r=-.22$ $p<.05$), se asociaron con mayor malestar. Respecto a las variables de apoyo social, no se hallaron relaciones.

Un mayor malestar también se asoció con el estado civil, (E.C) de tal forma las mujeres que vivían en pareja, viudas, separadas y divorciadas, tendía a relacionarse con altas puntuaciones de la escala ($r=0,29$ $p<.001$).

2.12.2. FAMILIA

Aquellas mujeres con altas puntuaciones en la escala de malestar, se comprobó que conforme aumentaba ésta, crecía el malestar en la convivencia con padres y hermanos (F.5) ($r=.63$ $p<.01$).

CAPÍTULO IX MODELO DE ECUACIONES ESTRUCTURALES

1. APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LAS ECUACIONES ESTRUCTURALES

La metodología de las ecuaciones estructurales, también llamadas análisis de estructuras de covarianza, surge de las aportaciones de tres disciplinas bien distintas, como son la psicometría, econometría y biometría. Desde la primera, se incluyen conceptos como el error de medida y variables latentes, desde la econometría se destacan las relaciones e influencias direccionales entre variables, y de la biometría el desarrollo y representación de diagramas de esquemas teóricos (Bollen, 1989).

1.1. ECUACIONES ESTRUCTURALES

Es un método estadístico de tipo confirmatorio que se produce a partir de una teoría, en el que se explican relaciones hipotéticamente causales sobre las variables latentes y la consistencia de tales relaciones (Gómez, 1996). Engloban por una parte análisis de regresión, en cuanto supuestos menos restrictivos que incorporan los errores de medida tanto en las variables explicativas como explicadas, y por otra el análisis factorial, que estudia los efectos directos e indirectos entre factores (Bollen, *Ibíd.*).

Según lo anterior, y siguiendo a Hair, Anderson, Tatham & Black (1999) las técnicas que se desarrollan, se distinguen por:

- 1) Estimar relaciones de dependencia múltiple y cruzada.
- 2) Representar conceptos no observados directamente.
- 3) Incluir el error de medida en la estimación.

La confirmación de un modelo, se lleva a cabo comprobando si la matriz de covarianzas de las variables observables, se ajustan o no a la estructura impuesta según un modelo teórico.

De aquí, que una de las principales ventajas de tal metodología, es la incorporación o estudio conjunto de las variables observadas y latentes. Esto permite siguiendo a Bagozzi & Philips, (1982) comprender las propiedades de las escalas de medida de las variables dependientes y los conceptos teóricos que se quieren estudiar.

Los modelos de ecuaciones estructurales siguiendo a Batista y Coenders (2000), permiten:

- 1) Estudiar fenómenos en su globalidad. De esta forma facilita un acercamiento para conocer las múltiples causas y aspectos entre relaciones, frente al establecimiento de medidas tradicionales que ofrecen una visión más reducida.
- 2) Condensar las relaciones existentes entre las variables en un reducido número de factores. En este sentido el investigador organiza sus hipótesis en cuanto qué variables latentes se relacionan con las variables observadas, y cómo se reflejan en la estructura del modelo (Martínez-Arias, Hernández & Hernández 2006).
- 3) Especificar el modelo, estableciendo modificaciones según los ajustes de los datos.
- 4) Eliminar el error de medida en las relaciones existentes entre variables.

Como se ha sugerido, se trata de una técnica que engloba la regresión múltiple y el análisis factorial de un conjunto de variables, cuyas relaciones de dependencia, las compara con una estructura de relaciones introducidas por el investigador.

1.2. CONSIDERACIONES REFERENTES AL ESTUDIO DE LA CAUSALIDAD

El método experimental considerado como el más adecuado para verificar hipótesis causales, se caracteriza por el control que el investigador posee sobre las variables del estudio, partiendo de una distribución aleatoria de los sujetos y manipulación de la variable independiente. Así, una relación causal supondrá que la variación que se produzca en una variable, producirá su efecto directo en otra.

La relación causal por tanto, se podrá establecer cuando entre dos variables existen relaciones suficientes, antecedentes temporales entre la causa y el efecto, falta de alternativas en las variables causales y una teoría que establezca las relaciones (Hair et.al Ibíd..)

En las investigaciones sociales, dadas las limitaciones con las que se parten para un control experimental, resulta prácticamente imposible establecer relaciones causales desde una estricta perspectiva de la causalidad. Por tal razón, Batista y Cuadras (1983) señalan, que ciencias como la Psicología, Biología y Economía recurran a métodos estadísticos de control no experimental.

No obstante, la imposibilidad a la que antes se aludía, ¿supone no poder investigar relaciones causales por métodos no experimentales?. La respuesta que Alvira y Peña (1978) ofrecen es que no, de tal forma que desde la investigación no experimental, se controlará en menor medida las distintas explicaciones alternativas, dependiendo más del modelo teórico que se sustente. Si éste es correcto, tanto la covariación del modelo como la de los datos de la población, han de ser iguales, por tanto la causalidad manifiesta en tales modelos, se entiende como control estadístico (Lévy, Manera, Martín, Mateos & Rubio 1999).

Para Batista y Coenders (2000) cuando se trabaja con datos no experimentales, el modelo de ecuaciones estructurales supone una de las herramientas más potentes para estudiar relaciones causales, siempre que las relaciones sean de tipo lineal. No obstante, según estos autores, tales modelos nunca prueban la causalidad, ayudan sin embargo a establecer hipótesis causales relevantes.

En los modelos de ecuaciones estructurales, las relaciones halladas determinan la fuerza de los efectos. Como sugiere Batista y Coenders (2000 *íbid.*) nunca se podrá demostrar la corrección del modelo, más bien se revelará incapaz de demostrar que es incorrecto.

1.3. ETAPAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE MODELOS DE ECUACIONES ESTRUCTURALES

Tales modelos se diferencian por intentar minimizar la diferencia entre la covarianza impuesta en el diseño del modelo y la covarianza de la muestra (Bollen, 1989). Para ello, además de la base teórica que debe fundamentar todo modelo, existen una serie de supuestos estadísticos dentro de la metodología de este tipo de modelos que se deben cumplir, como son (Batista y Coenders, *Ibíd.*):

- 1) Asumir la existencia de relaciones lineales entre los factores, de tal forma que las variables latentes se relacionen mediante ecuaciones de regresión y linealmente.
- 2) Suponer la independencia entre los términos de perturbación y los factores, y entre éstos y errores de medida, así como entre los términos de perturbación y errores de medida.
- 3) Asumir que la forma de distribución en las variables exógenas, errores de medida y términos de perturbación es normal y multivariante.

Para la descripción de las fases de: especificación, identificación, estimación y evaluación, se abordará desde las aportaciones de Martínez Arias et. al (*Ibíd.*) Batista y Coenders (2000 *íbid.*) y Barrio y Luque (2000).

1.3.1. ESPECIFICACIÓN

Consiste en la elaboración de un modelo que surge a raíz de una base teórica, sirviendo de guía para orientar las variables más idóneas y relaciones más probables. De esta forma, el investigador mediante un conjunto de hipótesis, intenta prever la dirección y relaciones de la muestra obtenida.

En esta etapa de elaboración, es necesario establecer lo siguiente (Martínez-Arias et. al 2006 íbid.):

ESPECIFICACIÓN

1. Número de factores latentes.
2. Relación entre variables observadas y factores comunes.
3. Covariación entre factores comunes.
4. Relación entre los factores únicos y las variables observadas.
5. Varianzas y covarianzas entre los factores únicos.

Cuadro n 9.1 Fase de especificación

La forma en la que se lleva a cabo la especificación, consiste en la conveniencia de utilizar juntamente los tres formatos que a continuación se describen:

- 1) Grupo de hipótesis.
- 2) Grupo de ecuaciones estructurales.
- 3) Diagrama de paso o Path diagram. Para su representación gráfica, se pueden seguir los siguientes pasos:
 - a. Las variables observables se representan por rectángulos
 - b. Las variables latentes se representan por círculos u óvalos.
 - c. La relación entre variables se representa por una flecha, cuyo sentido es desde la variable causa hacia la variable efecto. En las variables latentes, parten de éstas hacia las variables observadas.
 - d. Las covarianzas se representan mediante enlaces curvos en ambas direcciones.
 - e. La ausencia de enlaces entre variables indica que no existe relación.

1.3.2. IDENTIFICACIÓN

Consiste en comprobar si a partir de los datos obtenidos de la muestra y variables del modelo, existe suficiente información en la matriz de covarianzas.

La condición necesaria es que los grados de libertad sean mayor que cero. Los grados de libertad son una función del tamaño de la muestra, del número de variables medidas y del número de parámetros a estimar. Representan, por tanto, la diferencia entre el número de varianzas y covarianzas que se pueden obtener a partir de la muestra.

Los modelos se pueden clasificar según el valor que se obtenga de los grados de libertad (gl):

- 1) Nunca identificados ($gl < 0$).- En estos casos, no es posible la estimación, tomando los parámetros valores infinitos.
- 2) Posiblemente identificados ($gl = 0$).- Son modelos que no ofrecen ningún interés, ya que su resultado es un ajuste perfecto, ofreciendo una única solución para estimar. Se denominan modelos saturados.
- 3) Modelos sobreidentificados ($gl > 0$).- Son aquellos que poseen menos parámetros para su estimación que grados de libertad, varianzas y covarianzas en la matriz.

1.3.3. ESTIMACIÓN

Una vez establecida la identificación, se procede a la estimación de los parámetros. Ésta consiste en un proceso iterativo, que alcanza su fin cuando los elementos de la matriz residual no se pueden minimizar más. La matriz residual recoge las diferencias entre la matriz de covarianza procedente de la población y la matriz observada.

Según el procedimiento de estimación que se emplee, determinará las distintas funciones de ajuste del modelo, así entre los distintos procedimientos se encuentran: mínimos cuadrados no ponderados (ULS, unweighted least squares), mínimos cuadrados generalizados (GLS, generalized least squares) y máxima verosimilitud (ML, maximum likelihood). Estos métodos se emplean en el caso de que las variables sean normales multivariantes, o se acerquen a esta condición. En el caso de alejamientos fuertes de esta normalidad multivariante se plantean otros tipos de estimación, como los métodos de distribución libre (AGLS; arbitrary generalized least squares) o correcciones robustas de máxima verosimilitud (Bollen, 1995). En nuestro caso, los datos de curtosis multivariante, indicadora de alejamientos de la normalidad multivariante, ofrecen un valor del coeficiente de Mardia estandarizado de 0.40, lo que nos ofrece todo tipo de confianza en el uso de los métodos de máxima verosimilitud.

Este último procedimiento parte del supuesto por el cual las variables siguen una distribución normal multivariante, constituyendo un método potente para no verse afectado por oscilaciones en la distribución normal multivariante, ofreciendo además una prueba de contraste sobre el ajuste global del modelo (Bisquerra, 1989)

Las funciones de ajuste mediante procesos iterativos, se llevan a cabo mediante programas informáticos (Lisrel, EQS, AMOS, etc.) de tal forma que cuando los valores no se aproximan tras sucesivas iteraciones, se puede decir que el modelo no converge. Por el contrario, si se modifica el valor máximo de las interacciones, y el modelo converge, se puede decir que los parámetros del modelo propuesto se ajustan a la matriz de covarianza muestral, o difieren según Martínez-Arias (Ibíd..) en menos de una cierta cantidad muy pequeña.

1.3.4. EVALUACIÓN DEL AJUSTE.

La evaluación del ajuste del modelo consiste en especificar el grado de exactitud en el que el modelo global compuesto por el modelo de medida y estructural, predicen satisfactoriamente la matriz de covarianzas observadas. El modelo de medida para Bollen (1989), describe la relación entre las variables latentes y variables observables, informando de éstas, la fiabilidad y validez como medidas de las variables latentes. Este modelo es similar en forma al análisis factorial, y evalúa la fiabilidad de cada constructo para la estimación de las relaciones causales (Hair et. al *Ibíd.*). El objetivo del modelo estructural consiste en la confirmación de que las relaciones causales del modelo propuesto, son consistentes con los datos provenientes de la muestra (Bollen *Ibíd.*). Relaciona, por tanto, la dependencia entre las variables latentes, y es similar en forma a la regresión múltiple.

1.3.4.1. PRUEBA χ^2

La menor discrepancia entre lo que se ha observado y lo que se ha predicho, representado por valores reducidos, supone un mejor ajuste. Contrariamente a los niveles de significación habituales, el modelo es significativo si es superior a .05, indicando que no existen diferencias entre la covarianza de ambas matrices (observada y reproducida). En muestras grandes, tal índice presenta peores ajustes, siendo el tamaño ideal muestras entre 100 y 200 sujetos (Lévy, 2003).

1.3.4.2. ÍNDICE DE AJUSTE COMPARATIVO CFI (COMPARATIVE FIT INDEX)

Mide la mejora en la no centralidad de un modelo, recomendándose este índice frente a la χ^2 en muestras superiores a 100 unidades (Lévy *Ibíd.*). Los valores superiores a 0.90 se consideran aceptables y superiores a 0.95 indican buen ajuste (Martínez-Arias, *Ibíd.*).

1.3.4.3. ÍNDICE DE AJUSTE INCREMENTAL IFI (INCREMENTAL FIT INDEX)

Permite comparar el ajuste de modelos que analizan distintos datos o incluyen distintas variables. El índice se encuentra comprendido entre 0 y 1, aceptándose las valoraciones dadas para el CFI.

1.3.4.4. MCDONALD FIT INDEX MFI

Índice basado en la estimación de parámetros de no centralidad de la distribución χ^2 cuyos valores superiores a 0.90 se consideran aceptables (McDonald & Mok (1995).

1.3.4.5. ÍNDICE DE BONDAD DE AJUSTE GFI (GOODNESS OF FIT INDEX)

Supone la capacidad del modelo para resumir las relaciones halladas entre todas las variables. Es una medida de la variabilidad conjunta del modelo. Valores superiores a 0.90 indican un ajuste aceptable (Lévy *Ibíd.*)

1.3.4.6. SRMR (STANDARDIZED ROOT MEAN RESIDUALS)

Es un promedio de los valores residuales ajustado. Su valor ha de ser inferior a 0.05, siendo el investigador, dada la parquedad del modelo, quien lo interprete bajo un criterio de mayor flexibilidad (Batista y Coender *Ibíd.*)

1.3.4.7. ÍNDICE DE RAIZ CUADRADA MEDIA DEL ERROR DE APROXIMACIÓN RMSEA (ROOT MEAN SQUARE ERROR OF APPROXIMATION)

Indica el error de aproximación medio por grado de libertad. Según Browne & Cudeck (1993 citados en Martínez-Arias *Ibíd.*) un buen ajuste estaría comprendido para valores menor o igual que 0.05, y entre este y 0.08 indicarían un ajuste aceptable.

2. RESULTADOS DEL MODELO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL EN CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA

2.1. MODELO ESTRUCTURAL

Según se ha indicado, la parte estructural del modelo detalla las relaciones existentes entre las variables latentes. Como se puede comprobar, la Inteligencia Emocional produce un efecto negativo sobre la adaptación no adecuada y positivo sobre la adaptación adecuada. (ver figura 9.1).

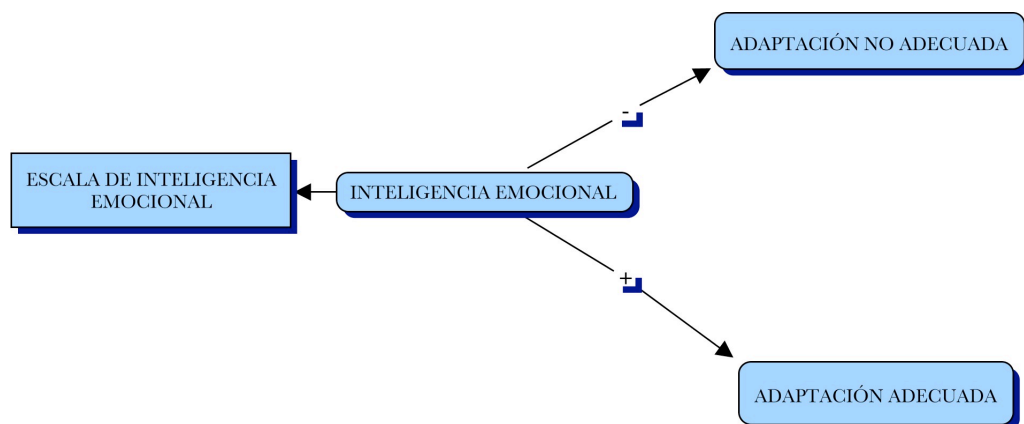


Figura n. 9.1 Modelo estructural

2.2. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Entre los antecedentes teóricos que relacionan la actuación del sujeto con los resultados que ello produce, se podrían remontar hasta la antigüedad clásica, donde el concepto que Aristóteles confiere al término inteligencia, es la capacidad de pensar bien por el bien de una buena vida, o también dentro de esta cultura, se entendía como el comportamiento correcto que guía la acción.

Destacando esta acción, Piaget (1981) señala que dadas las perturbaciones en un sistema, la adaptación se alcanza tras una adecuada acción del sujeto. Una adaptación que para Sternberg (1997, 2003) supone una capacidad y esfuerzo personal en modificar y moldear el entorno como a uno le convenga, suponiendo la inteligencia práctica el desempeño de habilidades que originen una conducta adaptativa (Willis, 1987). Tal conducta o buena adaptación, para Masten (1994) significa un ejercicio de competencia y ajuste social, mientras que una débil adaptación implica desajuste social.

Sin olvidar la continua interacción del sujeto y el ambiente, Lawton dentro de su modelo ecológico (1975, 1977) señala que el resultado adaptativo o no de tal interacción, se halla determinado por la competencia del sujeto. Así, esta se logra gracias a la pragmática cognitiva (Baltes 1987) mediante el empleo de habilidades prácticas, sociales, verbales, y competencias emocionales, alcanzando el estado más ideal del ser humano, la sabiduría (como los clásicos ya suscribieron).

La orientación teórica que se ha seguido para la Inteligencia Emocional (IE), ha sido la propuesta por los autores Salovey & Mayer (1990), Mayer & Salovey (1993, 1997) Schutte (1998) Salovey, Hsee & Mayer (2001) Van Rooy & Viswesvaran (2004), etc. La IE se concibe por tanto, como miembro de las inteligencias potenciales, en la que para Mayer et. al. (2000) hay que incluir la habilidad de percepción no verbal (Buck 1984,) (Rosenthal et. al. 1979), creatividad emocional (Averill & Nunley, 1992), Inteligencia Social (Sternber & Smith, 1985), Inteligencia Personal (Gardner, 1993) e Inteligencia Práctica (Sternberg 1986, 1990a, 1991, 1997).

El proceso emocional, considerado como un elemento vital para la adaptación, debe gozar de características variables y flexibles, que permitan desempeñar comportamientos inteligentes que faciliten respuestas adaptativas (Lazarus, 1991).

El dominio de la vida afectiva, es por tanto, un aspecto de especial importancia para adquirir una adaptación eficaz al entorno, donde el afecto desempeña una destacable función en dirigir pensamientos y acciones (Reig, 2000). Así, la habilidad para utilizar la información proveniente de las emociones, puede ser adaptativa, de tal forma que la relación entre emoción y cognición, no deben ser antagónicas (Salovey et. al. 1995).

Basadas en las habilidades aprendidas en el contexto diario, el concepto de inteligencia dentro del marco de la IE, se refiere a las aptitudes básicas definidas en términos psicométricos, como un factor latente dentro de un modelo de habilidad y competencia (Mathews et. al. 2006)

Salovey & Mayer (1990) consideran que la IE supone el seguimiento de tres categorías:

- 1) Habilidad para evaluar la expresión en los demás y habilidad para evaluar y expresar las propias emociones. Según éstas, Fredrickson (2001) señala que pueden influir en la valoración de expresiones faciales, procesamiento cognitivo, cambios fisiológicos, etc. donde los afectos positivos facilitan la ejecución de acciones y comportamientos adaptativos. En este sentido, sería utilizar la emoción para planificar, crear y motivar la acción basada en el conocimiento que se posee (Salovey, Hsee & Mayer 2001).
- 2) Utilizar la emoción para la solución de problemas.
- 3) Regular la emoción en uno y en los demás, donde los mayores niveles de destreza, se alcanza sabiendo cómo tranquilizarse después de angustiarse, o aliviar la ansiedad en los demás (Mayer & Salovey, 1997). Siguiendo a Gohm & Clore (2002), las personas que se perciben a sí mismas con habilidad para comprender y regular las emociones propias y de los demás, utilizan estilos de afrontamiento más adaptativos, donde una alta IE se relaciona con satisfacción vital, felicidad y alta autoestima.

Entendiendo así la IE, será por tanto, el uso inteligente de las emociones (Weisinger, 1998), resultando adaptativa la habilidad desempeñada en utilizar la información proveniente de las emociones (Salovey, 1990).

Entre las distintas definiciones que la literatura ha aportado referente a la IE, destacamos aquella que se ha obtenido unificando varias de ellas, considerando la que mejor se ajusta al contexto diario de la mujer cuidadora, así Van Rooy & Viswesvaran (2004) la define como un conjunto de habilidades que permiten a la persona generar, reconocer, expresar, comprender y evaluar sus propias emociones y la de los demás, en orden a guiar pensamientos y acciones que exitosamente se enfrentan ante las demandas y presiones ambientales.

Orientaciones desde otros puntos de vista como ya se ha apuntado más arriba, son las aportaciones de Gardner (1992, 1995, 2000, 2001, 2002) quien considera necesario incluir la historia evolutiva de los sujetos, de tal forma que un incremento de la inteligencia, se asocie a una mejor adaptación. En referencia a su aportación de la Inteligencia Intrapersonal, la describe como el reconocimiento, comprensión y manejo de emociones, fortalezas y debilidades en uno mismo, utilizadas con la finalidad de conducir el comportamiento en procesos hacia la adaptación y acontecimientos vitales. Y respecto a la Inteligencia Interpersonal, la define como la habilidad manifestada en distintos roles, donde en interacción con los demás, comprende y detecta motivaciones, estados de ánimo y expectativas.

En la misma línea de lo ya apuntado, se enfatiza la aplicación que la Inteligencia Práctica y Exitosa confiere a los cambios experimentados tanto a lo largo del ciclo vital, como las vivencias diarias en un entorno lleno de desafíos. En este sentido, es necesario hacer uso de la inteligencia, donde ésta no reside en exclusiva en el individuo, sino en las respuestas emitidas ante las exigencias del entorno (Sternberg, 1984). Así, en la relación que se mantiene

con los demás, la habilidad no consiste únicamente en el análisis de las propias ideas, sino en tener en cuenta la de éstos, de tal forma que se les pueda persuadir de los propios valores (Sternberg & Lubart, 1996).

Dado el contexto habitual del cuidado, coincidimos con Pearlin, et. al. (1990) Aneshensel & Pearlin (1993), Pearlin (1999) en la tensión que pueden provocar el desempeño de distintos roles, en nuestro caso, en hijas que cuidan a su familiar con demencia. Por una parte, se pueden generar conflictos interpersonales por la interacción en responsabilidades complementarias, como entre esposo y esposa, jefe y subordinado, etc. Y por otra, por los conflictos inter-roles, presentándose incompatibilidades en el desempeño de sus compromisos, como trabajo fuera del hogar, ser madre, esposa y cuidadora.

Debido al interés e importancia social que supone el cuidado de enfermos con demencia, consideramos en el modelo propuesto, que la Inteligencia Emocional es uno de los constructos que mejor pueden predecir el comportamiento de la mujer cuidadora. Una actuación cuyo origen se encuentra en un contexto diario, influido por el comportamiento del enfermo, tareas relacionadas con el rol de mujer, y relaciones sociales propias de estas interacciones. Para ello, es necesario el empleo de acciones emocionalmente inteligentes que sirvan para obtener resultados satisfactorios para el bien propio y de los demás.

2.3. MODELO DE MEDIDA

En éste se analiza la relación existente entre las variables latentes y variables observables.

Según se refleja, (figura 9.2) las puntuaciones de la variable observable de la Escala de Inteligencia Emocional, es explicada por la variable latente de Inteligencia Emocional, la cual produce un efecto negativo sobre la variable adaptación no adecuada y positivo sobre la adaptación adecuada. Ésta, se explica por el efecto que producen las variables: Escala de Bienestar Subjetivo, Cuestionario de Valores, Escala de Control Percibido en el Rol de Cuidadoras de Enfermos con Demencia y la Escala de Resiliencia en Cuidadoras de Enfermos con Demencia. Y la adaptación no adecuada, igualmente se explica por la influencia de otro grupo de variables, como: Escala de Percepción de Síntomas Conductuales y Psicológicos en Enfermos con Demencia, Evitación/Abandono (EA.1), Escala de Creencias Irracionales y la Escala de Malestar en Acontecimientos Vitales.

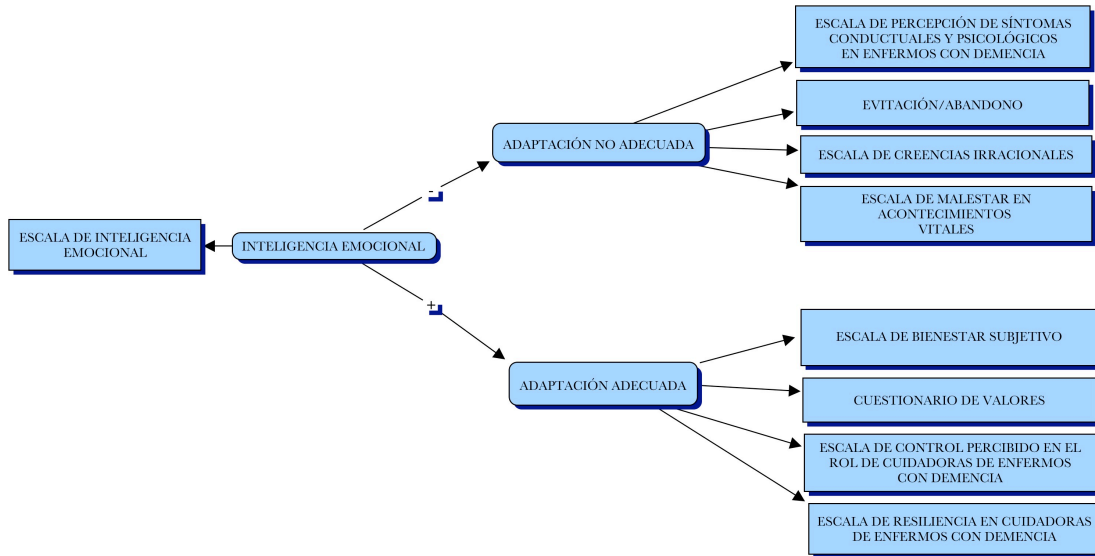


Figura n. 9.2 Modelo de medida

La contribución teórica que apoyan la relación entre las variables explicadas y las latentes, se exponen a continuación:

2.4. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

2.4.1. ADAPTACIÓN ADECUADA

2.4.1.1. BIENESTAR SUBJETIVO

La adaptación como componente central de las teorías del BS (Helson, 1947), es un concepto de especial importancia que puede explicar su influencia sobre la felicidad, (Diener et. al. 2006) donde la habilidad para alcanzar ésta, constituye un aspecto esencial para una salud mental positiva y la adaptación (Jahoda, 1958) (Diener, 1984) (Taylor & Brown 1988).

Destacando una vez más la percepción del sujeto, el aspecto central de las teorías del BS siguiendo a Diener (2000) es la evaluación que la persona realiza de su vida, o hasta qué punto está a gusto con ésta (Veenhoven, 1984).

La mayoría de autores, coinciden que los componentes del BS son: satisfacción con la vida, con uno mismo, los demás, afecto positivo y negativo, familia, salud, ocio e ingresos. Añadiéndose además la adaptación, aceptación y crecimiento personal (Ryff, 1989) (Ryff & Keyes, 1995).

El grado de satisfacción como antes se aludía, se suele mantener estable a lo largo del ciclo vital, dependiendo de los proyectos personales y posibilidad de conseguir metas. Otros autores como Wilson, (1967) señalan: valores y realización personal, experiencias pasadas y nivel de adaptación.

Entre los estudios realizados con cuidadores de enfermos con demencia, se hallaron que el tiempo desempeñado en el cuidado, se asociaba con bajos niveles de satisfacción del cuidador (Tornatore & Grant, 2004). Otros estudios referentes al comportamiento del enfermo, encontraron que se relacionaba con depresión y carga, pero no con satisfacción (Stuckey, Neundorfer & Smyth, 1996); sin embargo otras investigaciones lo relacionan igualmente con depresión y con menor satisfacción y bienestar subjetivo (Pruchno, Burant & Peters, 1997).

2.4.1.2. CUESTIONARIO DE VALORES

Los valores en cuanto concepto, o más bien creencias arraigadas en el ser humano, actúan como normas para guiar el comportamiento (Taylor, 1989). Suponen, por tanto, verdaderas guías u objetivos en la vida, que tienen, se podría decir, su ámbito de aplicación en áreas motivacionales. Así, las demandas sociales y morales en un determinado rol, pueden llegar a percibirse como propias (Rokeach, 1979).

Desde la aportación anterior, el valor se entiende como la búsqueda o la elección de un comportamiento deseable, que mediante representaciones cognitivas de lo social y cultural, hace referencia a la manera de ser, permitiendo así perseguir esquemas idealizados de comportamiento.

La confrontación de distintos roles, o el conflicto inter-roles según Pearlin, conlleva a la modificación de las prioridades conferidas en las responsabilidades que se venían desempeñando. Una modificación que se establece con la finalidad de alcanzar la coherencia en los comportamientos desempeñados, alcanzando así tanto un autoconcepto positivo (Ball-Rokeach, Rokeach & Grube, 1984) como un equilibrio personal y adaptación al entorno

Schwartz & Bilsky (1990), señalando la finalidad ejecutiva o carácter positivo de los valores, sugieren decidir a quien beneficiar en el comportamiento dirigido hacia la consecución de metas, si a uno mismo, a los demás, o a ambos. En este sentido, los valores carecen de valor si no se orientan frente a los demás y para los demás (Gevaert, 1987, citado en Moradillo, 1993).

Entre las investigaciones que han relacionado los valores con aspectos relativos al cuidado de personas, se puede citar la llevada a cabo por Abengózar (1995). Así partiendo de una muestra compuesta por cuidadoras de enfermos con demencia y utilizando la adaptación española (Molpeceres, 1981) de la Escala de Valores de Schwartz (1987, 1982) obtuvo –entre otros- los siguientes resultados: las puntuaciones intermedias del factor Benevolencia/Tradición relacionado con valores como, vida espiritual, honestidad, humildad, etc y del factor Universalismo/Equilibrio interior, relacionado con valores de igualdad, armonía interna, sabiduría, etc. se relacionaron con mayores niveles de sobrecarga.

2.4.1.3. ESCALA DE CONTROL PERCIBIDO EN EL ROL DE CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA

Según las aportaciones de Skinner, (1996) destacamos aquella que se refiere por una parte, a la relación que existe entre el agente y los fines, en nuestro caso, entre la mujer que cuida y sus resultados. Y por otra, en que el control se orienta hacia: consecuencias emocionales, acciones dirigidas a prevenir acontecimientos y hacia un desarrollo favorable en situaciones adversas.

Entre las distintas definiciones de control percibido, adoptamos la de Rodin, (1990) que lo califica como el poder de participar en la toma de decisiones para obtener consecuencias deseables. Así, a lo largo del ciclo vital, el control percibido se ha relacionado con: bienestar, resultados positivos, afrontamiento, solución de problemas y ajuste personal (Skinner, *Ibíd.*), existiendo además asociaciones con comportamientos optimistas y bienestar subjetivo (Diener et. al. 1999).

Una pérdida de control percibido por el contrario, se ha comprobado en sentimientos de indefensión y depresión, (Seligman, 1975) suponiendo por tanto resultados desadaptativos.

Basado en los estudios de la teoría de control, supone un acercamiento teórico en el estudio del cuidado (Losada et. al 2006), de tal forma que es contemplado como un factor importante para la adaptación y contra el estrés surgido por los acontecimientos vitales (Miller, 1980). Así, muchos cuidadores se encuentran afectados por este tipo de sucesos, como enfermedades y procesos propios del envejecimiento, influyendo de esta forma en sus experiencias de control (Agee, 1980).

Estudios realizados con cuidadores han señalado la relación directa entre control percibido y nivel de adaptación (Wallhagen, 1993). Otras investigaciones realizadas con mujeres cuidadoras, han manifestado que la pérdida de percepción de control sobre el comportamiento del enfermo y cambios en la vida, se relacionan con depresión (Pagel, Becker & Coppel, 1985). En otro estudio con cuidadoras, también se relacionó con depresión el estrés experimentado por la falta de control (Morris, Morris & Britton, 1989).

La percepción de control tanto interna como del entorno, facilita la voluntad de realizar la acción, dado que los sujetos perciben “que deben hacerla” (Ryan & Deci, 1985).

2.4.1.4. ESCALA DE RESILIENCIA EN CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA

Muchas son las definiciones de resiliencia que la definen como adaptación, por ejemplo, Waller (2001) la considera como una adaptación positiva en respuesta a circunstancias adversas, buena adaptación ante circunstancias de cansancio (Butler, 2007), exitosa adaptación ante desafíos (Masten et. al 1990) y capacidades adaptativas en los que después de un cambio, se orienta hacia una trayectoria positiva de funcionamiento y adaptación (Norris et. al 2008).

Rutter, (1987,1983,2007) destaca en la resiliencia la posibilidad de reducir el riesgo personal, adaptándose a las circunstancias. En este sentido, la protección ante el riesgo que supongan los acontecimientos adversos, proviene de la exposición ante estos, más que su evitación.

Entre los factores protectores de la comunidad, familia y el propio individuo, Garmezy & Masten (1991) señalan en este último la inteligencia, como uno de los mayores factores que ayudan a amortiguar o reducir el estrés (Masten & Coatsworth, 1998).

Dentro de la interacción persona y ambiente, Tusaie & Dyer (2004) muestran la resiliencia como una de las principales características intrapersonales para un adecuado desenvolvimiento, destacando optimismo, creatividad, inteligencia y dentro de esta la inteligencia emocional.

La habilidad, por tanto, para identificar qué es estresante, y evaluar adecuadamente las propias posibilidades para la solución de problemas, es el mecanismo que facilita la adaptación (Beardslee, 1989).

La teoría de la resiliencia, sirvió de base a Kramer (1993) para elaborar el modelo de determinantes sistémicos y personales del cuidador, cuyo resultado deriva en una buena y mala adaptación. Para ello, destaca los siguientes aspectos:

- 1) Demandas. Considera los estresores personales, familiares, del paciente (comportamiento, funcionalidad, memoria) duración del cuidado, edad, etc.
- 2) Recursos personales y familiares. Incluye competencias personales, recursos sociales, satisfacción de las cuidadoras, etc.
- 3) Valoración del cuidador. Percepción que hacen de la situación.
- 4) Buena y mala adaptación. Señala los resultados obtenidos, donde el convencimiento de que algo ha sido vencido, y la aceptación de que en la vida se ha producido un cambio, es lo que supone una verdadera adaptación positiva (Linley, 2003).

Las investigaciones realizadas en cuidadores de enfermos con demencia y resiliencia han sido muy escasas. Así por ejemplo, en una muestra de cuidadores de enfermos con Alzheimer, Garity (1997) encontró una moderada correlación positiva con la subescala orientada a la emoción, de la Ways of Coping Checklist (Lazarus & Folkman, 1985). Esta subescala se compone –entre otros factores- de regulación de los propios sentimientos, evaluación positiva y evitación, donde ésta última se relacionó negativamente con una menor resiliencia. Por el contrario, una fuerte correlación positiva se asoció entre los cuidadores más resilientes y la subescala de solución de problemas, en la que se usaron estrategias de afrontamiento como: saber qué se tenía que hacer, redoblar los esfuerzos en el trabajo, seguir un plan y poseer diferentes soluciones a los problemas.

2.4.2. ADAPTACIÓN NO ADECUADA

2.4.2.1. ESCALA DE PERCEPCIÓN DE SINTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS EN ENFERMOS CON DEMENCIA

Tratado como estresor dentro de la amplia literatura gerontológica, los comportamientos de un enfermo con demencia (agitación, agresividad, quejas, deambulación, etc) han influido en los cuidadores repercutiendo de forma negativa sobre la salud (Bass, McCleendon, Deimling & Mukherjee, 1994), depresión (Pruchno et. al 1997), estrés (Brody, 1981) y sobrecarga (Brown, Potter & Fosare, 1990), etc.

Basado en los modelos de Pearlin (Ibíd..) y Lawton (1975, 1977) Yates et. al. (1999) consideran la conducta del enfermo como estresor primario, junto con el nivel funcional de incapacidad y el deterioro cognitivo; aunque éste no parece relacionarse con la carga del proveedor de cuidados (Garre-Olmo et. al 2000).

Entre las investigaciones que han estudiado la conducta del paciente, se puede citar el realizado por Haley et. al (1987). En esta investigación pusieron de manifiesto que la evaluación de los comportamientos y discapacidad del enfermo, se consideraron altamente estresantes, y la ausencia de autoeficacia en manejar tales problemas, se relacionó con altos niveles de depresión. Finalmente, la evaluación que los cuidadores realizaron de los problemas del paciente, fue mejor predictor para la depresión, que la severidad objetiva de tales problemas.

En un estudio llevado a cabo con esposas cuidadoras (Kramer, 1993) se hallaron correlaciones significativas entre problemas de comportamiento del enfermo y depresión e inversamente relacionados con calidad de vida.

2.4.2.2. EVITACIÓN/ABANDONO (EA.1)

El afrontamiento se contempla como aquellos esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que se emplean para manejar las demandas internas y externas del individuo (Lazarus & Folkman, 1986). Entre las funciones del afrontamiento, además de propiciar la adaptación o no, se pueden mencionar siguiendo a Laux & Weber, (1991): la solución de problemas, en cuanto que constituye la forma más adaptativa para un afrontamiento eficaz, (Folkman et. al. 1986) regular las emociones, proteger la autoestima y manejar las interacciones sociales. En el caso de los cuidadores, supone un grupo de respuestas (cognitivas, afectivas y conductuales) que se dirigen a regular las emociones, mantener la resistencia psicológica y la fortaleza para continuar con el rol (Gottlieb & Wolfe, 2002).

La evaluación del ambiente en relación con el afrontamiento, puede generar comportamientos de lucha orientados a controlar y vencer los obstáculos en situaciones adversas, o comportamientos de huida o evitación. Así, en éstos, probablemente motivados por la percepción de ausencia de control, los esfuerzos se dirigen a huir de la situación, evitando enfrentarse ante situaciones que se considera superan su propia eficacia.

Los comportamientos llevados a cabo para evitar el impacto de problemas relacionados con el rol de cuidadora, según el enfoque sociológico de Pearlin (Ibíd..) en cuanto mediador del estrés, destaca no la percepción de la situación, sino el aprendizaje en habilidades de coping obtenido de grupos de referencia.

Entre algunas investigaciones realizadas, se ha constatado la relación positiva entre evitación y depresión (Fingerman et. al. 1986) y en cuidadores, se ha señalado que la “huida-evitación” explicaba el 41% de la varianza de la carga del cuidador (Artaso & Goñi, 2003), otros estudios han mostrado la covariación entre ésta y la evitación, así como la relación negativa entre la satisfacción vital y evitación (Wright et. al 1991).

2.4.2.3. ESCALA DE CREENCIAS IRRACIONALES

Para Jahoda (1958), una adecuada adaptación a la realidad, se basa en una correcta percepción del ambiente. Contrariamente a esto, numerosos han sido los estudios que han relacionado las creencias irracionales con comportamientos desadaptativos como la ansiedad y depresión.

Las creencias irracionales, siguiendo a Bernard et. al. (1983), se caracterizan por: ser falsas, se perciben como mandatos y órdenes, generan emociones inadecuadas y no ayudan a conseguir retos personales.

Por tanto, las creencias o actitudes disfuncionales, son creencias y actitudes acerca de sí mismo y del mundo que se mantienen de forma estable, desencadenando atribuciones poco realistas e inapropiadas de las circunstancias que envuelven el día a día (Sanz & Vázquez, 1995).

Estas creencias disfuncionales que se hacen más palpables ante acontecimientos adversos, se manifiestan mediante atribuciones y cogniciones totalmente rígidas e inapropiadas para evaluar y conducir adecuadamente el comportamiento (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Las consecuencias ante la activación de esquemas disfuncionales y errores en el procesamiento, es muy probable que generen pensamientos negativos relacionados con uno mismo, con el mundo y el futuro, conformando así la conocida tríada cognitiva (Vázquez, Hervás & Hernangómez, 2008).

De acuerdo con la teoría cognitiva, tales ideas se encuentran en la base de las creencias que los cuidadores poseen acerca del cuidado, pudiendo tener consecuencias negativas para los cuidadores (Losada et. al. 2005).

Entre los estudios llevados a cabo con cuidadores, pocos han sido los que han incluido la evaluación de creencias irracionales. Así, por ejemplo, en una muestra de personas que cuidaban a enfermos con lesiones cerebrales, se halló la relación directa entre un mayor malestar psicológico y mayor adherencia a creencias irracionales. Entre éstas, se evaluaron necesidad de aprobación, evitación de problemas y rigidez (Stebbins & Pakenham, 2001).

En una muestra de cuidadores de enfermos con Alzheimer, se puso de manifiesto la relación existente entre creencias irracionales con locus de control externo, depresión y peor salud en general (McNaughton, 1992), (McNaughton, Patterson, Smith & Grant, 1995).

2.4.2.4. ESCALA DE MALESTAR EN ACONTECIMIENTOS VITALES

La predicción de alteraciones emocionales a raíz del malestar sufrido por los sucesos que ocurren en la vida del sujeto, han constituido y constituyen un tema interesante dentro de los desordenes del comportamiento.

Desórdenes que se verán influenciados por el cambio que provoque en la vida del individuo (Carrobbles, 1996), donde la interpretación positiva que se haga de ellos, junto con las habilidades manifestadas para su enfrentamiento, representarán las creencias y comportamientos más adecuados para su adaptación. En esta línea Perris (1982) se refiere a ellos, como aquellas respuestas que requieren del individuo una adaptación ante los nuevos cambios generados.

Unos cambios, que suponen la pérdida habitual de ajuste en el individuo (Sandín & Chorot, 1996), donde se ha comprobado, entre otros acontecimientos, que sufrir discriminación por la edad y tener discusiones familiares, se asocian con la sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia (Russo & Vitaliano, 1995). En otra muestra de estas características, se confirmó que la frecuencia y evaluación de acontecimientos estresantes en la vida de los cuidadores parecía tener un mayor impacto en la vida de éstos, así como una mayor incidencia para experimentar sucesos negativos.

2.5. AJUSTE DEL MODELO.

La evaluación del proceso de estimación, se ha realizado analizando los valores que se muestran en el siguiente cuadro (9.2), para los cuales el método de estimación de faltantes fue el algoritmo EM (Expectation Maximization). A continuación se muestran los valores del ajuste:

- 1) El estadístico chi-cuadrado alcanza un valor de 31.78 con 25 grados de libertad y un nivel de significación superior a 0.05 lo que indica que el modelo propuesto, se ajusta entre las matrices de covarianzas obtenidas de la población y las estimadas.
- 2) La medida del índice de ajuste comparado (CFI) toma un valor de 0.935 indicando un valor aceptable al ser superior a 0.90.
- 3) El índice de ajuste incremental (IFI) toma un valor de 0.941 valorándose de aceptable al puntuar por encima de 0.90.
- 4) El índice de McDonald (MFI) alcanza un valor de 0.96 considerándose aceptable al ser mayor que 0.90.

5) El índice de bondad de ajuste (GFI) toma un valor de 0.918 el cual es superior a 0.90 y se considera aceptable.

6) El valor RMR ofrece un valor de 0.076 que; aunque se recomienda sea inferior a 0.05, se considera válido dada la parquedad del modelo y desde un criterio no tan restrictivo.

7) El valor RMSEA alcanza un valor de 0.057 el cual se encuentra muy próximo a 0.05 que indica un buen ajuste. Valores comprendidos entre este valor y 0.08 indican un ajuste aceptable.

MEDIDAS DE BONDAD DEL AJUSTE	MODELO ESTIMADO	VALOR ÓPTIMO
χ^2 (g.l) p	31,78 25 0,164	>0,05
CFI	0,935	>0,90
IFI	0,941	>0,90
McDonald (MFI)	0,960	>0,90
GFI	0,918	>0,90
Estandarized RMR	0,076	<0,05
RMSEA	0,057	<0,05 <0,08

Cuadro n 9.2 Fase de especificación del modelo

La aproximación del modelo hacia su validez, se verifica en la matriz de residuos estandarizados, donde la media absoluta de los residuos toma un valor de 0.054 inferior al valor de referencia 0.07. Así entre dos variables no existen residuos superiores a 2, a partir de los cuales se consideran significativos. Ello indica, que se ha conseguido reproducir de forma correcta la matriz de correlaciones con el modelo. (ver tabla n. 171 del anexo)

Dados los índices que se han expuesto, el modelo de Inteligencia Emocional en hijas que cuidan a sus familiares afectados con demencia, se puede considerar ajustado, ya que se encuentran por encima de los valores indicados para un buen ajuste. Tal ajuste se ve además confirmado, con el análisis de los residuos estandarizados.

3. INTERPRETACIÓN DEL MODELO

Por cuestiones de espacio y por destacar los aspectos más importantes del modelo, se ha optado por presentar el modelo final, sin incluir los modelos previos de prueba, ni las modificaciones finales del modelo expuesto.

3.1. ESTIMACIÓN DE PARÁMETROS

Para la interpretación, es necesario analizar la estimación de parámetros que arrojan los datos del modelo, mostrándose la matriz de correlaciones, (tabla n. 170 del anexo) y a continuación las saturaciones y coeficiente de regresión (tabla n. 9.1).

En las correlaciones, se pueden observar algunas prácticamente ausentes, como la existentes entre las puntuaciones de la escala de resiliencia y la escala de control percibido y creencias irracionales. En esta línea, también se observan entre el Cuestionario de Valores y Malestar en Acontecimientos Vitales y Evitación/Abandono (EA.1). Contrariamente a éstas, se observan altas correlaciones entre las puntuaciones de Inteligencia Emocional y Bienestar Subjetivo, así como entre esta escala y las puntuaciones de Control Percibido. También se puede comprobar entre esta escala y Evitación/Abandono. (Ver tabla n. 170 del anexo).

A continuación se muestran las saturaciones y coeficientes de determinación (R^2) de las distintas relaciones que produce el modelo. La primera indica en cuantas unidades se incrementa la esperanza de la variable observable, si la variable latente aumenta en una unidad (Batista & Coenders, 2000). El coeficiente de regresión se refiere, al valor que se obtiene al predecir una variable desde el conocimiento que se posee de una o varias (Pardo & Ruiz, 2005).

R^2	VARIABLE LATENTE	SATURACIÓN	VARIABLES
0,199	ADAPTACIÓN NO ADECUADA	0,446	ESC. DE PERCEP. DE SÍNTOMAS COND. Y PS. EN ENFERMOS...
0,407		0,638	EVITACIÓN/ABANDONO (EA.1)
0,290		0,539	ESC. DE CREENCIAS IRRACIONALES
0,104		0,322	ESC. DE MALESTAR EN AC. VITALES
0,021	ADAPTACIÓN ADECUADA	0,146	CUEST. DE VALORES
0,561		0,749	BIENESTAR SUBJETIVO
0,494		0,703	ESC. DE CONTROL PERCIBIDO EN ROL DE CUIDADORAS...
0,057		0,238	RESILIENCIA
0,364		0,603	ESC. INTELIGENCIA EMOCIONAL

R ²	VARIABLE LATENTE	SATURACIÓN	VARIABLES
0,656	INTELIGENCIA EMOCIONAL	-0,810	ADAPTACIÓN NO ADECUADA
0,996		0,998	ADAPTACIÓN ADECUADA

Tabla n 9.1 Saturaciones y coeficientes de determinación

Respecto a las saturaciones, hay que indicar que hay algunas variables que presentan valores bajos en relación a su variable latente, como el Cuestionario de Valores, Resiliencia y Malestar en Acontecimientos Vitales, y se podría decir que medio la Escala de Comportamientos del Enfermo. Respecto a las saturaciones elevadas, las observables como la Escala de Inteligencia Emocional, Escala de Control Percibido, Bienestar Subjetivo, Evitación-Abandono y algo menos, Ideas Irracionales. También con altos valores se observan las variables latentes adaptación no adecuada con signo negativo y adaptación adecuada.

Y en la misma línea, el coeficiente de determinación, muestra valores bajos en Resiliencia, Cuestionario de Valores, Acontecimientos Vitales, Comportamiento del Enfermo e Ideas Irracionales. Y levemente explicados Inteligencia Emocional, Evitación-Abandono y Escala de Control, destacando el Bienestar Subjetivo con el coeficiente más alto.

Referente a los índices de las variables latentes, indican el grado por el que son explicadas por sus correspondientes variables observables, representando un alto valor la adaptación no adecuada, y mayor aún la adecuada.

Correspondiente a las variables mencionadas con bajos valores, hay que señalar que tales variables han sido incluidas por tres motivos: 1) Como se ha podido demostrar, la teoría los incluye como elementos integrantes de la adaptación, 2) Se comprueba que existen importantes relaciones significativas entre estas variables y el resto 3) Y porque la exclusión de alguna de ellas, invalidaba el ajuste del modelo.

3.2. EXPLICACIÓN DEL MODELO

Las mujeres cuidadoras que mayor puntuación obtienen en la Escala de Inteligencia Emocional, producen efecto sobre la adaptación adecuada, que se explica por su mayor Bienestar Subjetivo, Control Percibido en el Rol de Cuidadoras de Enfermos con Demencia, Resiliencia en Cuidadoras de Enfermos con Demencia y Valores. Contrariamente, las que puntúan más bajo en la escala, produce su efecto en una adaptación no adecuada, que se explica por: la Percepción de Síntomas Conductuales y Psicológicos en Enfermos con Demencia, comportamientos de Evitación-Abandono, Ideas Irracionales y Malestar en Acontecimientos Vitales. (véase figura 9.3)

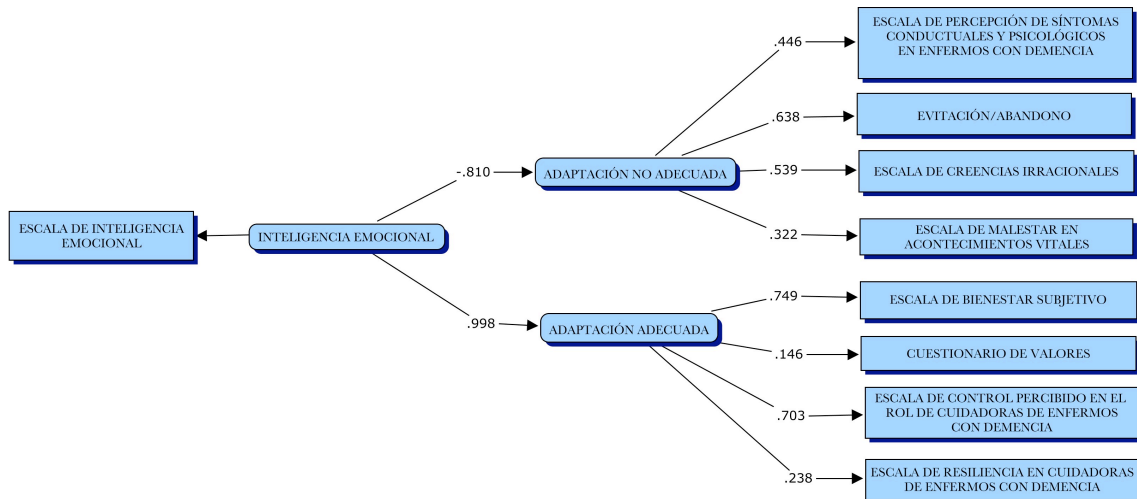


Figura n. 9.3 Explicación del modelo

No obstante hay que señalar respecto a la adaptación no adecuada, que existen indicadores que no definen demasiado este factor, como son la percepción del comportamiento del enfermo, y algo menos los acontecimientos vitales. Por el contrario, las ideas irracionales y más aún el comportamiento de evitación si lo definen bien.

Y respecto a la adaptación adecuada, la Resiliencia y menos aún el Cuestionario de Valores apenas producen efecto; sin embargo el Control Percibido en el Cuidado y el Bienestar Subjetivo si explican de manera consistente los efectos sobre el factor.

Consideramos que la bondad de los datos y del ajuste, han satisfecho con creces la curiosidad investigadora de un estudio no exento de riesgos y por supuesto de oportunidades. Así, se han superado los objetivos de un modelo sometido a prueba y la validez de las escalas diseñadas.

El modelo propuesto amparado en las aportaciones teóricas que se han señalado, confirman la idoneidad hacia un modelo aproximativo de la Inteligencia Emocional en hijas cuidadoras, por lo cual, consideramos justificada la presente investigación.

Tal modelo aproximativo, consideramos que muestra su utilidad en los siguientes puntos:

- 1) Aportar conocimiento de la validez de un modelo de habilidades frente a los tradicionales, que explican otras realidades de la mujer cuidadora.
- 2) Conocer desde otras perspectivas teóricas, la respuesta emocionalmente inteligente en mujeres enfrentadas al desafío de cuidar a su padre o madre con demencia, y las responsabilidades inherentes a su género.
- 3) Poder diseñar programas de intervención en hijas cuidadoras para terapeutas y profesionales de la salud, que permitan ayudar a conocer y manejar sus propias emociones y la de los demás, sus propias creencias irracionales y comportamientos

de evitación, así como; reforzar a aquellas que obtienen bienestar en sus vidas y perciben control en el rol de cuidadora, sin olvidar los valores y esfuerzo hacia la consecución de metas con los demás.

CAPÍTULO X CONTRASTE DE HIPÓTESIS

Tras los resultados obtenidos se procede a comprobar las hipótesis propuestas.

H1.- Hipótesis que se ve confirmada, donde la Escala de Inteligencia Emocional diferencia entre mujeres con altas y bajas puntuaciones, afectando directamente a la adaptación; de una forma negativa hacia la adaptación no adecuada, y positiva hacia la adecuada.

H2.- Hipótesis parcialmente confirmada. Las hipótesis H2.1 y H2.2 compuestas por el tiempo dedicado al cuidado y la percepción a las Actividades de la Vida Diaria (AVD) no produjeron efecto en variables latentes. Sin embargo, las que sí lo hicieron, aunándose en una sola variable, fueron la escala de Percepción de Síntomas Conductuales y Psicológicos en Enfermos con Demencia de la hipótesis H2.3, y las que componían la hipótesis H2.4, Evitación/Abandono, Escala de Ideas Irracionales y la de Malestar en Acontecimientos Vitales.

H3.- Hipótesis confirmada. Las variables Escala de Bienestar Subjetivo y Control Percibido en el Rol de Cuidadoras de Enfermos con Demencia, producían efecto en la variable latente adaptación adecuada.

H.4. Hipótesis confirmada parcialmente. Finalmente las variables observadoras de las Escalas de Valores y de Resiliencia en Cuidadoras de Enfermos con Demencia, produjeron efecto, confirmándose que su peso sería bajo.

SECCIÓN TERCERA DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. DISCUSIÓN

Cuidar a un familiar con demencia no se halla exento de dificultades, constituyendo un poderoso impacto en la estabilidad de la familia y en la mujer que le cuida. Entre estas dificultades la literatura ha contribuido a señalar como estresores para el cuidador, su contribución a las actividades de la vida diaria del enfermo, horas dedicadas, duración del cuidado, comportamientos del enfermo, etc. (Pearlin, et. al. 1990) (Aneshensel & Pearlin, 1993), (Pearlin, 1999) y además, el estrés por los continuos esfuerzos para adaptarse a estas situaciones (Vitaliano, Young & Zhang, 2004) sin olvidar la carga del cuidador, considerada como un predictor del bienestar (Yates et. al. 1999) y cuyo concepto no se encuentra libre de críticas (Chou et. al. 2003).

En este sentido, los resultados obtenidos mostraron que los comportamientos del enfermo, medidos mediante la Escala de Percepción de Síntomas Conductuales y Psicológicos en Enfermos con Demencia, indicaron en las altas puntuaciones, que lo que más estrés le producía a la mujer en su relación con las personas cercanas que vivía, era, y por este orden, las exigencias de su familiar enfermo, exigencias de la pareja, de los hijos y finalmente de la familia parental. Igualmente cuidar al familiar, era la opción que más les estresaba a aquellas mujeres que obtuvieron mayor puntuación en Evitación/Abandono y en la Escala de Malestar en Acontecimientos Vitales.

No obstante, las exigencias del familiar al que cuidaban, no siempre era lo que más estrés les producía a las cuidadoras, sino las exigencias de sus hijos y de su familia parental, sobre todo para aquellas que obtuvieron bajas puntuaciones en la escala de Bienestar Subjetivo. Nuevamente las exigencias de la familia parental, resultaron ser las que mayor estrés les producía, comprobándose en aquellas que menos puntuaron en la Escala de Control Percibido en el Rol de Cuidadoras de Enfermos con Demencia, seguido de las exigencias del familiar que cuidaban. Este mismo orden, y también en la escala de control, se volvió a repetir respecto a lo que más les estresaba en sus responsabilidades diarias. Tales hallazgos se ven corroborados con otros realizados en cuidadores de enfermos con demencia, donde la ausencia de control percibido se asocia con estrés (Morris, et. al 1989) (Wallhagen, 1993).

Aunque como se ha visto, la frecuencia de los síntomas conductuales y psicológicos del enfermo, se asocian con reacciones negativas del cuidador (Farran, Gilley, McCann, Bienias, Lindeman & Evans, 2007), hay que decir, como los datos muestran en estas variables, que un menor bienestar subjetivo no parece que se relacione con los comportamientos del enfermo, encontrándose exigencias de los hijos y de la familia que las perciben con mayor estrés.

También se han señalado aspectos sociales y culturales que influyen sobre la proveedora de cuidados, como el género, parentesco, estatus social, etc. (Pearlin, íbid.) (Garre-Olmo et. al. 2000) (Pinquart & Sörensen, 2003). Y entre los aspectos personales, estado civil, composición familiar, ocupación laboral y/o doméstica, edad (Losada et. al. 2006), (Stephens & Townsend, 1997) e historia anterior con el enfermo, (Williamson & Shaffer, 2001) por ejemplo.

Teniendo en cuenta todos estos factores, se han interpretado y extraído conclusiones en muchas ocasiones exageradas y negativas, calificándose como el “problema de la cuidadora”, estigmatizándose algunas veces su labor, considerándola incapaz para emitir respuesta alguna, y en otras, sobrecargando en el familiar con demencia.

Ante tales circunstancias personales y sociales que ocurre en el cuidado de un familiar dependiente, la mujer se enfrenta diariamente a una doble responsabilidad, por una parte desempeñar el rol de cuidadora, descrito por Pearlin como el rol de cautividad, y por otra, el rol de madre, esposa, trabajadora en casa y/o en el hogar y el de hija. Tal confluencia de responsabilidades se ha dado en llamar conflictos inter-roles, en los que se intenta satisfacer necesidades en muchos casos contrapuestas (Pearlin, *íbid.*), (Pearlin et. al. *Íbid.*). Es necesario por tanto que la cuidadora desempeñe habilidades para negociar, regular y comprender las emociones en los demás y expresar, manejar y reconocer las propias. Además de esto, recibir un mayor apoyo familiar, de la comunidad y de la Salud Pública, incluyendo ésta entre sus políticas de ayuda al cuidado, implantar programas de habilidades emocionales en cuidadoras.

Los datos del presente estudio aportaron, que mostrar un mayor acuerdo en poseer habilidades, como por ejemplo, la habilidad dirigida hacia estados emocionales agradables, habilidad para expresar emociones, y la habilidad emocional en los demás, para regular, evaluar y dirigir sentimientos y emociones; se comprobó que tendían a asociarse con las puntuaciones altas de la Escala de Bienestar Subjetivo, Escala de Control Percibido en el Rol de Cuidadoras de Enfermos con Demencia, Cuestionario de Valores, y con la Escala de Resiliencia en Cuidadoras de Enfermos con Demencia.

En este sentido se sugieren en cuidadores el uso de habilidades para reducir el estrés, (Gallagher-Thompson & Coon, 2007) ya que muchos no *saben cómo* desempeñar el rol de cuidador, ni tampoco *saben cómo* (las cursivas son nuestras) acceder y utilizar los recursos (Given & Given, 1999-2002). Se requiere por tanto, programas de intervención en habilidades emocionales que ayuden a mejorar el bienestar de la mujer, donde la mayoría de intervenciones tienen pocos efectos sobre la salud emocional y en las habilidades de los cuidadores de enfermos con demencia (Pinquart & Sörenson, 2006).

Así, se han desarrollado programas para el entrenamiento en habilidades para cuidarse y cuidar mejor, como el elaborado por Losada, Montorio, Moreno-Rodríguez, Cigarán y Peñacoba (2006) y entrenamiento en habilidades para enfrentarse al cuidado (Burgio, Solano, Fisher, Stevens & Gallagher-Thompson, 2003) (Díaz-Veiga, Montorio y Yanguas, 1999). Entre los estudios que han mostrado datos en esta línea, Lightsey (1994) señaló las cogniciones positivas como moduladoras de eventos vitales estresantes, Noonan & Tennesset (1997), la habilidad para valorar el cuidado como algo positivo y su relación con mejorar el bienestar, y Given, Sherwood & Given (2008) toma de decisiones y solución de problemas. No obstante, para reducir el malestar de los cuidadores Bourgeois, Schulz, Burgio, & Beach, (2002) sugieren el entrenamiento en habilidades para enfrentarse a las situaciones adversas del cuidado, tales como, mejorar la comunicación con la familia y usar estrategias para reducir la frecuencia de comportamientos del familiar.

Además de los programas de intervenciones señalados, varios estudios han contribuido en señalar la reducción o eliminación de los efectos en la mujer, como la institucionalización de la persona dependiente, (Hope, Keene & Gedling, 1998) mediadores como apoyo social, mayores recursos sociales y recursos personales como afrontamiento, satisfacción, competencia personal y autoeficacia entre otros (Pearlin, *íbid.*) (Lawton et. al. 1989, 1991, 1992), (Goode, Haley, Roth & Ford, 1998).

La orientación que en esta investigación se ha seguido, dentro del ciclo vital, ha sido desarrollarla desde la inteligencia enfocada en un contexto social y diario, donde ante los cambios que se experimentan a lo largo de la vida, se requiere hacer uso de la inteligencia, dando así cabida a las habilidades analíticas, creativas y prácticas, dentro de la inteligencia exitosa y práctica (Sternberg, 1984, 1986, 1990, 1997), sin olvidar las definiciones clásicas de inteligencia, como la habilidad para resolver problemas y adaptarse al medio. Baltes (1987), sin mostrarse ausente ante esta necesidad de obtener resultados positivos con nuestra actuación, llama a las experiencias obtenidas en la vida “*pragmática cognitiva*”, que comprende habilidades verbales, emocionales, prácticas y sociales, permitiendo así alcanzar la sabiduría. En este sentido Gardner (2000, 2001, 2002) enmarcando dentro de la historia evolutiva del sujeto, considera que una mayor inteligencia se puede asociar a una mayor adaptación, destacando entre sus inteligencias múltiples la interpersonal e intrapersonal.

La Inteligencia Emocional, siguiendo a varios de sus creadores (Mayer et. al. 2000), se puede concebir como un miembro de la Inteligencia Social (Sternberg & Smith, 1985), Inteligencia Práctica (Sternberg, *íbid.*) e Inteligencia Personal (Gardner, *íbid.*).

Desde el modelo de habilidades de la Inteligencia Emocional propuesto por Mayer & Salovey (1990) se diseñó una escala de Inteligencia Emocional que mostró su utilidad discriminando entre mujeres cuidadoras y no cuidadoras. Igualmente, y superando los criterios exigidos para su elaboración, esos grupos volvieron a diferenciarse en las escalas diseñadas de: Bienestar subjetivo, Valores, Evitación/Abandono, Creencias irracionales, y Malestar en acontecimientos vitales.

Estando interesados en conocer si el grupo mujeres cuidadoras difería de las no cuidadoras, se pudo comprobar en este último grupo una mayor habilidad emocional y bienestar, que se refleja en puntuaciones más altas de las escalas de Inteligencia Emocional y Bienestar Subjetivo.

Los mismos resultados se hallaron en las puntuaciones de Evitación/Abandono, Escala de Creencias Irracionales y Malestar en Acontecimientos Vitales, donde las mujeres cuidadoras informaron un mayor acuerdo en poseer un comportamiento de evitación, creencias irracionales y mayor malestar en sucesos ocurridos en su vida. Asimismo, se comprobó que la edad de las cuidadoras era mayor que el grupo de comparación.

Contrariamente a los datos anteriores, las cuidadoras puntuaron más en el Cuestionario de Valores que el grupo de mujeres no cuidadoras, indicando así una mayor importancia conferida a los valores.

Habiéndose detectado tales diferencias entre grupos, nuevamente se estaba interesado en conocer en estas y otras variables que a continuación se exponen, qué aspectos más relevantes ocurrían en la vida de las cuidadoras, con el fin de ayudar y contribuir con los datos obtenidos, a mejorar el bienestar de aquellas que más lo puedan necesitar.

Guiados por este objetivo, se elaboraron escalas de Resiliencia en Cuidadoras de Enfermos con Demencia, de Control Percibido en el Rol de Cuidadoras de Enfermos con Demencia, Escala de Percepción de Síntomas Conductuales y Psicológicos en Enfermos con Demencia, Escala de Déficit Cognitivo en la Demencia y la percepción de ayuda que necesita el enfermo para las AVD, así como la frecuencia que la cuidadora contribuye a cada una de éstas.

1.1. INTELIGENCIA EMOCIONAL

Además de los resultados ya indicados, señalar en las cuidadoras los siguientes resultados esperados, donde un menor acuerdo en poseer habilidades emocionales, tendía a asociarse con altas puntuaciones en la Escala de Creencias Irracionales y Evitación/Abandono. De ésta última, en un reciente estudio realizado en nuestro país, se observaron en una muestra de estudiantes, la relación entre evitación e Inteligencia Emocional (Montes-Berges & Augusto, 2007).

Respecto a la relación entre Creencias Irracionales e Inteligencia Emocional, resulta lógico que en ésta, un pensamiento razonado dirigido a la solución de problemas, se relacione inversamente con unas creencias y actitudes representadas por creencias que no conducen a resultados adaptativos. Así esta falta de razonamiento, se caracteriza por: un patrón cognitivo típico ante enfrentamientos a situaciones de estrés (Beck & Rush, 1995), influencia en el estado emocional (Halamandaris & Power, 1997) y orientación negativa en la solución de problemas (Dunkley y Blankstein, 2000).

Los datos mostraron que las mujeres que cuidaban a su familiar y obtenían altas puntuaciones en Inteligencia Emocional, informaron poseer la habilidad de mantenerse alegres a pesar de los difíciles momentos, mantener interés en buscar información respecto a la enfermedad, darle importancia a disponer de tiempo libre y ocio, y vivir como una quiere sin pensar en el qué dirán.

Buscar información sobre la enfermedad, se ha considerado como un aspecto que facilita la adaptación en el cuidado, según esto, existen estudios que la relacionan con la respuesta emocional de las cuidadoras y habilidades en solución de problemas (Chappell & Reid, 2002).

Respecto a la fuerte relación observada entre la Escala de Inteligencia Emocional y Bienestar Subjetivo, otros estudios han hallado resultados similares. Así, se han encontrado con Satisfacción Vital (Salovey et. al 1995), (Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera, 2001) y mayores niveles de felicidad, (Gohm & Clore, 2002) donde ésta constituye un indicador que facilita la solución de problemas. (Fredrickson, 2001) (Fredrickson & Levinson, 1998).

En este sentido apuntamos la relevancia de las habilidades emocionales y su relación con el bienestar subjetivo. Como afirma Lyubomirsky, (2001) constituyen indicadores para mantener y promover tanto puntos de vista positivos, como la felicidad, mientras que las personas infelices, construyen experiencias alrededor de ellos que parecen reforzar su infelicidad y visiones negativas.

Respecto a las variables demográficas, no se halló relación alguna con el estado civil y la edad, encontrándose en aquellas mujeres que habían estudiado bachiller, que puntuaban más en la escala que las que habían cursado estudios primarios. En este sentido se ha argumentado que el colegio, es uno de los más importantes contextos para el aprendizaje emocional de competencias y habilidades (Matthews et. al. 2004). Asimismo se comprobaron mayores puntuaciones en mujeres que trabajaban por cuenta ajena, frente a las amas de casa. En la misma línea que la anterior, también el contexto laboral facilita el uso para desempeñar destrezas ante las demandas de la organización y relaciones interpersonales (Bar-On, 1997), argumentándose que el rol de trabajador modera los efectos de cuidar a una persona (Stephens & Townsend, 1997).

En referencia a otros estudios que han mostrado resultados con habilidades, se encuentra el realizado por Gignac & Gottlieb (1996) en cuidadores de enfermos con demencia, señalando las habilidades para resolver problemas, regular sus emociones y mantener la relación con el enfermo.

1.2. BIENESTAR SUBJETIVO

Bajas puntuaciones en la escala de Bienestar Subjetivo, se asociaron con las altas de la escala de Percepción de Síntomas Conductuales y Psicológicos del Enfermo, Escala de Creencias Irracionales, Evitación/Abandono y con el Cuestionario de Malestar en Acontecimientos Vitales. Este menor bienestar, fue informado además por aquellas mujeres que veían imposible ser felices viendo el mundo como estaba, tenían fuertes deseos que las cosas cambiasen y ante situaciones difíciles, se estaba más de acuerdo en darle de lado para divertirse con otras cosas.

Resultados similares se encontraron en otras investigaciones, así respecto a los comportamientos del familiar dependiente, se han utilizado medidas globales de bienestar psicológico tomando puntuaciones de depresión, (George & Gwyther, 1986), (Aneshensel, et. al. 1995) encontrándose relacionada con la frecuencia de comportamientos problemáticos (Li, Seltzer & Greenberg, 1999) y disminución de satisfacción (Alspaugh, Stephens, Townsend, Zarit & Greene, 1999).

Respecto al malestar en acontecimientos vitales y su relación hallada con menor bienestar, se ve apoyada por las importantes implicaciones que tiene sobre el bienestar subjetivo (Lucas & Diener, 2002a), (Diener, 2005).

Las investigaciones que han incluido el impacto de los sucesos en la vida de los cuidadores, han sido escasos, demandándose más estudios que pongan de manifiesto cómo influyen en la satisfacción y depresión (Owen et. al 2002). En un estudio llevado a cabo por es-

tos autores en cuidadores de enfermos con demencia, hallaron que la ocurrencia y evaluación de sucesos vitales estresantes, parecían tener un impacto diferente entre no cuidadores y cuidadores, donde éstos, muestran un mayor riesgo para experimentar una mayor incidencia de acontecimientos negativos.

En este mismo sentido, se han señalado trabajos que han destacado la relación directa entre creencias irracionales y malestar en cuidadores (Stebbins & Pakenham, 2001) (Dero-gatis & Melisaratos, 1983).

En un estudio reciente con proveedores de cuidados de enfermos con demencia, se halló que el afecto negativo se asociaba de forma marcada con evitación y sentimientos de culpa (Dulin & Dominy, 2008)

Nuestros datos también indicaron que altas puntuaciones en la escala de Bienestar, covariaba con un desacuerdo en carecer de la habilidad para resolver problemas aumentando su culpabilidad, y una mayor importancia dada en buscar un significado en la vida.

1.3. CUESTIONARIO DE VALORES

Una mayor importancia dada a los valores incluidos en el cuestionario, como valores familiares, aspiraciones personales, objetivos y metas personales, se asociaron con la Escala de Bienestar Subjetivo y Resiliencia en Cuidadoras de Enfermos con Demencia.

La relación con resiliencia y en referencia a los cuidadores de enfermos con demencia, Pierce, Lydon & Yang (2001) consideran que sintiéndose obligados a su desempeño, sienten el valor responsable de ayudar como un deber moral. Se ha sugerido incluso, que la responsabilidad en las relaciones estrechas, se hace más saliente ante condiciones adversas y situaciones de estrés (Lydon, 1999). En este sentido cuando los valores son interiorizados, el cuidado es visto como una opción libremente elegida que predice el bienestar psicológico en los cuidadores (Pierce, et. al. *Íbid.*), donde mantener un sistema de valores es especialmente importante para la eficacia y la satisfacción (Piat, Ricard & Beauvais, 2007)

También se obtuvieron datos significativos con valores, como vivir como una quiere sin pensar en el qué dirán, vivir al día y con tener plena libertad si decidir cuidar o no. En relación con la edad, se observó que una menor edad de las mujeres se asociaba con una mayor importancia dada a los valores.

1.4. ESCALA DE CONTROL PERCIBIDO EN EL ROL DE CUIDADORA DE ENFERMOS CON DEMENCIA

Dada la ya citada relación entre esta escala de control y el Bienestar Subjetivo, señalar las aportaciones que indican que la percepción de control posee un poderoso impacto sobre el bienestar físico y psicológico (Skinner, 1996), (Fiori, et. al. 2006), y en referencia a los cuidadores, como predictor de satisfacción vital (Wallhagen, 1993). También se ha señalado la asociación con habilidades en cuidadores de enfermos con demencia, manejando estrés y sobrecarga (Wallhagen & Kagan, 1993), (Harris, 1993). En este sentido, nuestros datos re-

flejaron una fuerte relación entre la escala de Control Percibido y la Escala de Inteligencia Emocional.

Desde las teorías de la competencia personal y motivación, y considerando las características que determinan a los cuidadores principales, (Malonebeach & Zarit, 1991), se quería conocer como repercutía el grado de implicación en el cuidado (Pearlin, et. al.1990). Así los datos de aquellas mujeres que informaron tener una implicación media, puntuaban más en la Escala de Control Percibido que aquellas cuya implicación era muy alta, hallándose la misma tendencia que indicaba, que conforme aumenta el grado de implicación, disminuye el control percibido. Los datos también indicaron que las mujeres que se percibían como cuidadoras principales, tendían a asociarse con un grado de implicación medio, alto y muy alto, frente a las que no se percibían, cuya implicación parecía ser muy baja o baja. No obstante, hay que indicar que no se encontraron diferencias significativas, entre la percepción de ser cuidadora principal y el resto de variables de esta investigación.

El estudio del grado de implicación es considerado como uno de los principales elementos que determinan a los cuidadores principales (Matthews & Robert, 1988).

También se observó una relación directa entre la Escala de Control Percibido y haber tenido alguna o mucha experiencia como cuidadora anterior a este rol. En este sentido, se ha relacionado el control emocional con la experiencia en personas que cuidan a enfermos con demencia (Zarit, Stephens, Townsend, & Greene, 1998).

1.5. ESCALA DE RESILIENCIA EN CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA

Bajas puntuaciones en esta escala, cuyos factores de fortaleza, perseverancia y autoconfianza se relacionaron también con bajas puntuaciones de la Escala de Inteligencia Emocional, indicando así menores habilidades emocionales en estos elementos.

Sin embargo, mujeres que mantenían elevadas puntuaciones en resiliencia, informaron un mayor acuerdo en poseer la habilidad para mantenerse alegres a pesar de los momentos difíciles, y mostrar desacuerdo en dar de lado a los problemas para divertirse con otras cosas.

La teoría aportada en esta dirección señalan los vínculos entre la resiliencia y la inteligencia, incluyendo en ésta a la Inteligencia Emocional (Tusaie & Dyer, 2004). En este sentido, la inteligencia es uno de los mayores factores protectores (Garmezy & Masten, 1991) que contribuyen a reducir el estrés (Masten & Coatsworth, 1998) asociándose la resiliencia con: habilidades sociales (Luthar, 1991), habilidades cognitivas en situaciones de alto riesgo (Anthony, 1987), habilidades conductuales en solución de problemas, y habilidades comunicativas (Garmezy & Masten 1986). Así ante los desórdenes sufridos en la vida, es importante reconocer la propia resiliencia innata, donde sabiduría e inteligencia, entre otros, se encuentran dentro de la persona, accesibles desde la educación, empeño y apoyo (Mills, 1995 en Saleebey, 1996). También se ha encontrado que una mejor recuperación en situaciones negativas, se asocia con puntuaciones altas en Inteligencia Emocional (Salovey et. al. 2002).

En investigaciones realizadas con cuidadores de enfermos con demencia, se encontró que los más resilientes se relacionó positivamente con solución de problemas (Garity, 1997).

1.6. ESCALA DE PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS EN ENFERMOS CON DEMENCIA

Puntuaciones altas en esta escala, indican una elevada percepción de la frecuencia de síntomas conductuales y psicológicos mientras la cuidadora está con el enfermo, como: comportamientos hostiles, agresivos, etc. Así esta alta frecuencia, se asoció con elevadas puntuaciones de Evitación/Abandono y la escala de Déficit Cognitivo en la Demencia, e inversamente con bajas puntuaciones de las escalas de Resiliencia, y Control Percibido.

Además esta mayor percepción de síntomas, se relacionó con fuertes deseos de que las cosas cambiasen y con menores años que la mujer llevaba cuidando.

Ante tales circunstancias las cuidadoras que decidan cuidar, deben aprender a manejar emocionalmente tales síntomas y a convivir con la situación, donde parece que el tiempo tiene un peso importante. La presencia de tales síntomas junto con la severidad y aparición de otros nuevos, parecen influir en una pérdida de control (Given, Given, Sikorskii, Jeon, Sherwood, Rahbar, 2006).

En otro estudio realizado con mujeres cuidadoras de enfermos con demencia, se comprobó que existía una importante relación entre los comportamientos del enfermo y evitación, hallándose además que sólo ésta, resultó ser un efectivo mediador entre tales comportamientos y síntomas depresivos (Huang, 2004).

1.7. EVITACIÓN/ABANDONO

La relación existente con la Escala de Inteligencia Emocional, indicó que conforme aumentan las puntuaciones de Evitación/Abandono, disminuyen las de Inteligencia Emocional, indicando menores habilidades desempeñadas a la hora de afrontar situaciones. En esta misma dirección, elevados valores de Evitación/Abandono, covariaron con los bajos de la Escala de Control Percibido.

Estas relaciones entre Evitación y la Escala de Control señala el control subjetivo en las experiencias del rol de cuidadora, donde contribuciones desde la psicología de control ya apuntan esta relación (Skinner, 1996), (Roth & Cohen, 1986). Comportamientos de evitación en cuidadores según el enfoque sociológico de Pearlin, (ibid.) responde más a un aprendizaje de personas de referencia, que la percepción obtenida de la situación. También se ha argumentado, que la evitación se presenta en estados de recuperación tras la tensión y estado de ánimo experimentados (Repetti, 1989).

Asimismo se comprobó que aquellas mujeres con altas puntuaciones en Evitación/Abandono, indicaron que la mejor forma de llevar los problemas era no tomarlos en serio, fuertes deseos en que las cosas cambiasen, dar de lado a los problemas y divertirse con otras cosas.

También altos valores en Evitación/Abandono, se observaron en aquellas mujeres que con mayor frecuencia contribuían a las Actividades de la Vida Diaria (AVD), con ninguna experiencia anterior como cuidadora y con mayor edad.

1.8. ESCALA DE CREENCIAS IRRACIONALES

Las puntuaciones altas de esta escala, indicaban como resultado un mayor grado de acuerdo en ideas/actitudes irracionales, como perfeccionismo, sobreimplicación y ausencia de control externo, necesidad de afecto y valoración, por ejemplo, las cuales, se asociaron con bajas puntuaciones en la escala de Control Percibido en el Rol de Cuidadoras de Enfermos con Demencia.

Tal relación esperada entre ambas variables, señalan los distintos estilos de creencias que pueden señalar cada una de las escalas, así la de Control Percibido indica las creencias que conectan entre las propias acciones y los resultados, creencias acerca de que el control en determinadas situaciones del cuidado son viables, así como la percepción que con la actuación de la cuidadora se pueden prevenir ciertos sucesos, tal y como sugiere Skinner (1996).

En un estudio realizado con cuidadores de enfermos de Alzheimer, McNaughton et. al. (1995) señalaron que este tipo de creencias disfuncionales se relacionaba con locus de control externo, depresión y peor salud.

En relación con otras variables, los datos indicaron que altas puntuaciones en creencias/actitudes irracionales, se asociaron con las puntuaciones de aquellas mujeres que ante problemas difíciles, lo mejor que hacían era divertirse con otras cosas, con pensar que había que ser mala persona para no preocuparse constantemente por los problemas de los demás, y no saber cómo hacer para comprender por qué sentían desprecio por sí mismas la mayoría de las veces.

En un estudio realizado en nuestro país por Losada, et. al. (2006) en cuidadores de enfermos con demencia, concluyeron que los pensamientos disfuncionales representan un importante papel en el proceso de estrés del cuidado, afectando directamente en variables mediadoras y depresión, donde tales creencias según los autores, pueden actuar como obstáculos para un afrontamiento adaptativo. En esta misma línea, existen creencias desadaptativas en el cuidado que se pueden considerar irracionales, al guiar comportamientos en dirección contraria a lo que psicológicamente se considera recomendable (Losada, Knight & Márquez, 2003).

Los datos de la escala de creencias arrojaron diferencias entre los estudios que habían cursado las mujeres, así las mayores puntuaciones, y por este orden, fueron para las que tenían estudios primarios, las que habían cursado bachiller, y finalmente las que cursaron estudios universitarios, que puntuaron menos.

1.9. ESCALA DE MALESTAR EN ACONTECIMIENTOS VITALES

Escala cuya alta puntuación indica mayor malestar en factores como problemas de convivencia, sucesos de enfermedad y muerte, errores personales, etc. los cuales se asociaron con bajos valores de la Escala de Control Percibido en el Rol de Cuidadora, y con altas de la Escala de Creencias Irracionales.

En un estudio realizado por Owen et. al. (2002) en cuidadores de enfermos con demencia, comprobaron que tanto la ocurrencia como la evaluación de acontecimientos estresantes ocurridos en su vida, parecían tener impactos diferentes entre no cuidadores y cuidadores, donde éstos parecían además mostrar un mayor riesgo en experimentar mayor incidencia en acontecimientos negativos.

Un mayor grado de malestar se comprobó en aquellas mujeres que informaron también poseer malestar en padecer enfermedad o incapacidad grave, problemas de convivencia con padres y hermanos, y con estado civil; en mujeres que vivían en pareja, viudas, separadas y divorciadas.

1.10. LA EDAD

La edad constituye uno de los pilares básicos de la Gerontología (Brown, 1996) donde puede ayudar a conocer influencias debidas a cambios sociales, educación, percepción del paso del tiempo, relaciones intergeneracionales y pertenencia grupal, por ejemplo.

Los datos del estudio parecían indicar que las cuidadoras de mayor edad obtenían elevadas puntuaciones en Evitación/Abandono, mientras que las de menor edad, lograban mayores puntuaciones en la Escala de Control Percibido, Cuestionario de Valores y mayor Bienestar Subjetivo. Según éste último, en la mediana edad se suele disfrutar de un mayor bienestar emocional (Ryff 1995), y en mujeres, supone una etapa de madurez y posibilidades de crecimiento (Ehrlich, 1991).

1.11. APOYO SOCIAL

Como la literatura ha indicado, tanto la ayuda recibida como percibida influyen en el bienestar (Gottlieb, 1985), así en este sentido, los resultados indicaron que conforme aumenta la percepción de apoyo aumenta el Bienestar Subjetivo.

En la misma dirección que la anterior, un mayor control percibido indicó tanto una mayor frecuencia, como mayor acuerdo en percibir apoyo, coincidiendo este apoyo percibido con alta resiliencia. Sin embargo comportamientos de evitación, y elevado malestar en sucesos vitales, indicaron menor apoyo percibido.

1.12. ACEPTACIÓN

El estudio de la aceptación se enfoca desde la perspectiva responsable (Luciano y Hayes, 2001) que las cuidadoras de enfermos con demencia adoptan respecto a sus decisiones libremente adoptadas, donde según Hayes (1987, 2004) la aceptación representa uno de

los mayores determinantes para un comportamiento eficaz, salud mental, flexibilidad psicológica y bienestar. Según éste, Ryff (1989) y Ryff & Keyes (1995) consideran la aceptación como un componente del Bienestar Subjetivo.

Los datos de nuestro estudio, parecen indicar que aquellas mujeres que eligieron aceptar la situación tal y como era, frente a varias alternativas que pudieran desear, obtuvieron mayores puntuaciones en Bienestar Subjetivo, aceptando el tiempo que llevaban cuidando y el rol de cuidadoras principales.

Resultados similares se observaron con la mujeres que aceptaban la situación tal y como era y las mayores puntuaciones de la Escala de Control Percibido en el Rol, en situaciones como el tiempo que llevaban cuidando, la ayuda que recibían y si dedicaban más de 4 horas al día al cuidado de su familiar.

De esta forma aceptando las circunstancias, se pueden emplear estrategias más efectivas dirigidas a su control, actuando en consonancia con las propias metas y valores (Hayes et. al. 1996).

Los resultados mostraron que altas puntuaciones en la Escala de Percepción de Síntomas Conductuales y Psicológicos en Enfermos con Demencia, se observaron en aquellas mujeres que rechazaban lo que había pasado, deseando que nada de lo ocurrido hubiera sucedido, demandar días libres para descansar, solicitar implicación familiar y pedir mayor reconocimientos para todas las responsabilidades que llevaban hacia adelante. Contrariamente, una menor percepción en la frecuencia de síntomas conductuales y psicológicos manifestados por el enfermo, se observaron en aquellas cuidadoras que aceptaban la situación tal y como era. Así según los datos obtenidos, se comprobaron en aquellas que cuidaban más de 4 horas al día, se percibían como cuidadoras principales, aceptaban la ayuda recibida y todas las responsabilidades que llevaban hacia adelante.

Dado el tiempo que llevaban cuidando a su familiar, las mujeres que obtuvieron un mayor grado de acuerdo en Evitación/Abandono fueron aquellas que rechazaban la situación deseando que alguien las reemplazase, y recibir ayuda para las tareas difíciles. En una dirección contraria, bajas puntuaciones en Evitación/Abandono, se observaron en estos grupos de cuidadoras que aceptaban la situación tal y como era.

En un estudio llevado a cabo en mujeres cuidadoras de enfermos con demencia, se encontró que la evitación se asociaba con problemas de comportamiento en el enfermo y afecto negativo (Spira, Beaudreau, Jiménez, Kierod, Cusing, Gray & Gallagher, 2007)

En este sentido una buena disposición indica, no tener que evitar determinadas acciones, en el que eludir experiencias emocionalmente aversivas, puede indicar un desarrollo de desórdenes psicológicos (Hayes, 1987).

Las mayores puntuaciones en la Escala de Creencias Irracionales se observaron en aquellas mujeres que, dado el comportamiento de su familiar, preferían como estado deseable que éste entendiera todo lo que hacían por él y, de todas las responsabilidades que las cuidadoras llevaban hacia adelante, deseaban que les reconociesen lo que hacían. Una acep-

tación de estas situaciones tal y como eran, se observaron en cuidadoras con bajas puntuaciones de la escala de creencias.

En otro estudio realizado con cuidadores informales de enfermos con demencia, McNaughton, Patterson, Smith & Grant (1995) señalaron la relación existente entre creencias irracionales y dificultades para aceptar la realidad.

Nuevamente, altas puntuaciones obtenidas en la escala de Resiliencia en Cuidadoras de Enfermos con Demencia, se comprobaron en aquellas mujeres que aceptaban el tiempo que llevaban cuidando y el rol de cuidadoras principales.

En este sentido los teóricos de la resiliencia indican como protección al riesgo, la exposición a las circunstancias más que evitarlas (Rutter, 1987,1983, 2007), aceptar la propia vida (Wagnild & Young, 1993) (Wagnild 2003), y como ya se indicó, la American Psychological Association (A.P.A) sugiere aceptar los cambios como parte de la vida.

En las variables analizadas, los datos parecen indicar que una menor Percepción de Síntomas Conductuales y Psicológicos en el Enfermo, menor Evitación/abandono, y menor puntuación en la Escala de Creencias Irracionales, se asocia con aquellas mujeres que aceptan la situación, indicando una actitud activa frente a la adversidad. Esta buena disposición mostrada a través de su comportamiento resiliente y Control Percibido en el Rol de Cuidadora, parece obtener sus resultados alcanzando un mayor bienestar en su vida.

1.13. ACEPTACIÓN DE LA MUERTE DEL FAMILIAR COMO LIBERACIÓN

La escala de control percibido en el rol de cuidadora, mostró que bajas puntuaciones indicaron un mayor acuerdo en aceptar la muerte del enfermo, ya que suponía una liberación para todos.

Según lo anterior, las aportaciones de Losada et. al. (2006 pag. 60) indican que es relativamente frecuente en algún momento del proceso de cuidado, que los cuidadores piensen que *“sería mejor para todos que mi familiar muriese”*.

En este sentido, la muerte puede llegar a constituir el final de una emoción caracterizada por el sufrimiento (Wong, et. al. 1997) hallándose relacionada la muerte como un alivio al sufrimiento (Portal et. al. 2008-2009).

1.14. FAMILIA

Las decisiones para decidir si cuidar o no, siguiendo a Bratcher (1982) se podría decir que tiene su origen en la estructura familiar, en cuanto generadora de normas, principios y, añadimos valores, que influyen en el comportamiento de los miembros que la componen. Una relación de cuidado que desde la solidaridad intergeneracional, facilita la cohesión e integración en la sociedad como un fenómeno moral (Merz, et. al. 2007).

Los datos arrojaron que las mujeres atribuían, como causa de pérdida de libertad para hacer lo que querían, el cuidado de su familiar, sobre todo, para aquellas que menor pun-

tuaron en la Escala de Control Percibido y las que más puntuaron en Evitación/Abandono. Contrariamente, las que informaron que tenían plena libertad para decidir en cada momento si cuidar o no, se relacionó con altas puntuaciones de la Escala de Resiliencia, Control Percibido, Cuestionario de Valores, e inversamente, con la Escala de Malestar en Acontecimientos Vitales.

En referencia a los datos obtenidos en el Cuestionario de Valores, señalar que las cuidadoras concedieron más importancia al factor “valores familiares” que las mujeres del grupo de comparación; por otra parte, estas mujeres informaron menos malestar en problemas de convivencia familiares y económicos.

Respecto a la Escala de Resiliencia, las menores puntuaciones obtenidas se asociaron con no haber tenido una buena o muy buena relación anterior con el enfermo, con un mayor grado de acuerdo en que cuidar debilitaba la relación de pareja, y con un mayor malestar por los problemas de convivencia con padres y hermanos.

Sin embargo, no estar de acuerdo en que cuidar debilitase la relación de pareja, se observó en aquellas mujeres que obtuvieron altas puntuaciones en la Escala de Inteligencia Emocional. En este sentido, también altas puntuaciones en Inteligencia Emocional han indicado mejor calidad en las relaciones personales (Salovey et. al. 2002). Así familias de cuidadores que muestren habilidades en la solución de problemas, mejor comunicación y relaciones en los roles más flexibles, alcanzarán mejores habilidades para enfrentarse en momentos de crisis (Losada et. al. 2006).

Los datos señalaron que un mayor Bienestar Subjetivo, se asociaba con haber tenido una buena relación con el enfermo, además se informó, que cuidar había mejorado la relación con los hermanos, menor malestar en problemas con padres y hermanos, y no estar de acuerdo que por cuidar a su familiar, la situación de pareja se hubiese deteriorado, coincidiendo esta última apreciación con altas puntuaciones en la Escala de Control Percibido.

Considerando la preocupación como un sentimiento vinculado a la realización de metas y como un pensamiento recurrente que puede estar presente en las emociones diarias (Klinger, 1977), la Escala de Control Percibido mostró que las bajas puntuaciones obtenidas, indicaron diferencias en qué era lo que más preocupaba a las mujeres cuidadoras; por este orden se halló: su propio bienestar, cuidar a su familiar y finalmente su familia, compuesta por el marido y los hijos.

En un estudio realizado en nuestro país, López et. al. (2005) en una muestra de cuidadoras informales de enfermos dependientes, hallaron que haber tenido mejores relaciones afectivas con la persona cuidada se relacionaba con satisfacción. Así una relación diferenciada por elevados niveles de afecto, se asocia con una menor percepción de estrés en el cuidado (Williamson et. al. 2001).

Desde estas contribuciones los datos indicaron, que conforme mejor había sido la relación con el enfermo, menor era la frecuencia en la percepción de síntomas conductuales y psicológicos, así aquellas mujeres que habían tenido una relación normal, percibieron mayores síntomas que aquellas que calificaron su relación de muy buena. Hallazgos en esta

misma línea, aportaron que la evaluación de los comportamientos del paciente, predecían mejor la depresión que la severidad objetiva de los problemas (Haley et. al. 1987).

Las altas puntuaciones en la percepción de síntomas conductuales, también se asoció con un mayor malestar en problemas de convivencia con los padres y hermanos.

2. CONCLUSIONES

El desarrollo teórico expuesto a lo largo de esta tesis, junto con el referente al cuidado, la Inteligencia e Inteligencia Emocional, así como haber contactado con profesionales de la salud y cuidadoras, nos ha permitido elaborar un modelo aproximativo de habilidades emocionales.

Se puede valorar que los objetivos propuestos al inicio de esta investigación, han resultado totalmente satisfactorios, no sólo por haberse alcanzado, sino porque además estimamos que la teoría de la Inteligencia Emocional parece resultar un modelo teórico válido en hijas que cuidan a su familiar dependiente.

Así, entre los retos que se plantearon se ha podido comprobar que el modelo de aproximación de Inteligencia Emocional, ha resultado eficaz en hijas que cuidan a su familiar con demencia. El modelo por tanto predice, que una mayor habilidad emocional produce efecto en una adaptación adecuada, lo que se explica por un mayor Bienestar Subjetivo, Control Percibido en el Rol de Cuidadora, Resiliencia e importancia en sus Valores. Contrariamente, una menor habilidad emocional indica una adaptación no adecuada, la cual se ve influida por la percepción de una mayor frecuencia de Síntomas Conductuales y Psicológicos del Enfermo, por el Abandono/Evitación de la Cuidadora, por Creencias Irracionales y Malestar en los Acontecimientos Vitales.

Teniendo en cuenta, que el modelo ha resultado ajustado según los criterios estadísticos exigidos, se propone que sirva de utilidad en los siguientes aspectos:

1. Aplicarse en el entrenamiento de habilidades emocionales en hijas cuidadoras de enfermos con demencia.
2. Y dado que existen cuidadoras que manifiestan tales habilidades, sería deseable que esa forma adaptativa de actuar, sirviera de modelo de aprendizaje y enseñarse a la sociedad como un comportamiento adecuado para percibir, pensar y sentir los problemas, tal y como Schein (1984) define el término cultura dentro de un contexto. Se requiere por tanto una verdadera transmisión cultural y valoración social para que pueda ejercer influencia y pueda considerarse adecuado.

Los resultados además indicaron, que las escalas utilizadas resultaron válidas para discriminar entre mujeres que no desempeñaban el rol de cuidadoras y las que sí lo desempeñaban, comprobándose también en éstas diferencias entre mayores y menores puntuaciones. De esta forma se corrobora, como indica Bagozzi & Philips (1982) la validación de las escalas a través del modelo de ecuaciones estructurales, mediante el ajuste entre las propiedades de medición y contenidos teóricos.

Los datos también aportaron conocer las importantes relaciones, no sólo entre las variables que componen el modelo, sino además con otras como la familia, diferencias debidas a la edad, apoyo social y aceptación.

Se puede concluir por tanto, que cuando se realiza un sobreesfuerzo como es el hecho de cuidar a un familiar, además de desempeñar otras responsabilidades, fuerza al individuo a alterar el hábito en sus comportamientos y a asumir una nueva situación de cambio continuo, no sólo por la evaluación del familiar con demencia, sino por las relaciones interpersonales que emergen en su ámbito más cercano.

Esta situación de cambio caracterizada por las reiteradas demandas que recibe la mujer, hace que tenga que agudizar el ingenio para emplear o desarrollar nuevas destrezas, superando paso a paso y tarea a tarea, cada uno de los obstáculos que se le presentan. Todo esto, frente a evitar acumular tareas y situaciones pendientes de resolver, dificultando así desempeñar una labor que o bien no se quiere, no se está preparada, no se saben ver soluciones, o se carece de la experiencia para verlas. En este sentido, puede resultar normal no superar y rechazar lo sucedido, necesitando en casos, justificar su actuación mediante creencias que sirven de base para otras ideas poco razonadas y que tienen como resultado un comportamiento desadaptativo.

El uso de habilidades por tanto, en situaciones difíciles y de cambio, requiere manejar y evaluar las propias emociones y la de los demás, dirigiéndolas hacia la obtención de ganancias y resultados positivos, tanto para la mujer, el enfermo y la familia.

La presente investigación por tanto, queda justificada por:

1. La necesidad social y personal de aquellos que cuidan a familiares dependientes
2. Recomendaciones de la OMS (2002) en cuanto se requiere:
 - 2.1. Volver a valorar la ayuda informal en el cuidado
 - 2.2. Utilizar los valores culturales existentes
 - 2.3. Evitar consecuencias negativas
 - 2.4. Construir teorías y modelos que mejoren el cuidado
 - 2.5. Proporcionar a los cuidadores conocimientos, formación y habilidades.

Y finalmente concluir, con la pretensión o esperanza de aportar valor con esta tesis, esperando sirva de utilidad para mejorar el bienestar de las hijas, del enfermo y de las familias, sirviendo de ayuda a profesionales de la salud y comunidad, donde todos juntos, incluidos los poderes públicos, contribuir a favorecer la salud psicológica de la mujer.

LIMITACIONES

En primer lugar, señalar que se hubiese preferido disponer de una muestra más amplia, y que en vez de haberse obtenido de tres ciudades andaluzas, haber tenido la posibilidad de obtenerla de otras ciudades de la comunidad. Pero por falta de recursos económicos, y por negarnos a pagar a alguna asociación de enfermos de Alzheimer por cada cuestionario que las cuidadoras realizasen, la muestra quedó configurada en 124 mujeres.

Aunque los cuestionarios de esta investigación eran contestados por las hijas que cuidaban, puesto que estábamos interesados en su percepción, hubiésemos preferido disponer de medidas objetivas como por ejemplo la evaluación y contribución a las AVD, y comportamientos manifestados por el familiar.

También éramos conscientes de los riesgos que reportaba pretender diseñar un modelo de Inteligencia Emocional según las orientaciones de Salovey & Mayer (1990), así como elaborar su instrumento de medida, sin conocer los antecedentes teóricos y empíricos aplicados al rol de cuidadoras informales de enfermos con demencia.

FUTURAS INVESTIGACIONES

Para futuras investigaciones, dado que se intenta terminar con los mitos y prejuicios inherentes hacia las personas mayores (Melero, 2007), entre los que se pueden citar, ser una carga, tener poco que aportar o estar muchas veces de mal humor, se recomienda en el estudio de mujeres cuidadoras, detectar cuáles son estos mitos y facilitar contribuciones que se orienten hacia el crecimiento personal, solidaridad, valor y bienestar que reciben y aportan.

También se sugieren aumentar trabajos que profundicen en modelos de habilidades en cuidadores, de tal forma que no sólo se contribuya a obtener aplicaciones en el contexto del cuidado diario, sino que sirvan para aumentar el conocimiento teórico.

Igualmente se recomienda, que el modelo de aproximación que consideramos justificado teórica y empíricamente, se pueda utilizar para comprobar programas de intervención en hijas que cuiden a su familiar con demencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Abengózar, M.C., (1995). *La mujer como soporte psicológico de la familia con un demente senil: Desarrollo intergeneracional*. Tesis Doctoral.
- Agee, J.M. 1980. *Grief and the Process of Aging*. En *Grief Responses to Long-Term Illness and Disability: Manifestations and Nursing Intervenciones*. Editado en J.A.Werner-Beland. Reston VA: Reston Publishing Company.
- Agüera Ortiz, L., y Cervilla Ballesteros, J. (2006). Trastornos de ansiedad. *En Psiquiatría geriátrica*. Editorial Masson.
- Agüera Ortiz, L., y Martín Carrasco M., (2006). Psiquiatría y demencias. *En Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia*. Bermejo Pareja F. España. Ed. Díaz Santos.
- Aldwin, C.M. (1994). *Stress, Coping and Development: An Integrative Perspective*. NE York: Guilford Press
- Aleixandre Rico, M. (2003). La medición de la capacidad funcional en el mayor desde la perspectiva de los apoyos necesarios. *Geriatría: Revista iberoamericana de geriatría y gerontología*, 19(9-10), 19-25
- Alspaugh, M. E. L., Stephens, M. A. P., Townsend, A. L., Zarit, S. H., & Greene, R. (1999). Longitudinal patterns of risk for depression in dementia caregivers: Objective subjective primary stress as predictors. *Psychology and Aging*, 14, 34-43.
- Alvira Martín, F., y Peña Fernández, M. (1978). "Path" análisis, modelos de ecuaciones estructurales y variables no observadas. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*. pp. 187-208.
- Amabile, T. M. (1982): Social psychology of creativity: A consensual assessment technique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(5), 997-1013.
- Amabile, T. M. (1993): Motivational synergy: Toward new conceptualizations of intrinsic and extrinsic motivation in the workplace. *Human Resource Management Review*, 3(3),185-201.
- Amabile, T. M. (1997): Motivating creativity in organizations: On doing what you love and loving what you do. *California Management Review*, 40(1): 39
- American Psychiatric Association (2004). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorder, 4ª Ed. TR*. Washington D.C. American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2009). En internet <http://www.apahelpcenter.org/featuredtopics/feature.php?id=6>. Consultado el 14/01/2009.
- Anderson, J. R. (1983) *The architecture of cognition*. Cambridge: Harvard University press.
- Andrés Navia, V., y Bas Ramallo, F., (2000). Tratamiento de la depresión. En *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Ed. Ignacio Montorio & María Izal. Editorial Síntesis.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Aneshensel, C.S. & Pearlin, L.I. (1993). Stress, role captivity, and the cessation of caregiving. *Journal of Health and Social Behavior*, 34,54-70.
- Angermeyer, M.C., y Killian, R. (2000). Modelos teóricos de calidad de vida en los trastornos mentales. En H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (eds.): *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

- Anthony, E.J. (1987). Risk, vulnerability and resilience: An overview. En E.J. Anthony & B. Cohler (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 3-48). New York: The Guilford Press.
- Argyle, M. (1993). Psicología y la calidad de vida. *Intervención Psicosocial*, 2(6), 5-15
- Aroian KJ, y Norris A.E (2003). Resilience, stress and depression among Russian immigrants to Israel. *West Journal Nursing Research*, 22: 54-67
- Arroyo-Anyó, E. (2002). *Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. Programas de estimulación*. Barcelona: Prous Science.
- Artaso Irigoyen B, Goñi Sarriés A, y Gómez Martínez A.R.(2001). Factores influyentes en la sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia. *Revista de Psicogeriatría*, 1(1): 18-22.
- Artaso Irigoyen, B., Biurrún Unzué, A., y Goñi Sarriés, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(4), 212-218
- Artaso Irigoyen, B., Goñi Sarriés, A. y Biurrún Unzué, A. (2001-2002). Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia. *C. Med. Psicosom*, 60/61.
- Atkinson, J.W. (1957). Motivational determinants of risk-taking behavior. *Psychological Review*, 64(6), 359-372.
- Averill, J.R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80(4), 286-303.
- Avia, M.D., y Vázquez, C. (2004). *Optimismo inteligente*. Alianza Editorial
- Bagozzi, R.P., Philips, L.W. (1982). Representing and testing organizational theories: a holistic construct. *Administrative Science Quarterly*, 27, 459-489
- Ball-Rokeach, S.J., Rokeach, M. & Grube, J.W. (1984). *The great American values test: Influencing behavior and belief through television*. New York: Free Press.
- Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55, 122-136.
- Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioural science* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B., & Brim, O.G. (eds.) (1979): *Life-span development and behavior*. Nueva York, Academic Press.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought y action: a social cognitive theory*. Englewood. Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1184.
- Bar-On, R. (1997). *The emotional quotient inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto: Multi-Health Systems.

- Barrio, S., y Luque, T. (2000). Análisis de ecuaciones estructurales. En Luque, T. (coord). *Técnicas de análisis de datos en investigación de mercados*: Madrid. Pirámide.
- Bas, F. (1983). Listado de Creencias Comunes (LCC). En R. Fernández Ballesteros, *Cuaderno de Prácticas de Psicodiagnóstico*. UNED, Madrid.
- Bass, D.M., McClendon, M., Deimling, G.T. y Mukherjee, S. (1994). The Influence of a Diagnosed Mental Impairment on Family Caregiver Strain. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 49, 146-155.
- Batista Foguet J.M., y Coenders Gallart, G. (2000). *Modelos de ecuaciones estructurales. Modelos para el análisis de relaciones causales*. Ed. La Muralla.
- Batista, J.M., y Cuadras, C.M. (1983). Análisis de la causalidad y planteamientos Lisrel a partir de los modelos de medida. *Huesito*, 7, (1), 359-383.
- Batson, C.D., Batson, J.G., Griffit, C.A., Barrientos, S., Brandt, J.R., Sprengelmeyer, P., & Bayly, M.J. (1989). Negative-state relief and the empathy-altruism hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 922-933
- Beardslee, W.R (1989). The role of self-understanding in resilient individuals: The development of a perspective. *American Journal of Orthopsychiatry* 59, 266-278.
- Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Buenos Aires: Biblioteca de Psicología.
- Beck, A. T., & Rush, A. J. (1995). Cognitive Therapy. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*: Vol. 6 (pp. 2167-2177). Baltimore, MD :Williams & Wilkins..
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Bengtson, V. L., Giarrusso, R., Mabry, J. B., & Silverstein, M. (2002). Solidarity, conflict, and ambivalence: Complementary or competing perspectives on intergenerational relationships? *Journal of Marriage and the Family*, 64, 568-576
- Bengtson, V.L., & Roberts, E.L (1991). Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the family*, 53(4): 856-870.
- Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Berg-Weger, M., McGartland, D., & Tebb, S.S (2001). Strengths-Based practice with family caregivers of the chronically III: Qualitative Insights. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 82(3), 263-272
- Besabé, N., Paez, D. y Valdosedá, M. 1993. Memoria afectiva, salud, formas de afrontamiento y soporte social. En Paez, D. *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia: Promolibro
- Bisquerra, R. (1989). *Introducción conceptual al análisis multivariante. Un enfoque informático con los paquetes SPSS – X, BMDP, LISREL Y SPAD*. (Vol II). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Borkovec, T. D. (1985). Worry: A potentially valuable concept. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 481-482

- Bourgeois, M., Schulz, R., Burgio, L.D. & Beach, S. (2002). Skills Training for Spouses of Patients With Alzheimer's Disease: Outcomes of an Intervention Study. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(1), 53-73.
- Boyatzis, Goleman & Rhee (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the emotional competence inventory (ECI). En R. Bar-On and J. D.A. Índice Parker (Eds.). *Handbook of Emotional Intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Heilemann, M.S.V, Lee K, & Kury, F.S (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 11, 61-72.
- Branch B.R., y Goulet-Cazé M.O, (2000). *Los Cínicos*. Editorial Seix Barral.
- Bratcher, W. E. (1982). The influence of the family on career selection: A family systems perspective. *The Personnel and Guidance Journal*, 61, 87-91.
- Brickman, P., & Campbell, D. T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. In M. H. Appley (Ed.), *Adaptation-level theory* (pp. 287- 302). New York: Academic Press.
- Brickman, P., Coates, D., & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36,917-927.
- Brody E.M, Johnsen PT, Fulcomer M.C, & Lang A.M. (1986) Women's Changing Roles and Help to Elderly Parents: Attitudes of Three Generations of Women. *Journal of Gerontology*, 38(5): 597-607
- Brody, E.M. (1981). Women in the middle' and family stress. *The Gerontologist* 23, 51-56.
- Brody, N. (2000). History of Theories and Measurement of Intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.). *Handbook of Inteligente*_(pp. 16-33). New York, NY: Cambridge University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Crouter, A.C. (1983). The evolution of environmental models in developmental research. In P.H. Mussen (Ed.) *Handbook of child psychology* (4th edition) New York: Wiley.
- Brown, A.S. (1996). *Social processes of aging and old age*. Londres: Prentice-Hall.
- Brown, D., & Kulig, J. (1996/97). The concept of resiliency: Theoretical lessons from community research. *Health and Canadian Society*, 4, 29-52.
- Brown, E., & Jackson, J. S. (2004). Age-related issues among minority populations. En C. Spielberger & R. K. Lee (Eds.), *Encyclopaedic of applied psychology*. London: Elsevier.
- Brown, L. J., Potter, J. F., & Foster, B. G. (1990). Care giver burden should be evaluated during geriatric assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(4), 455-460.
- Bryant, F.B. & Veroff, J. (1984). Dimensions of subjective mental health in american men and women. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 116-135.
- Burger, J. M. (1989). Negative reactions to increases in perceived personal control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 246- 256.
- Burgio, L. D., Solano, N., Fisher, S.E., Stevens, A. & Gallagher-Thompson. (2003). Skill-Building: Psychoeducational Strategies. En D.W. Coon, D. Gallagher-Thompson y L.W. Thompson (eds.), *Innovative Interventions to Reduce Dementia Caregiver Distress*. New York: Springer.
- Butler L., Morland L., & Leskin, G. (2007). *Psychological resilience in the face of terrorism*. En B. Bongar, L. Brown, L. Beutler, J. Breckenridge, & P. Zimbardo (Eds.),

- Caballo, V.E., y Simón M.A. (2000). Acontecimientos estresantes vitales y trastornos psicopatológicos. En *Psicología de la Salud*. Plaza y Valdés editores.
- Cacioppo, J.T., Gardner, W.L., & Berntson, G.G. (1999). The affect system has parallel and integrative processing components: form follows function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(5), 839-855.
- Cantor, N., Harlow, R.E. (1994). Social intelligence and personality: flexible life task pursuit. En R.J. Sternberg & P. Ruzgis (Ed.), *Personality and intelligence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Capelle, W. (1981) *Historia de la filosofía griega*. Ed. Gredos.
- Carretero-Dios, H., & Pérez C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Carrobbles, J.A. (1996). Estrés y trastornos psicofisiológicos. En Caballo, Buena-Casal y Carrobbles (dirs.). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Madrid : Siglo XXI.
- Carroll, J. B. (1993). *Human cognitive abilities: A survey of factor-analytic studies*. New York: Cambridge University Press.
- Castro, A. y Sánchez-López, M. (2000). Objetivos de vida y satisfacción autopercebida en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 12(1), 87-92
- Cattell, R.B. (1971). *Abilities: Their structure, growth, and action*. Boston: Houghton Mifflin.
- Cattell, R.B. (1963) Theory of fluid and crystallized intelligence: A critical experiment. *Journal of Educational Psychology*, 54(1), 1-22.
- Cederblad, M. (1986). The children of the Lundby study as adults: A salutogenic perspective. *European child & adolescent psychiatry*, 5, 38-43.
- Chang, L. (1994). A psychometric evaluation of four-point and six-point Likert-type scales in relation to reliability and validity. *Applied Psychological Measurement*, 18, 205-215.
- Chappell NL, & Reid RC. (2002). Burden and well-being among caregivers: examining the distinction. *Gerontologist*, 42, 772-780.
- Charms, R. (de) (1968). *Personal causation: The internal affective determinants of behaviour*. New York: Academic press.
- Charney, D.S. (2004). Psychobiological mechanism of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal Psychiatry*, 161, 195-216.
- Christensen, H., Griffiths, K., MacKinnon, A., & Jacomb, P. (1997). A quantitative review of cognitive deficits in depression and Alzheimer-type dementia. *Journal of International Neuropsychol Sociology*, 3, 631-651
- Christopher K.A (2000) Determinants of psychological well-being in Irish immigrants. *West Journal Nursing Research*, 22, 123-43.
- Cianciolo A.T, Grigorenko E.L, Jarvin, L.Gil J., Drebot M.E, & Sternberg R.J (2006). Practical intelligence and tacit knowledge: Advancements in the measurement of developing expertise. *Learning and Individual Differences*, 16, 235-253
- Ciarrochi, J. Joseph, P., & Mayer, J. (2006). *Emotional Intelligence in Everyday Life* (2nd Ed.). New York: Psychology Press.
- Ciarrochi, J., Chan, A. & Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31(7), 1105-1119.

- Ciarrochi, J., Deane, F. & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32(2), 197-209.
- Cicchetti, D. V., Showalter, D. & Tyrer, P. J. (1985). The effect of number of rating scale categories on levels of inter-rater reliability: A Monte-Carlo investigation. *Applied Psychological Measurement*, 9, 31-36.
- CIE-10 (1993). *Trastornos mentales y del comportamiento. 10ª Revisión de la clasificación Internacional de las enfermedades*. Organización Mundial de la Salud. Edición española López Ibor. Madrid. Meditor
- Clyburn LD, Stones MJ, Hadjistavropoulos T, Tuokko H.(2000). Predicting Caregivers burden and depression in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B(1).
- 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.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Coles, E. & Bucle, P. (2004). Developing community resilience as a foundation for effective disaster recovery. *Australian Journal of Emergency Management*, 19, 4, 6-15
- Coll, C. (1985). Acción, interacción y construcción del conocimiento en situaciones educativas. *Anuario de Psicología*, 33, 59-70.
- Comrey, A. L. & Montag, I. (1982). Comparison of factor analytic results with two choice and seven choice personality item formats. *Applied Psychological Measurement*, 6(3), 285-289.
- Connor, K.M., & Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Corney, R. (1995). *The Carer's companion: a Winslow guide to caring at home*. Oxon, UK : Winslow Press, 1995.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Cronbach, L.J. (1988). Five perspectives on the validity argument. En H.Wainer y H.Braun (eds.): *Test validity*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Csikszentmihalyi, M., Optimal experience: foundation for effective disaster recovery. *The Australian Journal of Emergency Management*, 19, 6-15.
- Csikszentmihalyi, M (1996). *Fluir: Una psicología de la felicidad*. Ed. Kairos.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. Nueva York: Harper Perennial.
- Csikszentmihalyi, M., (1975). *Beyond boredom and anxiety*. San Fancisco: Jossey-Bass.
- Csikszentmihalyi, M. (1988). The flow experience and its significance for human psychology. En M.Csikszentmihalyi & I. S. Csikszentmihalyi (Eds.), *Optimal Experience:*

- Psychological Studies of Flow in Consciousness*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press
- Csikszentmihalyi, M., & Csikszentmihalyi, I.S. (1998). *Experiencia optima: Estudios psicológicos del flujo en la conciencia*. Ed. Descleé de Brouwer.
- Cummings, J.L., & Benson, D.F. (1983). *Dementia: a clinical approach*. Butterworths. Boston.
- Cummnings, J.L. (1985). Organic delusions: phenomenology, anatomical correlations and review. *British Journal of Psychiatry*, 146, 184-197.
- D'Eredita M.A, & Barreto, Ch. (2006). How does tacit Knowledge Proliferate? An Episode-Based Perspective. *Organization Estudios*, 27.
- Davies, M. F. (2006). Irrational beliefs and unconditional self-acceptance. I. Correlational evidence linking two key features of REBT. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 24, 113–124.
- Davies, M. F. (2006). Irrational beliefs and unconditional self-acceptation. III. The relative importance of diffeeret typs of irrational belief. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 26, 2.
- DeCharms, R. (1968). *Personal causation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Deci, E. L., & R. M. Ryan. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behabvior*. New York: Plenum.
- Declerck, C.H., Boonea, C., Brabandera, B. (2006). On feeling in control: A biological theory for individual differences in control perception. *Brain and Cognición*, 62(2), 143-176
- Demetriou, A., & Papadopoulos, T. (2004). Human Intelligence. En R. J. Sternberg (Ed.), *International handbook of the psychology of human intelligence*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Denney, N.W (1989). Everyday problem solving: *Methodological issues, research finding, and a model*. En L.W. Poon, D.C. Rubin y B.A. Wilson (eds.).
- Díaz-Veiga, P., Montorio, I. y Yanguas, J. (1999). Intervenciones en cuidadores de personas mayores. En M. Izal e I. Montorio (Eds.), *Gerontología conductual: Bases para la intervención y ámbitos de aplicación* (pp. 159-180). Madrid: Síntesis.
- Diener E, & Lucas RE. (2000). Subjective emotional well-being. En Lewis M, Haviland J.M, editores. *Handbook of emotions* 2nd. Ed. Nueva York: Guilford
- Diener, E (2005). Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being. Funding for the national indicators of subjective well-being project is provided by the John Templeton Foundation through the Positive Psychology Center at the University of Pennsylvania.
- Diener, E. (1984). Subjetive well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L., (1999). Subjective well-being. Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276 – 302.
- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- Diener, E., & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117
- Diener, E., Lucas, R.E., & Scollon, C. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61, 305–314.

- Diener, E., Smith, H., & Fujita, F. (1995). The personality structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 130-141.
- Diener, E.D. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Dillehay, R.C., & Sandys, M.R. (1990). Caregivers for Alzheimer's Patients: What we are learning from Research. *International Journal of Aging and human Development*, 30(4), 263-285.
- Dröes, R.M. (1998). Emotion-oriented care for persons with Alzheimer's Disease. Amsterdam: 6th International Conference on Alzheimer's Disease and Related disorders.
- Dulin, P.L, & Dominy, J.B (2008). The influence of feeling positive about helping among dementia caregivers in New Zealand. Helping attitudes predict happiness. *Dementia*, 7(1) 55-69.
- Dunkley, D.M. & Blankstein, K.R. (2000). Self-Critical Perfectionism, Coping, Hassles, and Current Distress: A Structural Equation Modeling Approach. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 713-730.
- Egeland, B., Carlson, E., & Sroufe, L. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology*, 5, 517-528.
- Ehrlich P. (1991). *Mid-life Women Caregivers: A Feminist Perspective*. Issues in Aging nº 7. Chicago: The Center for Applied Gerontology.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart.
- Ellis, A. (2003). Similarities and Differences Between Rational Emotive Behavior Therapy and Cognitive Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 17(3), 225-240.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1980). *Manual de terapia racional-emotiva*. Vol. I y II. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Ellis, A., & Bernard, M.E. (1990) *Aplicaciones clínicas de la terapiaracional emotiva*. Editorial DDB.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 6(2).
- Extremera, N., y Fernández Berrocal (2004). El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la Inteligencia Emocional. *Boletín de Psicología*, 80, 59-77.
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the Trait Meta-Mood Scale. *Personality and Individual Differences*, 39, 937-948.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P, Mestre, J.M, & Guil, R. (2004). Medidas de evaluación de la Inteligencia Emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2) 209-228.
- Farran, C., Miller, B. Kaufman, J. & Davis, L. (1997). Race, finding meaning and caregiver distress. *Journal of Aging and Health*, 9, 316-334.
- Farran, C.J, Gilley, D.W., McCann, J.J., Bienias, J.L., Lindeman, D.A., & Evans, D.A (2007). Efficacy of Behavioral Interventions for Dementia Caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 29, (8)

- Fernández Castro, J., Álvarez, M., Blasco, T. Doval, E., y Sanz, A. (1998). Validación de la escala de competencia personal percibida de Sallson: implicaciones para el estudio del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 4(1) 31-41.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología Social. Una introducción. En *Gerontología Social*. Fernández-Ballesteros Dir. Ediciones Pirámide.
- Fernández-Berrocal, P. Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006). Emotional Intelligence: A theoretical and empirical review of its first 15 years of history. *Psychotema*, 18, 7-12.
- Festinger, L. (1957): *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press, California.
- Fingerman, K. L. (1995). Aging mothers' and their adult daughters' perceptions of conflict behaviors. *Psychology and Aging*, 10, 639-650.
- Fingerman, K. L. (1996). Sources of tension in the aging mother and adult daughter relationship. *Psychology and Aging*, 11, 591-606
- Fingerman, K. L. (1997). Being more than a daughter: Middle-aged women's conceptions of their mothers. *Journal of Women and Aging*, 9, 55-72.
- Fingerman, K. L., Nussbaum, J., & Birditt, K. S. (2004). Keeping all five balls in the air: Juggling family communication at midlife. In A. L. Vangelisti (Ed.), *Handbook of family communication*. Hillsdale, NJ : Erlbaum
- Fingerman, K.L., & Gallagher-Thompson, D., Lovett, S. y Rose, J. (1996). Internal resourcefulness, task demands, coping, and dysphoric affect among caregivers of the frail elderly. *International Journal of Aging & Human Development*, 42(3), 229-248.
- Finkel, S., Burns, A.,(1999). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): a clinical and research update. *IPA Bulletin*, 16(2).
- Finkel, S., Silva, J., Cohen, G., Miller, S. & Sartorius, N. (1997). Behavioural and Psychological signs and symptoms of dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12.
- Finnema, E., Dröes, RM., Ettema, T., Ooms, M. Adèr, H., Ribbe, M., & Tilburg, W., (2005). The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 330-343.
- Fishbein, M. (1967). *Readings in attitude theory and measurement*. New York: Wiley.
- Fishbein, M. (1963). An investigation of the relationships between beliefs about an object and the attitude toward that object. *Human Relations*, 16, 233-239.
- Folkman, S. (1984) Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Folkman, S., Lazarus, R, Gruen, R, & Delognis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.

- Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647–654.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The Broaden-and-Build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226
- Fredrickson, B.L., & Levenson, R.W. (1998). Positive emotions speed recovery from the sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12, 191–220.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14, 29-40
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76
- Fiori, K. L., Brown, E. E., Cortina, K. S., & Antonucci, T. C. (2006). Locus of control as a mediator of the relationship between religiosity and life satisfaction: Age, race and gender differences. *Mental Health, Religion and Culture*, 9, 239–263.
- Friss, L. & Kelly, K.A. (1995). A Well-Deserved Break: Respite Programs Offered by California's Statewide System of Caregiver Resource Centers. *The Gerontologist*, 35(5), 701-706.
- Gallagher-Thompson, D., & Coon, D. W. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging*, 22(1), 37–51.
- Ganor, M., & Ben-Lavy, Y. (2003). Community resilience: Lessons derived from Gilo under fire. *Journal of Jewish Communal Service*, 105–108.
- García Calvente, M.M., Mateo Rodríguez, I., y Maroto Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de las mujeres. *Gac. Sanit.* 18(supl 2): 83:92.
- García Gual, C., y Imaz, M.J (1986). *La filosofía helenística: éticas y sistemas*. Ed. Pedagógicas.
- García Jiménez, E., Gil Flores, J. y Rodríguez Gómez, G. (2000). *Análisis Factorial*. Cuadernos de Estadística. La Muralla. Madrid.
- García-Cueto, E., Muñiz, J. y Lozano, L. M. (2002). Influencia del número de alternativas en las propiedades psicométricas de los tests. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, volumen especial.
- Gardner, H. (2002). *Inteligencias Múltiples*. Investigación y Ciencia.
- Gardner, H. (1992): *Estructuras de la mente*. México: FCE.
- Gardner, H. (1995): *Inteligencias múltiples*. La teoría en la práctica. Barcelona: Paidós.
- Gardner, H. (2000): *La educación de la mente y el conocimiento de las disciplinas*. Barcelona: Paidós
- Gardner, H. (2001): *La inteligencia reformulada*. Barcelona: Paidós
- 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.

- Garmezy, N. (1985) Stress resistant children: The search for protective factors, En J. E. Stevenson (Ed) Recent Research in Developmental Psychology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (Book Supplement No. 4).
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430.
- Garmezy, N., & Masten, A. S. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk. En E. M. Cummings, A. L. Gerente & K.H. Karrkar (Es.). *Life span development psychology: Perspectives no stress and coping*. Hillsdale: Erlbaum
- Garmezy, N., & Masten, A.S (1986). Stress, competence, and resilience: Common frontiers for therapist and psychopathologist. *Behavior Therapy*, 57(2), 159-174.
- Garmezy, N., Masten, A.S., & Tellegen. A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Garre-Olmo, J., Hernández-Ferrándiz, M., Lozano-Gallego, M., Vilalta-Franch, J., Turón-Estrada, A., Cruz-Reina, M.M., Camps-Rovira, G. y López-Pousa, S. (2000). Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista de Neurología*, 31(6), 522-527.
- Garzón, A., y Garcés, J. (1989): Hacia una conceptualización del valor. En J.Mayor J.L.Pinillos (Eds.): Tratado de Psicología, Dir.: A.Rodríguez J.Seoane: *Tratado de Psicología: Actitudes, Creencias y Valores* (VII). Madrid: Alhambra, cap. 7, 365 408.
- Gatz, M., & Zarit, S.H. (1999). A good old age: Paradox or possibility. En V.L. Bengtson & K.W. Schaie. (Eds.).*Handbook of theories of aging* (pp. 396-416). New York: Springer-Verlag
- Gaugler, J., Davey, A., Pearlin, L., & Zarit, S.H.(2000). Modeling Caregiver Adaptation Over Time: The Longitudinal Impact of Behavior Problems. *American Psychological Association*, 15(3), 437-450.
- Geanellos, R. (2005). Adversity as opportunity: Living with schizophrenia and developing a resilient self. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(1), 7-16.
- Genovard, C. y Castelló, A. (1990). *El límite superior. Aspectos psicopedagógicos de la excepcionalidad intelectual*. Barcelona: Pirámide.
- George, L. E., & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, 253-259
- George, L.K., & Gwyther, L.P (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, 253-259.
- Gignac, M., & Gottlieb, H. (1996). Caregivers' Appraisals of Efficacy in Coping With Dementia. *Psychology and Aging*, 11(2), 214-225
- Gilley D.W, Wilson R.S, Beckett L.A, & Evans D.A. (1997). Psychotic symptoms and physically aggressive behavior in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45,1074-1079.
- Given, B., Given, C., Sikkorskii, A., Jeon, S., Sherwood, P. & Rahbar, M. (2006). The impact of providing symptom management assistance on caregiver reaction: Results of a randomized trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(5), 433-443.
- Given, B., Sherwood, P.R., & Given C.H. (2008). What knowledge and Skills do caregiver need?. *Journal of Social Work Education*, 44(3)

- Given, C. W., & Given, B. (1999-2002). *Palliative care for patients with advanced cancer* (grant project). East Lansing: Michigan State University in collaboration with Walter Cancer Institute.
- Glantz, M.D., & Sloboda, Z. (1999). *Analysis and reconceptualization of resilience*. En Resilience and development: Positive life adaptations. Glantz, M.D. Ed.
- Glass, D. C., & Carver, C. S. (1980). Helplessness and the coronary-prone personality. En J. Garher & M. E. P. Seligman (Eds.), *Human helplessness: Theory and applications* (pp. 223-243). San Diego, CA: Academic Press.
- Glass, D.C. & Singer, J.E. (1972) *Urban stress: Experiments on noise and social stressors*. San Diego: Academic Press.
- Gohm, C. L., & Clore, G. L. (2002). Affect as information: An individual differences approach. In L. F. Barrett & P. Salovey (Eds.), *The wisdom in feeling: Psychological processes in emotional intelligence* (pp. 89-113). New York: Guilford.
- Gold, D.P., Cohen, C., Shulman, K. & Zuccherro, C. (1995). Caregiving and dementia: Predicting negative and positive outcomes for caregivers. *International Journal of Aging and Human Development*, 41, 183-201.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: What it is and why it can matter more than IQ*. NE York. Bantam
- Goleman, D. (1998a). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- Goleman, D., Boyatzis, R.E., & McKee, A. (2002). *Primal leadership: Realizing the power of Emotional Intelligence*. Harvard Business School Press. EUA.
- Gómez, J. (1996). Aportaciones de los modelos de estructuras de covariancia al análisis psicométrico. En J. Muñiz (Ed.), *Psicometría* (pp. 457-554). Madrid: Editorial Universitaria.
- Gomez, M. J., Fassinger, R. E., Prosser, J., Cooke, K., Mejia, B., y Luna, J. (2001). Voces abriendo caminos (Voices forging paths): A qualitative study of the career development of notable Latinas. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 286-300.
- Goode, K.T., Haley, W.E., Roth, D.L. & Ford, G.R. (1998). Predicting Longitudinal Changes in Caregiver Physical and Mental Health: A Stress Process Model. *Health Psychology*, 17(2), 190-198.
- Gottfredson, L.S. (1997). Mainstream Science on Intelligence: An Editorial With 52 Signatories, History, and Bibliography. *Intelligence*, 24(1) 13-23.
- Gottlieb, B.H. (1985). Social support and the study of personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2, 351-375.
- Gottlieb, B.H. & Wolfe, J. (2002). Coping with family caregiving to persons with dementia: a critical review. *Aging & Mental Health*, 6(4), 325-342.
- Grant, G., Ramcharan, P. & Flynn, M. (2007). Resilience in families with children and adult members with intellectual disabilities: Tracing elements of a psycho-social model. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 563-575.
- Greene, & Karraker, K.H. (Eds.), *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping* (pp. 151-174). New Jersey: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Grotberg, E. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the human sprint*. The Hague. Bernard van Leer Foundation.

- Gutierrez Calvo, M. (2002). *Estrés, ansiedad y eficiencia*. Ed. Servicio de Publicaciones de Universidad de La Laguna.
- Halamandaris, K.F. & Power, K.G. (1997). Individual differences, dysfunctional attitudes, and social support: a study of the psychosocial adjustment to university life of home students. *Personality and Individual Differences*, 22(1), 93-104.
- Haley, W.E, Levine, E.C, Brown, S.L, & Bartoluchi, A.A (1987). Stress, Apraisal, Coping, and Social Support as predictor of adaptatonal Outcome Among Dementia Caregivers. *Psychology and Aging*, 2(4), 232-330.
- Haley, W.E., Roth, D.L. Coleton, M.I., Ford, G.R., Test, C.A.C., Collins, R.P., & Sobe, 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.
- Hammarström, G. (2005). The construct of intergenerational solidarity in a lineage perspective: A discussion on underlying theoretical assumptions. *Journal of Aging Studies* 19, 33-51
- Harding, S.D. (1982). Psychological well-being in Great Britain: An evalutaion of the Bradburn affect balance scale. *Personality and Individual Diferences*, 3, 167-175.
- Harman, G. (1986). *Change in view. Principles of reasoning*. Cambridge (Mass.). The MIT press.
- Harris, P.B. (1993). The misunderstood caregiver? A qualitative study of the male caregiver of Alzheimer's disease victims. *Gerontologist*, 33(4) 551-556.
- Harris, S., Davies, M.F., & Dryden, W. (2006). An experimental test of a core REBT hypothesis: Evidence that irrational beliefs lead to physiological as well as psychological arousal. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 24(2).
- Harwood, D., Barker, W.W., Raymond, L., Ownby, L. Bravo, M., & Aguero, H. (2000). Predictor of positive and negative appraisal among Cuban American caregivers of Alzheimer's disease patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 481-487.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive Behavioral Tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidanceand behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S.C. (1987). *A contextual approach to therapeutic change*. En N. Jacobson (Ed.) *Psychotherapist in clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 731-739.
- Heilemann, M.V, Lee, K.A, Kury, E.S, (2003). Psychometrics of the Resilience Scale in Spanish. *Journal Nursing Measuremet*, 11, 61-71
- Helgeson, V.S. (1992) Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illnes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4), 656-666.

- Helson, H. (1947). Adaptation-level as frame of reference for prediction of psychophysical data. *American Journal of Psychology*, 60, 1–29.
- Helson, H. (1964). *Adaptation level Theory*. Nueva York: Harper & Row.
- Henry, C. Lapenu, C. Zeller, M. & Sharma, M. (2003). *Microfinance Poverty Assessment tool*. Technical tools series. N°5.
- Hinrichsen, G.A., y Ramirez, M., (1992). Black and White Dementia Caregivers: A comparison of their Adaptation, Adjustment, and Service Utilization. *The Gerontologist*, 32(3) 375-381.
- Hirstein, W. (2006). *Brain fiction: Self-Deception and the riddle of confabulation*. Massachusetts, MIT, Press.
- Hoebel, E.A. (1973). *Antropología: el estudio del hombre*. Barcelona: Ediciones Omega.
- Hoge, E.A, Austin, E.D, & Pollack, M.H. (2007). Resilience: Research evidence and conceptual consideration for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 139-152.
- Hooker, K., Bowman, S.R., Coelho, D.P., Lim, S.R., Kaye, J., Guariglia, R., & Li, F. (2002). Behavioral change in persons with dementia: Relationships with mental and physical health of caregivers. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57(5), 453-460.
- Hope, T., Keene, J. & Gedling, K. (1998). Predictors of institutionalization for people with dementia living at home with a carer. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(10), 682-690.
- Huang, C.Y. (2004). Informal Female Care Givers of Older Adults with Dementia in Taiwan. *Californian Journal of Health Promotion*, 2(3) 53-66
- Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton: Princeton University Press.
- Imsero (1995a). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: INSERSO.
- Imsero (1995b). *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid: Imsero.
- International Psychogeriatric Association (2002). *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)*. Educational Pack. En internet <http://www.ipa-online.org/ipaonlinev3/ipaprograms/bpsdarchives/bpsdrev/toc.asp>. Consultado el 100808.
- Izal, M., Montorio, I., Losada, A., Márquez, M. y Alonso, M. (2000). *Cuidar a los que Cuidan*. <http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cuidadores/> Consultado el 15112008.
- Jackson, A.L., & Jeffers, L.D (1989). The attitudes about reality scale: A new measure of personal epistemology. *Journal of personality assessment*, 53(2), 353-365.
- Jaeger, W. (1957) *Paideia: Los ideales de la cultura griega*. Fondo de Cultura Económica.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- Jenkins, G. D., Jr. & Taber, T. D. (1977). A Monte Carlo study of factors affecting three indices of composite scale reliability. *Journal of Applied Psychology*, 62, 392-398.

- Jensen J.B (1996). Los cuestionarios de autoinforme en la evaluación conductural. En *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Buena-Casal, G. Caballo, V.E, Sierra, J.C (dirs.). Ed. Siglo XXI.
- Justicia Justicia, F., Peregrina López, S., Cano García, F. (1991). Metacognición y entrenamiento en estrategias metacognitivas. *Revista de educación de la Universidad de Granada*, 5, 104-119.
- Justicia Justicia, F. (2000). El comportamiento experto. En *El psicopedagogía en la organización y gestión de programas de formación*. Coord. González, D., Amezcua, J.A. Peñafiel, F. 89-104.
- Kaplan, H. B.(1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 17-83). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., & Jaffee, M.W.(1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *Journal of the American Medical Association*, 185
- King D.W, King L.A, Foy D.W, Keane T.M, & Fairbank J.A. (1999). Posttraumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: Risk factors, warzone stressors, and resilience–recovery variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 164–170. knowledge creation. *Organization Science* 51: 14–37.
- Klinger, E. (1977). *Meaning and void: Inner experience and the incentives in people's lives*. Minneapolis: University of Minnesota Press
- Kobasa, S.C. (1985). Barriers to Work Stress: II. The Hardy Personality. En W.D. Gentry, H. Benson y C.J. de Wolff (Eds.) *Behavioral Medicine: Work, Stress and Health*. Dordrecht: Nijhoff. pp. 181-204.
- Kramer, B.J. (1993). Marital history and the prior relationship as predictors of positive and negative outcomes among wife caregivers. *Family Relations*, 4(4), 367-375.
- Kramer, B.J. (1997a). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? *Gerontologist*, 37(2), 218–232
- Kramer, B.J. (1997b). Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. *Gerontologist*, 37(2), 239-249.
- Kumpfer, L. K. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 179-224). New York: Academic/Plenum.
- Kuterovac-Jagodic G. 2003. Posttraumatic stress symptoms in Croatian children exposed to war: A prospective study. *Journal of Clinical Psychology* 59, 9–25.
- Langer, E.J. 1983. *The psychology of control*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Langer, E.J. & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal control responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191-198.
- Laux, L., & Weber, H (1991). Presentation of self in coping with Anger and Anxiety: International Approach. *Anxiety Research*, 3, 233-255
- Lawton, M.P, & Brody E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.

- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *44*, 61–71.
- Lawton, M. P., Rajagopal, D., Brody, E., & Kleban, M. H. (1992). The dynamics of caregiving for a demented elder among Black and White families. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *47*, 156–164.
- Lawton, M.P. (1975). Competence, environmental press and adaptation. En P. G. Windley, T.O. Byerts y G. Ernst (Eds.): *Theory development in environment and aging*. Washington D.C., Gerontological Society.
- Lawton, M.P. (1977). The impact of the environment on aging behavior. En L.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.): *Handbook of the Psychology of Aging*. Nueva York, Van Nostrand Reinhold.
- Lawton, M.P. (1983). The varieties of well-being. *Experimental Aging Research*, *9*, 65-72
- Lazarus, R. S. (1983). The costs and benefits of denial. In S. Breznitz (Ed.), *The Denial of Stress* (págs 1 - 30). New York, International Universities Press, Inc.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion & Adaptation*. Oxford University Press.
- Lee, G.R., Netzar, J.K., & Coward, R.T (1994). Filial responsibility expectation and patterns of intergenerational assistance. *Journal of marriage and the family*, *56*(3): 559-565.
- Lefkowitz, E. S., & Fingerman, K. L. (2003). Positive and negative emotional feelings and behaviors in mother-daughter ties in late life. *Journal of Family Psychology*, *17*, 607 – 617
- Lehr, U. (1995). Solidaridad entre generaciones. Ayuda no estatal para los mayores. En Baura et al. *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal*. Universidad Internacional de Andalucía. Baeza.
- Leval, N., (1995). Scales of depression, ill-being and quality of life, is there any difference? An assay in taxonomy. *Quality of life research*, *4*, 259-269.
- Lévesque, L., Cossette, S., & Laurin, L. (1995). A multidimensional examination of the psychological and social well-being of caregivers of a demented relative. *Research on Aging*, *17*(3), 332-360.
- Levinson, DJ., Darrow, C., E., Klein, E., Levinson, M., & McKee, B. (1974). The psychosocial development of men in early adulthood and the midlife transition. En RICKS, D.F. y otros (eds.) *Life history research in psychopathology*. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Lévy, Maugin, P.P., Manera, J., Martín, M., Mateos, G., y Rubio, L.(1999). *Modelización con ecuaciones estructurales y variables latentes*. Ed. Erica. Madrid.
- Lévy, J. (2003): Modelización con ecuaciones estructurales. En Lévy, J.; Varela J. (ed.) *Análisis Multivariable para las Ciencias Sociales*. Madrid, Prentice Hall.
- Li, S.C. & Kunzmann, U. (2004). Research on intelligence in German speaking countries. En R. J. Sternberg (Ed.). *International handbook of the psychology of human intelligence*, (pp. 135-169). New York, NY: Cambridge University Press.
- Lightsey, O.R. (1994). Positive Automatic Cognitions as Moderators of the Negative Life Event-Dysphoria Relationship. *Cognitive Therapy and Research*, *18*, 353-365.

- Lin, N., & Ensel, W. (1989). Life stress and health: stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.
- Linley, P.A. (2003). Positive adaptation to trauma: Windom as both process and outcome. *Journal of traumatic stress*, 16(6), 601-610.
- Lissitz, R. W. & Green, S. B. (1975). Effect of the number of scale points on reliability: A Monte Carlo approach. *Journal of Applied Psychology*, 60, 10-13.
- Litwin, H. (1994). Filial responsibility and informal support among family caregivers of the elderly in Jerusalem: A path analysis. *Intergenerational Journal of Aging and Human Development*, 38(2), 137-151.
- Long, A.A (2000). La tradición socrática: Diógenes, Crates, y la ética helenística. En *Los cínicos*. Bracht Branham, R & Goulet-Cazé M.O Eds. Seix Barral Manuales de Cultura.
- Longstaff, P. (2005). *Security, resilience, and communication in unpredictable environments such as terrorism, natural disasters, and complex technology*. Syracuse, New York.
- López Martínez, J. (2002). *Efectos positivos de un estresor crónico: El cuidado de enfermos con demencia*. Fuente: Interpsiquis. En <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/69/4869/>. Consultado el 14/05/2008.
- 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, 81-94.
- Losada A, Shurgot G.R, Knight B.G, Marquez M, Montorio I, Izal M, y Ruiz M.A.(2006). Crosscultural study comparing the association of familism with burden and depressive symptoms in two samples of Hispanic dementia caregivers. *Aging & Mental Health* 10(1), 69-76.
- Losada Baltar, A., Montorio Cerrato, I., Izal Fernández de Trocóniz, M., Márquez González, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Colección Estudios Serie Dependencia. Imsero.
- Losada, A., Montorio, I., Moreno-Rodríguez, R., Cigarán, M. y Peñacoba, C. (2006). Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia. *Informaciones Psiquiátricas*, 184(2), 173-186.
- Lubit, R. (2001) Tacit Knowledge and Knowledge Management: The keys to Sustainable Competitive Advantage. *Organizational Dynamics*, 29, 164-178.
- Lucas, R.E., Diener, E., & Eng, J.S. (2002). *Explaining the extraversion/pleasant affect relation: sociability versus reward-sensitivity*. Work. Pap., Mich. State Univ.
- Luciano Soriano, M.C., y Valdivia Salas, M.S., (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y Evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Luciano, M.C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luthar, S.S. (1993) Annotation: Methodological and conceptual issues in the study of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 34, 441-453

- Luthar, S.S (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development, 62*, 600-616.
- Luthar, S.S. (1999). *Poverty and Children's Adjustment*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Lydon, John E. & Mark P. Zanna. (1990). Commitment in the Face of Adversity: A Value-Affirmation Approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(6): 1040-1047.
- Lyons, J. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress, 4*, 93-111.
- Lyubomirsky, S. (2001) Why are some people happier than others?. The role of cognitive and motivational processes in Well-Being. *American Psychologist, 56*(3), 239-249.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. *Psychological Bulletin, 131*, 803-855.
- Malonebeach, E.E, & Zarit, S.H, (1991). Current research Issues in Caregiving to the Elderly. *International Journal of Aging and Human Development, 32*(2),103-114.
- Mandler, G. (1988): Historia y desarrollo de la psicología de la emoción. En Luis Mayor (comp.) *Psicología de la emoción*. Valencia: Promolibro, pp.9-69
- Marin, G., & Marin, B. V. (1991). *Research with Hispanic populations*. Newbury Park, CA: Sage.
- Marlowe, H.A. (1986). Social Intelligence: Evidence for Multidimensionality and Construct Independence. *Journal of Educational Psychology, 78*(1), 52-58.
- Martin, R.C., & Dahlen, E.C. (2004). Irrational Beliefs and the Experience and Expression of Anger. *Journal of Rational - Emotive & Cognitive - Behavior Therapy, 22*(1)
- Martínez Arias, M., Hernández Lloreda, M.J., y Hernández Lloreda, M.V. (2006). *Psicometría*. Alianza Editorial.
- Martínez-Arias, R. (1995). *Psicometría: teoría de los test psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.
- Martínez-Sánchez, F., Zech, E., y Páez Rovira (2004). Adaptación española del Cuestionario de creencias sobre los efectos del compartimiento social de las emociones, BSEQ. *Ansiedad y Estrés, 10*(1)
- Maslow, A. (2000). *El hombre autorrealizado*. Ed. Kairós 13ª Ed.
- Masten, A. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. En M.C. Wang & E.W. Gordon Eds. *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* 3-25. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum.
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in the developmental psychopathology. En B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychopathology* (pp. 1-51). New York
- Masten, A.S., Best, K.M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425-444.
- Masten, A.S., & Coatsworth, J.D. (1998). The development of competence in favourable and unfavourable environments. *American Psychologist, 53*, 205-220.
- Masten, A.S., & Reed, M.G.J. (2005). Resilience in development. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press, pp. 74-88.

- Masters, J. R. (1974). The relationship between number of response categories and reliability of Likert-type questionnaires. *Journal of Educational Measurement*, 11(1), 49-53.
- Matsuu, K., Washio, M., Arai, Y., & Ide, S. (2000). Depression among caregivers of the frail elderly in urban Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54, 553-557
- Matthews, S.H., & Rosner, T.T. (1988). Shared filial responsibility: The family as the primary caregiver. *Journal of Marriage and the family*, 50(1): 185-195.
- Matthews, G, Emo, A, Roberts R.D, & Zeidner, M. (2006). What is this thing called Emotional Intelligence? En *A critique of Emotional Intelligence. What are de problem and how can they fixed?.* Edited by Kevin R. Murphy
- Matthews, G, Roberts. R.D, & Zeidner, M. (2004). Seven myths about Emotional Intelligence. *Psychological Inquiri*, 15(3), 179-196.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17 (4), 433-442.
- Mayer, J. D., Caruso, D., & Salovey, P. (2000). Selecting a measure of emotional intelligence: the case for ability scales. En R. Bar-On y J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 320-342). San Francisco: Jossey-Bass.
- Mayer, J., Di Paolo, M., & Salovey, P (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54, 772 - 781.
- Mayer, J., Salovey, P. & Caruso, D. (2000). Emotional intelligence as Zeitgeist, as personality, and as mental ability. En R.J. Sternberg (Ed.), *Handbook of emotional intelligence* (pp. 92-117). San Francisco: Jossey Bass.
- Mayer, J.D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- M a y e r , J . D . (2 0 0 9) . *W h a t i s E m o t i o n a l I n t e l l i g e n c e .*
http://www.unh.edu/emotional_intelligence/ei%20What%20is%20EI/ei%20definition.htm. Consultado el 120209.
- McCrae, R. & Costa, P.T. (1991). Adding Liebe und Arbeit: The full five-factor model and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17(2), 227-232.
- McDonald, R.J., & Mok, M. (1995). Godness of fit in item response model. *Multivariate Behavioral Research*, 30, 23 - 40.
- McNaughton, M.E. (1992). Stress, locus-of-control, irrational beliefs, social support, health and immune function in Alzheimer caregivers. *Dissertation Abstracts International*, 52(9-B), 49-80.
- McNaughton, M.E., Patterson, T.L., Smith, T.L. & Grant, I. (1995). The Relationship Among Stress, Depression, Locus of Control, Irrational Beliefs, Social Support, and Health in Alzheimer's Disease Caregivers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(2), 78-85.
- Megías, E. (dir.) (2000). *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. Colección de estudios sociales. Fundación La Caixa.

- Megías, E. y Elzo, J. (dirs.) (2006). *Jóvenes, valores, drogas*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).
- Meil Landwerlin, G. (2006). *Padres e hijos en la España actual*. Colección Estudios Sociales N°. 19. Obra Social. Fundación "La Caixa".
- Merz, E.V., Schuengel, C., & Schulze, H.J. (2007). Intergenerational solidarity: An attachment perspective. *Journal of Aging Studies*, 21,175-186.
- Messick, S.M. (1990). Validity of test interpretation and use. *Research Rep*, 90(11). Princeton, NJ: Educational Testing Service.
- Messick, S.M. (1995).Standars of validity and the validity of standards in performance assessment. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 14(4), 5-8.
- Michalos, A.C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16, 347-413.
- Michener, A.H, Delameter, J.D., & Myes, D. (2004). *Social Psychology*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, (5th edition).
- Miller, S.M. (1980). Why Having Control Reduces Stress: If I Can Stop the Roller Coaster I Don't Want to Get Off. Pp. 71-95. En Human Helplessness: *Theory and Applications*, edited by J. Garber and M.E.P. Seligman. New York: Academic Press.
- Melero Marcos, L.(2007). Modificación de los estereotipos sobre los mayores. En Comunicación e persoas maiores: Actas do Foro Internacional. Ed. Álvarez Pousa, L., Evans Pim, J. Krintensen, B.
- Montes-Berges, B. & Augusto, J.M (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Heath Nursing*, 14, 163-171.
- Montgomery, R.J, Gonyeawe, J.G, & Hooyman, N.R (1985). Caregiving and the experience of subjetive and objetive burden. *Family Relations*, 34, 19-26.
- Montorio, I., Diaz, 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., & Izal, M. (1992): *Bienestar psicológico en la vejez*. Revista de Gerontología. Julio-Septiembre.
- Montorio, I., Izal, 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.
- Moradillo, F. (1993). *Drogas y valores en los adolescentes, estudio sobre su problemática y propuesta para una intervención educativa*. Tesis Doctoral; Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Filosofía: Madrid.
- Morgan D.L, & Scannell A.U. (1997). *Planning Focus Groups*. London: SAGE Publications.
- Morris, L.W., R.G. Morris, and P.G. Britton. (1989). Cognitive Style and Perceived Control in Spouse Caregivers of Dementia Sufferers. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 173-179.
- Mroczek, D.K, & Kolarz, C.M. (1998) . The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*,75,1333-1349

- Muela Martínez, J.A., Torres Colmenero, C.J., y Peláez Peláez, E.M.(2002). Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*, 14(3), 558-563.
- Muela, J.A., Torres, C.J. y Peláez, E.M. (2001). La evaluación de la asertividad como predictor de carga en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(1), 41-45.
- Muñoz Céspedes, J., & Tirapu Ustároz, J. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica*. Editorial Síntesis.
- Muñoz Tortosa, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Muñoz Tortosa, J (2004). *Personas mayores y malos tratos*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Musitu, G. & García, F. (2001). *Escala de socialización parental en la adolescencia*. Madrid: TEA
- Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T.J., Boykin, A.W., Brody,N., Ceci, S.J., Halpern, D.F., Loehlin, J.C., Perloff, R., Sternberg, R.J. & Urbina, S. (1996). Intelligence: knows and unknowns. *American psychologist*, 51(2), 77-101.
- Newman, S., y Sánchez, M. (2007). Los programas intergeneracionales: concepto, historia y modelos. En *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*. Colección de Estudios Sociales N°. 23. Obra Social. Fundación La Caixa.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995) *The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation*. New York: Oxford University Press.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1994) A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization Science*, 5,14–37.
- Noonan, A.E. & Tennstedt, S.L. (1997). Meaning in Caregiving and Its Contribution to Caregiving Well-Being. *The Gerontologist*, 37(6), 785-794.
- Norris, F.H., Stevens, S.P., Pfefferbaum, B., Wyche, F.K., & Pfefferbaum, R.L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American Journal of Community Psychology*, 41, 127: 127-150
- Novack, 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.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.J. (1995). *Teoría psicométrica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Oaster, T. R. F. (1989). Number of alternatives per choice point and stability of Likert-type scales. *Perceptual and Motor Skills*, 68, 549-550.
- Oishi, S. (2000). Goals as Cornerstones of subjective well-being: Linking individuals and cultures. En Diener, E. y Suh, E. M., (Eds.), (2000) *Culture and Subjective Well-being*, pp 87 - 112, Cambridge, MA: MIT Press.
- Ory, M.G., Yee, J.L., Tennstedt, S.L. y Schulz, R. (2000). The Extent and Impact of Dementia Care: Unique Challenges Experienced by Family Caregivers. En R. Schulz (ed.), *Handbook on Dementia Caregiving* (pp. 1-32). New York: Springer Publishing.
- Osterlind, S.J. (1989). *Constructing Test Items*. Londres: Kluwer Academic Publishers.

- Owen, J.E, Roth, D.L., Stevens, A.B, McCarty, H.J, Clay, O.J., Wadley, V.G., Goode, K.T., & Haley, W.E. (2002). Association of life events and psychological distress in family caregivers of dementia patients. *Aging & Mental Health*, 6(1), 62-71.
- Pagel, M.D., J. Becker, & Coppel, D.B.(1985). Loss of Control, Self-Blame, and Depression: An Investigation of Spouse Caregivers of Alzheimer's Disease Patients. *Journal of Abnormal Psychology* 94(2), 169-182.
- Palys, T.S. & Little, B.R. (1983). Perceived life satisfaction and the organization of personal projects systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1221-1230.
- Pardo Merino, A., y Ruiz Diaz, M.A., (2005). *Análisis de datos con SPSS 13 Base*. McGraw-Hill.
- 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, 583-594.
- Pearlin, L. I., Pioli, M. F., & McLaughlin, A. E. (2001). Caregiving by adult children: Involvement, role disruption, and health. En R. H. Binstock and L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (pp. 238-254). San Diego, CA: Academic.
- Pearlin, L.I., (1999). The stress process revisited: Reflections on concepts and their interrelationships. En C.S. Aneshensel and Phelan, J., (Eds.), *Handbook on The Sociology of Mental Health*. New York: Plenum Press, 395-415.
- Pearlin, Leonard I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- Peinado AI, y Garcés de los Fayós E.J (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*, 14(1), 83-93.
- Perrez, M. & Reicherts, M. (1992). *Stress, coping and health*. Seattle: Hogrefe.
- Perris, H. (1982). Live events and depresión. Part I: effect of sex, age and civil status. *Journal of Affective Disorder*, 7, 11-24.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A classification and handbook*. New York: Oxford University Press/Washington, DC: American Psychological Association.
- Petrides, K.V., & Furnham, A.(2003): Trait Emotional Intelligence: Behavioral Validation in Two Studies of Emotion Recognition and Reactivity too Mood Induction. *European Journal of Personality*, 17(1), 39 – 57.
- Petrides, K.V, Pérez, J.C, & Furnham, A. (2003). The trait emotional intelligence Questionnaire (TEIQue). A measure of emotional self-efficacy. *XI Biennial Meeting of the International Society for the Study of the Individual Differences*. Graz (Austria), Julio 2003.
- Piaget, J. (1.981). *Seis estudios de psicología*. Edit. Ariel Seix/Barral, Barcelona.
- Piat, M., Ricard, N., & Beauvais, L. (2007). The values and qualities of being a good helper: a qualitative study of adult foster home caregivers for persons with serious mental illness. *International Journal of Nursing Estudios*, 44(8), 1418-29.
- Pinazo, S., & Kaplan, M. (2007). Los beneficios de los programas intergeneracionales. En *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*. Colección de Estudios Sociales Nº. 23. Obra Social. Fundación La Caixa.

- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults?. A meta-analysis. *Journal of Mental Health and Aging*, 7, 207-243.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577-595.
- Pomeranz, E.M., Saxon, J.L., & Oishi, S. (1998). *The psychological tradeoffs of making it personally important : Implications for anxiety and depressive symptoms*. Manuscrit non publié, University of Illinois at Urbana-Champaign. power of emotional intelligence. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Portal Moreno, R., de la Fuente Solana, E.I., Aleixandre Rico, M., y Lozano Fernández, L.M., (2008-2009). Death anxiety in Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly People in Spain. *Omega Journal of Death and Dying*, 58(1), 61-76
- Powers, D.V., Gallagher-Thompson, D. & Kraemer, H.C. (2002). Coping and Depression in Alzheimer's Caregivers: Longitudinal Evidence of Stability. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B(3), 205-211.
- Pozo, J.L. (1989). *Teorías cognitivas del aprendizaje*. Madrid. Ed. Morata.
- Preston, C. C. & Colman, A. M. (2000). Optimal number of response categories in rating scales: reliability, validity, discriminating power, and respondent preferences. *Acta Psicológica*, 104, 1-15.
- Priel, B. & Shahar, G. (2000). Dependency, self-criticism, social context and distress: Comparing moderating and mediating models. *Personality and Individual Differences*, 28, 515-525.
- Proctor, R., Martin, C. & Hewison, J. (2002). When a little knowledge is a dangerous thing...: a study of carers' knowledge about dementia, preferred coping style and psychological distress. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 1133- 1139.
- Pruhno, R.A., Burant, C.J. & Peters, N.D. (1997). Typologies of caregiving families: family congruence and individual well-being. *The Gerontologist*, 37, 157-167.
- Purshouse, L. (2006). Neptolemus's soul and the taxonomy of ethical characters in Aristotle's Nicomachean Ethics. *British Journal for the History of Philosophy* 14(2), 205-206
- Rapp, S.R., Shumaker, S., Schmidt, S., Naughton, M. & Anderson, R. (1998). Social resourcefulness: its relationship to social support and wellbeing among caregivers of dementia victims. *Aging and Mental Health*, 2, 40-48.
- Ravlin, C. R., & Meglino, B. M. (1987). Effect of values on perception and decision making: A study of alternative work values measures. *Journal of Applied Psychology*, 72, 666-673.
- Reese, H.W., & Smyer, M.A.(1983): The dimensionalization of life events. En *Life-span developmental psychology*. Normative life events, Academic Press.
- Reig, A., (2000). Psicología de la vejez comportamiento y adaptación. En *Gerontología Social*. Madrid, Ed. Pirámide, pp. 167-200.

- Repetti, R. L. (1989). Effects of Daily Workload on Subsequent Behavior During Marital Interaction: The Roles of Social Withdrawal and Spouse Support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 651-659.
- Resnick, L.B. & Glaser, R. (1976). Problem solving and intelligence. En L.B. Resnick (Ed.), *The nature of intelligence* (pp. 205-230). New York: John Wiley & Sons.
- Richardson, G.E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 307-321.
- Richardson, G.E., Neiger, B., Jensen, G.E., & Kumpfer, K. (1990). The resilience model. *Health Education*, 21, 33-39.
- Roberts, R.D., Zeidner, M. & Matthews, G. (2001). Does Emotional Intelligence Meet Traditional Standards of an Intelligence? Some New Data and Conclusions. *Emotion*, 1(3), 196-231
- Rodin, J. (1990). Control by any other name: Definitions, concepts, and processes. En J. Rodin, C, Schooler, & K. W. Schaie (Eds.), *Selfdirectedness: Cause and effects throughout the life course* (pp. 1-15), Hillsdale, N J: Erlbaum.
- Rodin, J., Timko, C., & Harris, S. (1985). The Construct of Control: Biological and Psychological Correlates. *Gerontology and Geriatrics*, 5, 3-55
- Rojas Marcos, L. (2004). *La vida es cambio, el cambio es vida. La adaptación saludable a los cambios*. Ed. Fundación La Caixa.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press
- Rokeach, M. (1979). From individual to supra-individual values: With special reference to the values of science. En M. Rokeach (Ed.), *Understanding human values*. New York: Free Press.
- Rokeach, M. (1982). On the validity of Spranger-based measures of value similarity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42.
- Rokeach, M. (Ed.) (1960) *The Open and Closed Mind*. New York: Basic Books.
- Rosenberg, M.J., & Hovland, C.I. (1960). Cognitive, affective, and behavioural components of attitudes. En C.I. Hovland and M.J. Rosenber (eds.), *Attitude Organization and Change*. New Haven: Yale University Press.
- Rosenthal, R. (1977). *The PONS Test: Measuring Sensitivity to Nonverbal Cues*. En *Advances in Psychological Assessment*. San Francisco, CA. ed. McReynolds
- Rosenthal, R., Hall, J. A., DiMatteo, M. R., Rogers, P., & Archer, D. (1979). *Sensitivity to nonverbal communication: A profile approach to the measurement of individual differences*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ross, C. E., & Sastry, J. (1999). The sense of personal control: Social-structural causes and emotional consequences. En C. S. Aneshensel & J. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health*. New York: Plenum.
- Roth, S., & Cohen, L. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.
- Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies of internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs* 80, 1-2.

- Russo, J., Vitaliano, P.P., Brewer, D.D., Katon, W. & Becker, J. (1995). Psychiatric disorders in spouse caregivers of care-recipients with Alzheimer's disease and matched controls: A diathesis-stress model of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 197-204.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry* 57, 316-331.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205-209
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631
- Rutter, M. (2006) *Implications of resilience concepts for scientific understanding*. *Annals of the New York Academy of Science* 1094, 1-12
- Ryan, R.M., & Deci, E.L (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Reviews of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1995). What I know and how I change: Is education a help or hindrance during life transition? *Gerontological Society of America Meetings*, Noviembre.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69,(4), 719-727.
- Ryff, C.D., Love, G.D., Urry, H.L., Muller, D., Rosenkranz, M.A., Friedman, E., Davidson, R.J., & Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: Do they have distinct or mirrored biological correlates?. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 85-95
- Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: Extension and cautions. *Social Work*, 41(1), 296-395.
- Saleebey, D. (1997). Introduction: Power in people. En D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice* (2nd ed.), (pp. 45-58). New York: Longman.
- Salovey, P., & Pizarro, D. (2003). The value of emotional Intelligence. En R. Sternberg y J.Lautrey y T. Lubart (Eds.). *Models of intelligence: International perspectives*. (pp.263-278). Washington, DC. American Psychological Association.
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, (3), 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S., Turvey, C & Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington, DC: American Psychological Association.
- Salovey, P., Mayer, J.D., & Caruso, D. (2005). The Positive Psychology of Emotional Intelligence. En *Handbook of positive Psychology*. Snyder, C (Ed.)

- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A. & Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health, 17*, 611-627.
- Salovey, P., Woolery, A., & Mayer, J. D. (2001) Emotional intelligence: Conceptualization and measurement. En G.J.O. Fletcher y M. S. Clark (Eds.). *Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes* (pp. 279-307). Malden, MA: Blackwell Publishers.
- Salovey, P., Hsee, C.K., & Mayer J.D. (2001). Emotional Intelligence and self-regulation on affect. En *Emotions in Social Psychology. Essential readings*. W. Gerrod Parrott. Psychology Press.
- Sampson, R., Raudenbush, S., & Earl, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science, 277*, 918-924.
- Sancerni, M. D., Meliá, J. L. y González-Romá, V. (1990). Formato de respuesta, fiabilidad y validez, en la medición del conflicto de rol. *Psicológica, 11*, 167-175.
- Sánchez, M., y Martínez, A. (2007). Una sociedad para todas las edades. En *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*. Colección de Estudios Sociales Nº. 23. Obra Social. Fundación La Caixa.
- Santolaya Ochando, Francisco. El colegio oficial de Psicólogos y la institucionalización de la Psicología. En Luís Cimarrón y la Psicología científica en España: Cien años de la cátedra de Psicología Experimental en la Universidad de Madrid. Coord. Campos, J.J., Bandrés Ponce, J. Carpintero Capell, H.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Keefe, D. E., Hayes, B. E., & Shearin, E. N. (1986). Cognitive interference: Situational determinants and trait like characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 215-226.
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 127-139.
- Sarró, S. (2001). Ontogénesis y diacronía del delirio esquizofrénico. Un análisis fenomenológico. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Barcelona, 28*(1), 23-28.
- Scheier, M.F., & Carbone, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219-247.
- Schein, E. H. (1984). Coming to a new awareness of organizational culture. *Sloan Management Review, 25*, 3-
- Schneider-Rosen, K., & Cicchetti, D. (1984). The relationship between affect and cognition in maltreated infants: Quality of attachment and the development of visual self-recognition. *Child Development, 55*, 648-658.
- Schneider-Rosen, K., & Cicchetti, D. (1991). Early self-knowledge and emotional development: Visual self-recognition and affective reactions to mirror self-image in maltreated and non-maltreated toddlers. *Developmental Psychology, 27*, 481-488.
- Schoening, H.A., Anderegg, L., Bergstrom, D, Fonda, M., Steinke, N., & Ulrich, P. (1965). Numerical scoring of self-care status of patients. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation, 46*, 689-697.
- Schuchman, P. (1979). Aristotle's Phronesis and Gadamer's Hermeneutics. *Philosophy Today, 23*(1).

- Schulz, R., & Beach, S. (1999) Caregiving as a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 2215-2260.
- Schulz, R., Newsom, J., Mittelmark, M., Burton, L., Hirsch, C., & Jackson, S. (1997). Health effects of caregiving: The caregiver health effects study: An ancillary study of the Cardiovascular Health Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 110–116.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, 35, 771–791.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., & Golden, C. J. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25 (2), 167-177.
- Schwartz, S. H. (2004). Mapping and interpreting cultural differences around the world. En H. Vinken, J. Soeters, & P. Ester (Eds.), *Comparing cultures: Dimensions of culture in a comparative perspective* (pp. 43– 73). Leiden, the Netherlands: Brill.
- Schwartz, S.H. & Bilsky, W. (1987): Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), 550-562.
- Schwartz, S.H. & Bilsky, W. (1990). Toward a theory of the universal content and structure of values: Extensions and cross-cultural replications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 878-891.
- Schwartz, S.H., & Rubel, T. (2005) Sex differences in value priorities: Cross-Cultural and multimethod studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(6), 1010-
- Segal, J. (1986). *Winning life's toughest battles: Roots of human resilience*. New York: McGraw-Hill.
- Seligman, M. E. E (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M.E. (1981). *Indefensión en la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid: Debate.
- Seligman, M.P.E, Steen, T.A., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress. Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Shafran, R., Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Shapiro, D. ,Schwartz, C. & Astin, J.(1996). Controlling Ourselves, Controlling our World. *American Psychologist*, 51(12), 1213 - 1230
- Sheldon, K.M. & Elliot, A.J. (1999). Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being: The self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), 482-497.
- Shiner, R.A. (1979). *Aisthesis, nous and Phronesis in the practical syllogism*. *Philosophical Studies (Minneapolis)*, 36(4).
- Signoret, J.L., & Hauw, JJ. (1991). *Maladie d'Alzheimer et autres démences*. Médecine-Sciences Flammarion. París.
- Silver, R. L., & Wortman, C. B. (1980). Coping with undesirable life events. En J. Garber & M. E. P. Seligman (Eds.). *Human helplessness: Theory and applications* (pp. 279-340). New York: Academic Press.
- Skinner, E.A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549- 570.

- Slade, P., & Bentall, R., (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. Londres and Sydney: Croom Helm.
- Soet JE, Brack GA, & DiIorio C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30,36–46.
- Spearman, C. (1923). *The nature of intelligence and the principles of cognition*. London: Macmillan.
- Spira, A.P., Beaudreau, S.A., Jiménez, D., Kierod, k, Cusing, M.M., Gray, H.L., & Gallagher-Thompson, D. (2007). Experiential Avoidance, Acceptance, and Depression in Dementia Family Caregivers. *Clinical Gerontologist*, 30(4)
- Stallings, MC., Dunham, C.C., Gatz, M., Baker, L.A. & Bengtson, V.L (1997). Relationships among life events and psychological well-being: More evidence for a two factor theory of well-being'. *Journal of Applied Gerontology*, 16, 104–99
- Stebbins, P. & Pakenham, K.I. (2001). Irrational Schematic Beliefs and Psychological Distress in Caregivers of People With Traumatic Brain Injury. *Rehabilitation Psychology*, 46(2), 178-194.
- Stephens, M.A.P. & Townsend, A.L. (1997). Stress of parent care: Positive and negative effects of women's other roles. *Psychology & Aging*, 12(2), 376-386.
- Sternberg (Ed.) *Handbook of intelligence* (pp. 16-33). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sternberg R.J., & Lubart T. (1996). Investing in creativity. *American Psychology* 51, 677-688.
- Sternberg, R.J (1994). Thinking styles: theory and assessment at the interface between intelligence and personality. En R.J. Sternberg y P. Ruzgis (eds.) *Personality and Intelligence*. New York: Cambrigde University Press.
- Sternberg, R. J. (1984). Toward a triarchic theory of human intelligence. *Behavior and Brain Sciences*, 7, 269-315.
- Sternberg, R. J. (1997). *Inteligencia exitosa*. Barcelona: Paidós
- Sternberg, R. J. (Ed.). (1989). *Advances in the psychology of human intelligence*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sternberg, R.J (2006). The Rainbow Project: Enhancing the SAT through assessments of analytical, practical, and creative skills. *Intelligence*, 34, 321-350
- Sternberg, R.J, & Grigorenko, E.L (2006). Cultural Intelligence and Successful Intelligence. *Group & Organization Management*, 31(1) 27-39.
- Sternberg, R.J, & Smith, C. (1985). Social Intelligence and decoding skills in nonverbal communication. *Social Cognition*, 3, 168-192.
- Sternberg, R.J. (1982). Reasoning, problem solving, and intelligence. En R.J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 225-307). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sternberg, R.J. (1986). *Intelligence Applied: Understanding and increasing your intellectual skills*. San Diego, CA. Harcourt.
- Sternberg, R.J. (1988) La inteligencia es el autogobierno mental. En *¿Qué es la inteligencia? Enfoque actual de su naturaleza y definición*. Sternberg, R.J. & Detterman, D.K. (Coords.) Madrid: Pirámide.
- Sternberg, R.J. (1989) *Inteligencia Humana IV. Evolución y desarrollo de la Inteligencia*. Ediciones Paidós.

- Sternberg, R.J. (1990a). *Más allá del cociente intelectual*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Sternberg, R.J. (1991). *Metaphors of mind. Conception of the nature of intelligence*. Cambridge: Univer. Press.
- Sternberg, R.J. & Kaufman, J.C. (1998). Human abilities. *Annual Review of Psychology*, 49, 479-502.
- Sternberg, R.J., Conway, B.E., Ketron, J.L. & Bernstein, M. (1981). People's conceptions of intelligence. *Journal of personality and social psychology*, 41
- Sternberg, R.J., Forsythe, G.B, Hedlund, J., Horvath, J., Snook, S et. al. (2000) *Practical Intelligence in everyday life*. New York: Cambridge University Press.
- Sternberg, R.J.(2003). A broad View of Intelligence. The theory of Successful Intelligence. *Practice and Research*, 55(3), 139-154.
- Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Stuckey, J.C., Neundorfer, M.M & Smyth, K.A.(1996). Burden and well-being: the same coin or related currency? *The Gerontologist*, 36, 686-693
- Suh, E., Diener, E., & Fujita, F. (1996) Events and subjective well-being: only recent events matter. *Journal of Personality & Social Psychology*, 71(5), 842.
- Sukhodolsky, D.G., Golub, A., & Cromwell, E.N (2001). Development and validation of the anger rumination scale. *Personality and individual Differences*, 31, 689-700.
- Talkington-Boyer, S., & Snyder, D. K. (1994). Assessing impact on family caregiver to Alzheimer's disease patients. *The American Journal of Family Therapy*, 22, 57-66.
- Taylor (1989) *Fundamentals of Nursing. The art and science of Nursing care*. EEUU: Sippurcott.
- Taylor, S. E., and Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*. 103, 193-210.
- Taylor, S.E. & Armor, D.A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64(4), 873- 898.
- 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, 99-109.
- Tedeschi. R. G., Park, C. L. & Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). *Postrumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ Erlbaum.
- Teri, L., Montorio, I., & Izal, M.,(2000). Intervención en problemas de comportamiento asociados a la demencia. En *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Ed. Ignacio Montorio & María Izal. Editorial Síntesis.
- Terrón, C., & Peña-Casanova, J. (2006). Problemática social del paciente con demencia y el neurólogo. En *Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia*. Bermejo Pareja F. España. Ed. Díaz Santos.
- Tomás Miguel, J.M., Meléndez Moral, J.C, Navarro Pardo, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20(2), 304-310.
- Thompson, S. C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90.

- Thompson, S.C., Colling, M.A. (1995). Applications of perceived control to cancer: An overview of theory and measurement. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13(1/2), 11-26.
- Thorndike, E.L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's magazine*, 140, 227-235.
- Thorndike, R.L. (1936). Factor analysis of social and abstract intelligence. *Journal of educational psychology*, 27, 231-233.
- Tornatore, J.B., & Grant, L.A. (2004). Family caregiver satisfaction with the nursing home after placement of a relative with dementia. *The Journals of Gerontology*, 59(2)
- Tusaie, K., & Dyer, J (2004). Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*, 18(1), 3-8.
- Úbeda I, Roca M, & García Viñets L. (1997). Presente y futuro de los cuidados informales. *Enfermería Clínica*, 8(3), 116-120.
- Van Rooy D.L, & Viswesvaran C. (2004) Emocional Intelligence. A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of Vocational Behavior*, 65, 71-95.
- Varni, J. W., Katz, E.R., Colegrove, R., & Dolgin, M. (1996). Family functioning predictors of adjustment in children newly diagnosed with cancer: A prospective análisis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 321-328.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Hernangómez, L. (2008). Recaidas y recurrencias: Nuevos modelos cognitivos explicativos. En J.L. Vázquez-Barquero (Ed.). *Las fases tempranas de las enfermedades mentales*. Madrid: Elsevier
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Vol. 2. (pp. 299-340).. Madrid: MacGraw Hill.
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. Dordrecht: Reidel.
- Ventola Barrado, L., Melero Marcos, L. (1995).. Importancia de los acontecimientos vitales como factores de cambio en el ciclo vital. *Revista de enseñanza e investigación educativa*, 7, 165-184.
- Vitaliano, P, Katon W, & Unützer, J. (2005) Making the Case for Caregiver Research in Geriatric Psychiatry. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(10).
- Vitaliano, P, Zhang, J. & Scanlan, J.M. (2003). Is caregiving hazardous to ones' physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 946-972.
- Vitaliano, P.P, Young, H.M. & Zhang, J. (2004). Is caregiving a risk factor for illness?. *Current Directions in Psychological Science*, 13(1), 13-16.
- Vroom, V.H. (1964). *Work and motivation*. Nueva York: Wiley and sons.
- Wagnild G. (2003). Resilience and successful aging: comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontology Nursing*, 29, 42-49.
- Wagnild G.M, & Young H.M. (1993) Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-177.
- Waller, M. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 290-297.
- Wallhagen, M.L. (1993). Perceived control and adaptation in elder caregivers. Development of an Explanatory Model. *International Journal of Aging and Human Development*, 36(3), 219-237.

- Watson, D. & Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress, and disease: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235
- Watson, P.J., & Culhane, S.E. (2005). Irrational beliefs and social constructionism: correlations with attitudes about reality, beliefs about people, and collective self-esteem. *Journal of rational-emotive & cognitive-Behavior Therapy*, 23(1)
- Weisinger, H. (1998). *Emotional intelligence at work: The untapped edge for success*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Weissman, M.M. & Beck, A.T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale*. Poster presentado en el Encuentro de la Association for Advancement of Behavior Therapy. Chicago.
- Wells, Y.D. & Kending, H.L. (1997). Health and well-being of spouse caregivers and the widowed. *Gerontologist*, 37, 666-674
- Werner EE, & Smith RS (1982). *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill; 1982.
- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 81-85.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk resilience, and recovery*. Cornell University Press, Ithaca, N.Y.
- Werner, E.E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.
- Williams, SW, Dilworth-Anderson P. (2002). Systems of Social Support in Families Who Care for Dependent African American Elders. *The Gerontologist*, 42(2), 224-236.
- Williams, R.M. (1979). Change and stability in values and value system: A sociological perspective. En M. Rokeach (Ed.), *Understanding human values* (pp. 15--46). New York: Free Press.
- Williamson, G.M., Shaffer, D.R. (2001). The Family Relationships in Late Life Project. Relationship Quality and Potentially Harmfull Behaviors by Spousal Caregivers: How We Were Then, How We Are Now. *Psychology and Aging*, 16(2), 217-226.
- Willis, S.L. (1987). Cognitive training and everyday competence. *Annual Review of Gerontology*, 7, 159-188.
- Wills, T.A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological-Bulletin*, 90(2), 245-271.
- Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.
- Wong, P.T.P., Reker, G.T., & Gesser, G. (1997). Perfil revisado de actitudes hacia la muerte: Un instrumento de medida multidimensional. En *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Robert Neymeyer (comp.) Ed. Paidós
- World Health Organization (2.002). Ethical Choices in Long-Term Care: What does Justice require? En internet http://www.who.int/mediacentre/news/notes/ethical_choices.pdf consultado el 09012009
- Wright, S.D. (1986). The relationship of personal and social resources on coping and individual well-being in caregivers of dementia patiens. Dissertation Abstracts International, A: *The humanities and Social Sciences*, 47(3), 1078-A.

- Wright, S.D., Lund, D.A., Caserta, M.S., & Prats, C., (1991). Coping and caregiver well-being: the impact of maladaptive strategies. *Journal of Gerontological Social Work*, 17, 75-91.
- Yanguas Lezaun, J.J, y Pérez Salanova, M (2001). *Apoyo informal y demencias: ¿Es posible descubrir nuevos caminos?*. Matia Fundazioa. www.matiaf.net/profesionales/articulos. Consultado el 02092008.
- Yela, M. (1990). Evaluar qué y para qué. El problema del criterio. *Papeles del Psicólogo*, 46-47.
- Zarit, S. H., Orr, N. K., & Zarit, J. M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. New York: New York University Press.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist*, 26, 260-266.
- Zarit, S., Stephens, M., Townsend, A., & Greene, R. (1998). Stress reduction for family caregivers: Effects of adult day care use. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53B, 267-277.
- Zautra, A. & Reich, J.W. (1983). Life events and perceptions of life quality: Developments in a two-factor approach. *Journal of Community Psychology*, 43, 121-132.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n. 1 Estructural de la Tesis.....	15
Figura n. 9.1 Modelo estructural.....	221
Figura n. 9.2 Modelo de medida.....	225
Figura n. 9.3 Explicación del modelo.....	235

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n. 8.1 Porcentaje de mujeres en situación laboral.....	196
Gráfico n. 8.2 Porcentaje de mujeres con nivel de estudios.....	197
Gráfico n. 8.3 Estado civil (porcentaje).....	197
Gráfico n. 8.4 Diferencia de medias población total.....	200
Gráfico n. 8.5 Asistencia a unidad de respiración familiar.....	201
Gráfico n. 8.6 Hogar donde vive el enfermo.....	202
Gráfico n. 8.7 Vive con el enfermo.....	202
Gráfico n. 8.8 Percepción cuidador principal.....	202
Gráfico n. 8.9 Tiempo medio dedicado al cuidado.....	203
Gráfico n. 8.10 Contribución a las AVD.....	203

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro n. 1.1 Recomendaciones de la Sociedad Española de Neurología (SEN)....	24
Cuadro n. 1.2 Programas multidisciplinares.....	25
Cuadro n. 1.3 Criterios de clasificación en la demencia.....	27
Cuadro n. 1.4 Trastornos Psicológicos y Conductuales en la enfermedad de Alzheimer.....	31
Cuadro n. 1.5 Diferencias entre demencia y depresión.....	36
Cuadro n. 2.1 Ventajas y oportunidades tras la experiencia de cuidar.....	51
Cuadro n. 3.1 Diferencias entre cuidado informal y formal.....	57
Cuadro n. 3.2 Estrategias de comunicación en personas con demencia.....	61
Cuadro n. 3.3 Beneficios en los programas intergeneracionales.....	66
Cuadro 6.1 Variables socio-demográficas.....	146

Cuadro n. 6.2 EA.1 Evitación/Abandono.....	149
Cuadro n. 6.3 EA.2 Evitación/Abandono.....	149
Cuadro n. 6.4 EA.3 Evitación/Abandono.....	149
Cuadro n. 6.5 EA.4 Evitación/Abandono.....	149
Cuadro n. 6.6 AC.1 Aceptación respecto la ayuda que recibe.....	150
Cuadro n. 6.7 AC.2 Aceptación si dedica más de 4 horas.....	151
Cuadro n. 6.8 AC.3 Aceptación respecto el comportamiento del familiar.....	151
Cuadro n. 6.9 AC.4 Aceptación si considera que es la cuidadora principal.....	151
Cuadro n. 6.10 AC.5 Aceptación según el tiempo que lleva cuidando.....	152
Cuadro n. 6.11 AC.6 Aceptación según responsabilidades que lleva hacia adelante.....	152
Cuadro n. 6.12 MAC Muerte como aceptación de escape.....	152
Cuadro n. 6.13 L.1 Libertad para decidir.....	153
Cuadro n. 6.14 L.2 Quien coarta la libertad.....	153
Cuadro n. 6.15 E.1 Estrés responsabilidad diaria.....	154
Cuadro n. 6.16 E.2 Estrés responsabilidad con las personas.....	154
Cuadro n. 6.17 P. Preocupación actual.....	155
Cuadro n. 6.18 A.R Apoyo recibido.....	155
Cuadro n. 6.19 AR.3 Ayuda domiciliaria.....	155
Cuadro n. 6.20 AP1 Frecuencia de apoyo recibido.....	156
Cuadro n. 6.21 AP2 Apoyo percibido.....	156
Cuadro n. 6.22 F.1 Relación anterior con el enfermo.....	157
Cuadro n. 6.23 F.2 Motivos por los que no está en una residencia.....	157
Cuadro n. 6.24 F.3 Relación con los hermanos	157
Cuadro n. 6.25 F.4 Relación con la pareja.....	158
Cuadro n. 6.26 F.5 Relación con padres y hermanos.....	158
Cuadro n. 6.27 C. Sentimientos de culpabilidad.....	158
Cuadro n. 6.28 CI Preocupación por los problemas de los demás.....	158

Cuadro n. 6.29 CI2 Imposibilidad para ser feliz.....	158
Cuadro n. 6.30 ACV Deterioro personal.....	159
Cuadro n. 6.31 IE.1 Mantenerse alegre.....	159
Cuadro n. 6.32 IE.2 Desprecio personal.....	159
Cuadro n. 6.33 V.1 Tiempo libre-ocio.....	159
Cuadro n. 6.34 V.2 Significado en la vida.....	159
Cuadro n. 6.35 V.3 Vivir al día.....	160
Cuadro n. 6.36 V.4 Vivir como se quiera.....	160
Cuadro n. 6.37. I. Interés respecto la enfermedad.....	160
Cuadro n. 6.38 EX.1 Experiencia como cuidadora.....	160
Cuadro n. 6.39 EX.2 Tiempo cuidando.....	161
Cuadro n. 6.40 C.P. Cuidador principal.....	161
Cuadro n. 6.41 H.E Hogar donde vive el enfermo.....	161
Cuadro n. 6.42 V.E Vive con el enfermo.....	161
Cuadro n. 6.43 IM Grado de implicación.....	162
Cuadro n. 6.44 E.C Estado civil.....	162
Cuadro n. 6.45 N.E Nivel de estudios.....	162
Cuadro n. 6.46 S.L. Situación laboral.....	163
Cuadro n. 7.1 Valoración KMO.....	167
Cuadro n. 7.2 Valoración ALPHA.....	168
Cuadro n. 7.3 Grado de tristeza-felicidad.....	173
Cuadro n. 7.4 Grado satisfacción-insatisfacción.....	175
Cuadro n. 7.5 Grado de frecuencia.....	184
Cuadro n. 7.6 Grado de frecuencia.....	189
Cuadro n. 7.7 Estudio teórico del factor según DSM-IV-TR.....	190
Cuadro n. 7.8 Grado de malestar.....	191
Cuadro n. 9.1 Fase de especificación.....	218
Cuadro n. 9.2 Fase de especificación del modelo.....	232

ÍNDICE DE TABLAS DEL TEXTO

Tabla n. 6.1 Escalas utilizadas y valores alfa.....	141
Tabla n. 6.2 Resumen de las variables utilizadas.....	145
Tabla n. 8.1 Correlaciones escala muestra total.....	196
Tabla n. 8.2 Diferencia de medias cuidadoras y no cuidadoras.....	199
Tabla n. 9.1 Saturaciones y coeficientes de determinación.....	234

ÍNDICE DE TABLAS DEL ANEXO

Tablas de la escala de Inteligencia Emocional.....	297
Tablas de la Escala de Bienestar Subjetivo	312
Tablas de la Escala de Afecto Positivo y Negativo.....	312
Tablas de la Escala de Satisfacción.....	317
Tablas del Cuestionario de Valores.....	322
Tablas de la Escala de Control Percibido en el Rol de Cuidadoras de Enfermos con Demencia 331	
Tablas de la Escala de Resiliencia en Cuidadoras de Enfermos con Demencia	339
Tablas de la Escala de Percepción de Síntomas Conductuales y Psicológicos en la Demencia	345
Tablas de la Escala de Creencias Irracionales	351
Tablas de la Escala de Déficit Cognitivo en la Demencia.....	360
Tablas de la Escala de Malestar en Acontecimientos Vitales.....	363
Tablas de Actividades de la Vida Diaria (AVD)	369
Tablas de la ayuda que necesita el enfermo.....	369
Tablas de la ayuda que contribuye.....	372
Descriptivos escalas en mujeres cuidadoras.....	374
Descriptivos escala en grupos de cuidadoras y no cuidadoras	375
Correlaciones entre escalas de mujeres cuidadoras.....	377
Residuos estandarizados.....	377

1. *Tablas de la escala de Inteligencia Emocional*

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
1.TENGO LA HABILIDAD DE PODER ESTAR RELAJADO LA MAYORIA DE LAS VECES PARA RESOLVER MEJOR MIS PROBLEMAS	4,28	1,493	212
2.TENGO LA HABILIDAD DE DOMINAR MIS NERVIOS FACILITANDO ASI TOMAR MEJORES DECISIONES	4,46	1,425	212
3.SE COMO MANEJAR MI ANSIEDAD PARA CONDUCIRLA ANTE ESTADOS MÁS CALMADOS	4,33	1,432	212
4.ESTOY CONVENCIDA DE SABER COMO REDUCIR MI NERVIOSISMO PARA PENSAR CON MÁS CLARIDAD	4,37	1,393	212
5.SE COMO DETENER MI PENSAMIENTO PARA NO INCREMENTAR MI ANSIEDAD	4,33	1,577	212
6.POSEO LA HABILIDAD DE DOMINAR MIS NERVIOS ANTE LA PRESIÓN DE LOS DEMÁS	4,36	1,465	212
7.POSEO LA DESTREZA DE SABER COMO MANTENERME CALMADA A PESAR DE LAS EXIGENCIAS DE LOS DEMÁS	4,29	1,467	212
8.ESTOY CONVENCIDA DE POSEER LA HABILIDAD DE CONTAGIAR CON MI ENTUSIAMO A LOS DEMAS	4,43	1,480	212
9.ESTOY CONVENCIDA DE SABER COMO HACER PARA REDUCIR LA ANSIEDAD DE LOS DEMAS	4,17	1,450	212
10.CUANDO ESTOY EN GRUPO, TENGO LA HABILIDAD DE CONSEGUIR SIEMPRE QUE LA GENTE MANTENGA EL INTERES	4,02	1,459	212
11.TENGO LA SEGURIDAD DE SABER COMO CALMAR A LOS DEMAS PARA QUE ABANDONEN SU ANGUSTIA	4,24	1,411	212
12.ESTOY SEGURA DE SABER COMO REDUCIR LA IRA DE ALGUIEN SI EN ELLO VA EL BIEN DE TODOS	4,53	1,465	212
13. NO SE COMO HACER PARA DEJAR DE ESTAR ATEMORIZADA LA MAYORIA DE LAS VECES TEMIENDO LO PEOR	4,5943	1,71847	212
14. CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA COMPENDER POR QUE ME IRRITO CONTINUAMENTE	4,7170	1,65655	212
15. CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA COMPENDER LA ALEGRIA DE LOS DEMAS ANTE LAS PEQUEÑAS COSAS	5,3113	1,62541	212
16. ESTOY SEGURA DE NO SABER COMO HACER PARA DETECTAR A TIEMPO MIS ANGUSTIAS	4,3396	1,56615	212
17 NO SE COMO EXPRESAR MIS EMOCIONES INCLUSO A PERSONAS CERCANAS	4,6557	1,81602	212
18. CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA EXPRESAR MI AFECTO A LA GENTE QUE QUIERO	4,9858	1,89656	212

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
19.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA DEFINIR CON PALABRAS LO QUE ME PASA CUANDO ME SIENTO MAL	4,4009	1,79378	212
20.SE CUANDO EL HUMOR DE LOS DEMAS ESTA PARA ACEPTAR O NO CIERTAS COSAS	5,23	1,184	212
21.EN SITUACIONES TENSAS TENGO LA HABILIDAD PARA SABER A TIEMPO CUANDO EL ESTADO DE ÁNIMO DE LOS DEMAS CAMBIA	4,82	1,483	212
22. CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA QUE LOS DEMAS MANTENGAN INTERES POR MI	4,5047	1,53165	212
23.POSEO LA DESTREZA DE DECIRME COSAS A MI MISMA QUE ME AYUDAN A MANTENER EL INTERES POR LO QUE QUIERO CONSEGUIR	5,05	1,374	212
24.SE COMO HACER PARA MANTENER INTERES POR LAS METAS QUE QUIERO ALCANZAR AUNQUE FRACASE EN MUCHAS DE ELLAS	4,86	1,340	212
25.CUANDO ALGO ME AFECTA DEMASIADO TENGO LA SEGURIDAD DE SABER COMO CAMBIAR PARA ENCONTRARME ALEGRE	3,82	1,680	212
26.TENGO LA HABILIDAD DE SABER SUPERAR RÁPIDAMENTE LA TRISTEZA	4,09	1,644	212
27.TENGO LA HABILIDAD DE PODER RELAJARME CUANDO ESTOY ANGUSTIADA	3,96	1,717	212
28.NO SE COMO HACER PARA COMPRENDER LA IRRITACION DE LOS DEMAS ANTE COSAS INSIGNIFICANTES	4,2264	1,66812	212
29.POSEO LA SEGURIDAD DE SABER COMO DECIR LAS MALAS NOTICIAS SIN QUE LOS DEMAS SE IRRITEN	4,27	1,353	212
30.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA HACER QUE LA GENTE SE SIENTA FELIZ A MI LADO	4,8962	1,56035	212
31. NO SE COMO HACER PARA QUE ALGUIEN SE ENCUENTRE MAS ALEGRE	4,3160	1,52052	212
32.ESTOY CONVENCIDA DE NO SABER COMO TRATAR MI CULPABILIDAD PARA PODER LIBERARME	4,6934	1,41935	212
33.EN SITUACIONES DE PRESIÓN TENGO LA HABILIDAD PARA HACER QUE LOS DEMÁS NO PIERDAN LOS NERVIOS	4,35	1,332	212
34.SE MUY BIEN COMO DECIR LAS COSAS PARA PRODUCIR MAYOR INTERES EN LOS DEMÁS	4,49	1,340	212

Tabla n. 1 Estadísticos de los elementos

KMO y prueba de Barlett	
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	0,875

KMO y prueba de Barlett		
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	3580,802
	gl	561
	Sig.	0,000

Tabla n. 2 KMO y Prueba de Barlett

Comunalidades	Inicial	Extracción
1.TENGO LA HABILIDAD DE PODER ESTAR RELAJADO LA MAYORIA DE LAS VECES PARA RESOLVER MEJOR MIS PROBLEMAS	1,000	,717
2.TENGO LA HABILIDAD DE DOMINAR MIS NERVIOS FACILITANDO ASI TOMAR MEJORES DECISIONES	1,000	,759
3.SE COMO MANEJAR MI ANSIEDAD PARA CONDUCIRLA ANTE ESTADOS MÁS CALMADOS	1,000	,689
4.ESTOY CONVENCIDA DE SABER COMO REDUCIR MI NERVIOSISMO PARA PENSAR CON MÁS CLARIDAD	1,000	,716
5.SE COMO DETENER MI PENSAMIENTO PARA NO INCREMENTAR MI ANSIEDAD	1,000	,572
6.POSEO LA HABILIDAD DE DOMINAR MIS NERVIOS ANTE LA PRESIÓN DE LOS DEMÁS	1,000	,701
7.POSEO LA DESTREZA DE SABER COMO MANTENERME CALMADA A PESAR DE LAS EXIGENCIAS DE LOS DEMÁS	1,000	,644
8.ESTOY CONVENCIDA DE POSEER LA HABILIDAD DE CONTAGIAR CON MI ENTUSIAMO A LOS DEMAS	1,000	,729
9.ESTOY CONVENCIDA DE SABER COMO HACER PARA REDUCIR LA ANSIEDAD DE LOS DEMAS	1,000	,688
10.CUANDO ESTOY EN GRUPO TENGO LA HABILIDAD DE CONSEGUIR SIEMPRE QUE LA GENTE MANTENGA EL INTERES	1,000	,636
11.TENGO LA SEGURIDAD DE SABER COMO CALMAR A LOS DEMAS PARA QUE ABANDONEN SU ANGUSTIA	1,000	,635
12.ESTOY SEGURA DE SABER COMO REDUCIR LA IRA DE ALGUIEN SI EN ELLO VA EL BIEN DE TODOS	1,000	,682
13.NO SE COMO HACER PARA DEJAR DE ESTAR ATEMORIZADA LA MAYORIA DE LAS VECES TEMIENDO LO PEOR	1,000	,541
14.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA COMPRENDER POR QUE ME IRRITO CONTINUAMENTE	1,000	,613
15.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA COMPRENDER LA ALEGRIA DE LOS DEMAS ANTE LAS PEQUEÑAS COSAS	1,000	,483
16.ESTOY SEGURA DE NO SABER COMO HACER PARA DETECTAR A TIEMPO MIS ANGUSTIAS	1,000	,577
17.NO SE COMO EXPRESAR MIS EMOCIONES INCLUSO A PERSONAS CERCANAS	1,000	,741
18.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA EXPRESAR MI AFECTO A LA GENTE QUE QUIERO	1,000	,695
19.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA DEFINIR CON PALABRAS LO QUE ME PASA CUANDO ME SIENTO MAL	1,000	,609
20.SE CUANDO EL HUMOR DE LOS DEMAS ESTA PARA ACEPTAR O NO CIERTAS COSAS	1,000	,702

Comunalidades	Inicial	Extracción
21.EN SITUACIONES TENSAS TENGO LA HABILIDAD PARA SABER A TIEMPO CUANDO EL ESTADO DE ÁNIMO DE LOS DEMAS CAMBIA	1,000	,747
22.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA QUE LOS DEMAS MANTENGAN INTERES POR MI	1,000	,703
23.POSEO LA DESTREZA DE DECIRME COSAS A MI MISMA QUE ME AYUDAN A MANTENER EL INTERES POR LO QUE QUIERO CONSEGUIR	1,000	,657
24.SE COMO HACER PARA MANTENER INTERES POR LAS METAS QUE QUIERO ALCANZAR AUNQUE FRACASE EN MUCHAS DE ELLAS	1,000	,565
25.CUANDO ALGO ME AFECTA DEMASIADO TENGO LA SEGURIDAD DE SABER COMO CAMBIAR PARA ENCONTRARME ALEGRE	1,000	,757
26.TENGO LA HABILIDAD DE SABER SUPERAR RÁPIDAMENTE LA TRISTEZA	1,000	,733
27.TENGO LA HABILIDAD DE PODER RELAJARME CUANDO ESTOY ANGUSTIADA	1,000	,623
28.NO SE COMO HACER PARA COMPRENDER LA IRRITACION DE LOS DEMAS ANTE COSAS INSIGNIFICANTES	1,000	,486
29.POSEO LA SEGURIDAD DE SABER COMO DECIR LAS MALAS NOTICIAS SIN QUE LOS DEMAS SE IRRITEN	1,000	,640
30.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA HACER QUE LA GENTE SE SIENTA FELIZ A MI LADO	1,000	,695
31.NO SE COMO HACER PARA QUE ALGUIEN SE ENCUENTRE MAS ALEGRE	1,000	,528
32.ESTOY CONVENCIDA DE NO SABER COMO TRATAR MI CULPABILIDAD PARA PODER LIBERARME	1,000	,593
33.EN SITUACIONES DE PRESIÓN TENGO LA HABILIDAD PARA HACER QUE LOS DEMÁS NO PIERDAN LOS NERVIOS	1,000	,706
34.SE MUY BIEN COMO DECIR LAS COSAS PARA PRODUCIR MAYOR INTERES EN LOS DEMÁS	1,000	,584
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Tabla n. 3 Comunalidades

Matriz de configuración.(a)								
	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1.TENGO LA HABILIDAD DE PODER ESTAR RELAJADO LA MAYORIA DE LAS VECES PARA RESOLVER MEJOR MIS PROBLEMAS	,812							
2.TENGO LA HABILIDAD DE DOMINAR MIS NERVIOS FACILITANDO ASI TOMAR MEJORES DECISIONES	,798							
3.SE COMO MANEJAR MI ANSIEDAD PARA CONDUCIRLA ANTE ESTADOS MÁS CALMADOS	,793							
4.ESTOY CONVENCIDA DE SABER COMO REDUCIR MI NERVIOSISMO PARA PENSAR CON MÁS CLARIDAD	,775							
5.SE COMO DETENER MI PENSAMIENTO PARA NO INCREMENTAR MI ANSIEDAD	,743							

Matriz de configuración.(a)								
	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
6.POSEO LA HABILIDAD DE DOMINAR MIS NERVIOS ANTE LA PRESIÓN DE LOS DEMÁS	,600							
7.POSEO LA DESTREZA DE SABER COMO MANTENERME CALMADA A PESAR DE LAS EXIGENCIAS DE LOS DEMÁS	,597						,335	
33.EN SITUACIONES DE PRESIÓN TENGO LA HABILIDAD PARA HACER QUE LOS DEMÁS NO PIERDAN LOS NERVIOS	,491	,464						
8.ESTOY CONVENCIDA DE POSEER LA HABILIDAD DE CONTAGIAR CON MI ENTUSIAMO A LOS DEMAS		,865						
9.ESTOY CONVENCIDA DE SABER COMO HACER PARA REDUCIR LA ANSIEDAD DE LOS DEMAS		,749						
10.CUANDO ESTOY EN GRUPO TENGO LA HABILIDAD DE CONSEGUIR SIEMPRE QUE LA GENTE MANTENGA EL INTERÉS		,734						
11.TENGO LA SEGURIDAD DE SABER COMO CALMAR A LOS DEMAS PARA QUE ABANDONEN SU ANGUSTIA		,712						
12.ESTOY SEGURA DE SABER COMO REDUCIR LA IRA DE ALGUIEN SI EN ELLO VA EL BIEN DE TODOS		,577			,397			
34.SE MUY BIEN COMO DECIR LAS COSAS PARA PRODUCIR MAYOR INTERES EN LOS DEMÁS		,376			,304	,316		
32.ESTOY CONVENCIDA DE NO SABER COMO TRATAR MI CULPABILIDAD PARA PODER LIBERARME			,732					
13.NO SE COMO HACER PARA DEJAR DE ESTAR ATEMORIZADA LA MAYORIA DE LAS VECES TEMIENDO LO PEOR			,689					
14.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA COMPRENDER POR QUE ME IRRITO CONTINUAMENTE			,689					
15.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA COMPRENDER LA ALEGRIA DE LOS DEMAS ANTE LAS PEQUEÑAS COSAS			,527				-,338	
16.ESTOY SEGURA DE NO SABER COMO HACER PARA DETECTAR A TIEMPO MIS ANGUSTIAS			,456				,312	
17.NO SE COMO EXPRESAR MIS EMOCIONES INCLUSO A PERSONAS CERCANAS				,803				
18.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA EXPRESAR MI AFECTO A LA GENTE QUE QUIERO				,752				
19.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA DEFINIR CON PALABRAS LO QUE ME PASA CUANDO ME SIENTO MAL			,337	,606				
20.SE CUANDO EL HUMOR DE LOS DEMAS ESTA PARA ACEPTAR O NO CIERTAS COSAS					,857			
21.EN SITUACIONES TENSAS TENGO LA HABILIDAD PARA SABER A TIEMPO CUANDO EL ESTADO DE ÁNIMO DE LOS DEMAS CAMBIA					,816			
22.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA QUE LOS DEMAS MANTENGAN INTERES POR MI						,817		

Matriz de configuración.(a)								
	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
23.POSEO LA DESTREZA DE DECIRME COSAS A MI MISMA QUE ME AYUDAN A MANTENER EL INTERES POR LO QUE QUIERO CONSEGUIR					,396	,514		
24.SE COMO HACER PARA MANTENER INTERES POR LAS METAS QUE QUIERO ALCANZAR AUNQUE FRACASE EN MUCHAS DE ELLAS	,319					,508		
25.CUANDO ALGO ME AFECTA DEMASIADO TENGO LA SEGURIDAD DE SABER COMO CAMBIAR PARA ENCONTRARME ALEGRE	,318						,724	
26.TENGO LA HABILIDAD DE SABER SUPERAR RÁPIDAMENTE LA TRISTEZA	,346						,700	
27.TENGO LA HABILIDAD DE PODER RELAJARME CUANDO ESTOY ANGUSTIADA	,486						,491	
28.NO SE COMO HACER PARA COMPRENDER LA IRRITACION DE LOS DEMAS ANTE COSAS INSIGNIFICANTES								,677
29.POSEO LA SEGURIDAD DE SABER COMO DECIR LAS MALAS NOTICIAS SIN QUE LOS DEMAS SE IRRITEN								,644
30.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA HACER QUE LA GENTE SE SIENTA FELIZ A MI LADO			,350			,413		,440
31.NO SE COMO HACER PARA QUE ALGUIEN SE ENCUENTRE MAS ALEGRE								,420
Método de extracción: Análisis de componentes principales.								
Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.								
a La rotación ha convergido en 13 iteraciones.								

Tabla n. 4 Matriz de configuración

Varianza total explicada							
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación(a)
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
1	9,602	28,242	28,242	9,602	28,242	28,242	7,334
2	3,218	9,464	37,705	3,218	9,464	37,705	5,505
3	3,021	8,886	46,591	3,021	8,886	46,591	4,166
4	1,562	4,593	51,185	1,562	4,593	51,185	3,289
5	1,373	4,037	55,222	1,373	4,037	55,222	4,645
6	1,186	3,488	58,710	1,186	3,488	58,710	3,527
7	1,131	3,325	62,035	1,131	3,325	62,035	3,037
8	1,053	3,098	65,132	1,053	3,098	65,132	3,603
9	,984	2,894	68,026				
10	,840	2,469	70,496				

Varianza total explicada							
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación(a)
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.							
a Cuando los componentes están correlacionados, las sumas de los cuadrados de las saturaciones no se pueden añadir para obtener una varianza total.							

Tabla n. 5 Varianza total explicada

Matriz de correlaciones de componentes								
Componente	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1,000	,376	,321	,181	,438	,218	,240	,286
2	,376	1,000	,166	,166	,382	,266	,043	,349
3	,321	,166	1,000	,329	,059	,316	,064	,260
4	,181	,166	,329	1,000	,037	,267	,051	,182
5	,438	,382	,059	,037	1,000	,254	,207	,342
6	,218	,266	,316	,267	,254	1,000	,160	,246
7	,240	,043	,064	,051	,207	,160	1,000	,109
8	,286	,349	,260	,182	,342	,246	,109	1,000
Método de extracción: Análisis de componentes principales.								
Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.								

Tabla n. 6 Matriz de correlaciones

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,916	34

Tabla n. 7 Estadísticos de fiabilidad

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1.TENGO LA HABILIDAD DE PODER ESTAR RELAJADO LA MAYORIA DE LAS VECES PARA RESOLVER MEJOR MIS PROBLEMAS	148,1226	669,549	,621	,912

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
2.TENGO LA HABILIDAD DE DOMINAR MIS NERVIOS FACILITANDO ASI TOMAR MEJORES DECISIONES	147,9434	667,750	,679	,912
3.SE COMO MANEJAR MI ANSIEDAD PARA CONDUCIRLA ANTE ESTADOS MÁS CALMADOS	148,0755	673,710	,592	,913
4.ESTOY CONVENCIDA DE SABER COMO REDUCIR MI NERVIOSISMO PARA PENSAR CON MÁS CLARIDAD	148,0283	670,577	,655	,912
5.SE COMO DETENER MI PENSAMIENTO PARA NO INCREMENTAR MI ANSIEDAD	148,0755	676,250	,500	,914
6.POSEO LA HABILIDAD DE DOMINAR MIS NERVIOS ANTE LA PRESIÓN DE LOS DEMÁS	148,0425	673,870	,575	,913
7.POSEO LA DESTREZA DE SABER COMO MANTENERME CALMADA A PESAR DE LAS EXIGENCIAS DE LOS DEMÁS	148,1085	680,334	,487	,914
33.EN SITUACIONES DE PRESIÓN TENGO LA HABILIDAD PARA HACER QUE LOS DEMÁS NO PIERDAN LOS NERVIOS	148,0519	678,220	,574	,913
8.ESTOY CONVENCIDA DE POSEER LA HABILIDAD DE CONTAGIAR CON MI ENTUSIAMO A LOS DEMAS	147,9670	678,440	,508	,914
9.ESTOY CONVENCIDA DE SABER COMO HACER PARA REDUCIR LA ANSIEDAD DE LOS DEMAS	148,2311	678,804	,514	,914
10.CUANDO ESTOY EN GRUPO TENGO LA HABILIDAD DE CONSEGUIR SIEMPRE QUE LA GENTE MANTENGA EL INTERES	148,3774	683,478	,448	,914

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
11.TENGO LA SEGURIDAD DE SABER COMO CALMAR A LOS DEMAS PARA QUE ABANDONEN SU ANGUSTIA	148,1651	682,309	,481	,914
12.ESTOY SEGURA DE SABER COMO REDUCIR LA IRA DE ALGUIEN SI EN ELLO VA EL BIEN DE TODOS	147,8679	681,319	,475	,914
34.SE MUY BIEN COMO DECIR LAS COSAS PARA PRODUCIR MAYOR INTERES EN LOS DEMÁS	147,9104	684,452	,478	,914
32.ESTOY CONVENCIDA DE NO SABER COMO TRATAR MI CULPABILIDAD PARA PODER LIBERARME	147,7075	684,104	,453	,914
13.NO SE COMO HACER PARA DEJAR DE ESTAR ATEMORIZADA LA MAYORIA DE LAS VECES TEMIENDO LO PEOR	147,8066	683,067	,376	,916
14.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA COMPRENDER POR QUE ME IRRITO CONTINUAMENTE	147,6840	675,402	,484	,914
15.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA COMPRENDER LA ALEGRIA DE LOS DEMAS ANTE LAS PEQUEÑAS COSAS	147,0896	688,708	,333	,916
16. ESTOY SEGURA DE NO SABER COMO HACER PARA DETECTAR A TIEMPO MIS ANGUSTIAS	148,0613	679,025	,469	,914
17.NO SE COMO EXPRESAR MIS EMOCIONES INCLUSO A PERSONAS CERCANAS	147,7453	672,143	,471	,914
18.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA EXPRESAR MI AFECTO A LA GENTE QUE QUIERO	147,4151	682,879	,336	,917

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
19.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA DEFINIR CON PALABRAS LO QUE ME PASA CUANDO ME SIENTO MAL	148,0000	678,133	,411	,915
20.SE CUANDO EL HUMOR DE LOS DEMAS ESTA PARA ACEPTAR O NO CIERTAS COSAS	147,1698	691,895	,425	,915
21.EN SITUACIONES TENSAS TENGO LA HABILIDAD PARA SABER A TIEMPO CUANDO EL ESTADO DE ÁNIMO DE LOS DEMAS CAMBIA	147,5849	683,950	,434	,915
22.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA QUE LOS DEMAS MANTENGAN INTERES POR MI	147,8962	688,008	,366	,916
23.POSEO LA DESTREZA DE DECIRME COSAS A MI MISMA QUE ME AYUDAN A MANTENER EL INTERES POR LO QUE QUIERO CONSEGUIR	147,3491	678,844	,545	,913
24.SE COMO HACER PARA MANTENER INTERES POR LAS METAS QUE QUIERO ALCANZAR AUNQUE FRACASE EN MUCHAS DE ELLAS	147,5377	683,435	,493	,914
25.CUANDO ALGO ME AFECTA DEMASIADO TENGO LA SEGURIDAD DE SABER COMO CAMBIAR PARA ENCONTRARME ALEGRE	148,5802	672,235	,513	,914
26.TENGO LA HABILIDAD DE SABER SUPERAR RÁPIDAMENTE LA TRISTEZA	148,3066	672,792	,519	,913
27.TENGO LA HABILIDAD DE PODER RELAJARME CUANDO ESTOY ANGUSTIADA	148,4387	671,707	,507	,914

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
28.NO SE COMO HACER PARA COMPRENDER LA IRRITACION DE LOS DEMAS ANTE COSAS INSIGNIFICANTES	148,1745	691,586	,290	,917
29.POSEO LA SEGURIDAD DE SABER COMO DECIR LAS MALAS NOTICIAS SIN QUE LOS DEMAS SE IRRITEN	148,1274	689,714	,397	,915
30.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA HACER QUE LA GENTE SE SIENTA FELIZ A MI LADO	147,5047	682,621	,426	,915
31NO SE COMO HACER PARA QUE ALGUIEN SE ENCUENTRE MAS ALEGRE	148,0849	683,092	,432	,915

Tabla n. 8 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,895	8

Tabla n. 9 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,842	6

Tabla n. 10 Estadísticos de fiabilidad

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
8.ESTOY CONVENCIDA DE POSEER LA HABILIDAD DE CONTAGIAR CON MI ENTUSIAMO A LOS DEMAS	21,41	28,209	,668	,807

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
9.ESTOY CONVENCIDA DE SABER COMO HACER PARA REDUCIR LA ANSIEDAD DE LOS DEMAS	21,66	28,352	,671	,806
10.CUANDO ESTOY EN GRUPO TENGO LA HABILIDAD DE CONSEGUIR SIEMPRE QUE LA GENTE MANTENGA EL INTERÉS	21,75	29,276	,595	,822
11.TENGO LA SEGURIDAD DE SABER COMO CALMAR A LOS DEMAS PARA QUE ABANDONEN SU ANGUSTIA	21,56	28,940	,651	,811
12.ESTOY SEGURA DE SABER COMO REDUCIR LA IRA DE ALGUIEN SI EN ELLO VA EL BIEN DE TODOS	21,22	29,285	,599	,821
34.SE MUY BIEN COMO DECIR LAS COSAS PARA PRODUCIR MAYOR INTERES EN LOS DEMÁS	21,29	31,143	,540	,831

Tabla n. 11 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,746	5

Tabla n. 12 Estadísticos de fiabilidad

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
32.ESTOY CONVENCIDA DE NO SABER COMO TRATAR MI CULPABILIDAD PARA PODER LIBERARME	18,7867	22,990	,539	,694

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
13.NO SE COMO HACER PARA DEJAR DE ESTAR ATEMORIZADA LA MAYORIA DE LAS VECES TEMIENDO LO PEOR	18,9022	21,321	,497	,707
14.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA COMPRENDER POR QUE ME IRRITO CONTINUAMENTE	18,7956	20,592	,571	,677
15.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA COMPRENDER LA ALEGRIA DE LOS DEMAS ANTE LAS PEQUEÑAS COSAS	18,2222	23,013	,411	,737
16.ESTOY SEGURA DE NO SABER COMO HACER PARA DETECTAR A TIEMPO MIS ANGUSTIAS	19,1956	21,667	,544	,688

Tabla n. 13 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,763	3

Tabla n. 14 Estadísticos de fiabilidad

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
17.NO SE COMO EXPRESAR MIS EMOCIONES INCLUSO A PERSONAS CERCANAS	9,3782	9,519	,672	,594
18.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA EXPRESAR MI AFECTO A LA GENTE QUE QUIERO	9,0084	9,848	,596	,681

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
19.CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA DEFINIR CON PALABRAS LO QUE ME PASA CUANDO ME SIENTO MAL	9,6555	10,767	,521	,762

Tabla n. 15 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,729	2

Tabla n. 16 Estadísticos de fiabilidad

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
20.SE CUANDO EL HUMOR DE LOS DEMAS ESTA PARA ACEPTAR O NO CIERTAS COSAS	4,86	2,162	,588	.(a)
21.EN SITUACIONES TENSAS TENGO LA HABILIDAD PARA SABER A TIEMPO CUANDO EL ESTADO DE ANIMO DE LOS DEMAS CAMBIA	5,26	1,380	,588	.(a)

a El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

Tabla n. 17 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,574	3

Tabla n. 18 Estadísticos de fiabilidad

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
22. CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA QUE LOS DEMAS MANTENGAN INTERES POR MI	9,8117	5,557	,299	,607
23. POSEO LA DESTREZA DE DECIRME COSAS A MI MISMA QUE ME AYUDAN A MANTENER EL INTERÉS POR LO QUE QUIERO CONSEGUIR	9,2929	5,233	,441	,386
24. SE COMO HACER PARA MANTENER INTERES POR LAS METAS QUE QUIERO ALCANZAR AUNQUE FRACASE EN MUCHAS DE ELLAS	9,5481	5,333	,420	,419

Tabla n. 19 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,860	3

Tabla n. 20 Estadísticos de fiabilidad

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
25. CUANDO ALGO ME AFECTA DEMASIADO TENGO LA SEGURIDAD DE SABER COMO CAMBIAR PARA ENCONTRARME ALEGRE	8,00	9,063	,816	,727
26. TENGO LA HABILIDAD DE SABER SUPERAR RÁPIDAMENTE LA TRISTEZA	7,72	9,799	,719	,819
27. TENGO LA HABILIDAD DE PODER RELAJARME CUANDO ESTOY ANGUSTIADA	7,85	9,876	,676	,860

Tabla n. 21 Estadístico total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,588	4

Tabla n. 22 Estadísticos de fiabilidad

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
28. NO SE COMO HACER PARA COMPRENDER LA IRRITACION DE LOS DEMAS ANTE COSAS INSIGNIFICANTES	13,4262	9,924	,389	,500
29. POSEO LA SEGURIDAD DE SABER COMO DECIR LAS MALAS NOTICIAS SIN QUE LOS DEMAS SE IRRITEN	13,3840	12,458	,251	,597
30. CAREZCO DE LA HABILIDAD PARA HACER QUE LA GENTE SE SIENTA FELIZ A MI LADO	12,7848	10,102	,425	,470
31. NO SE COMO HACER PARA QUE ALGUIEN SE ENCUENTRE MAS ALEGRE	13,4051	10,361	,414	,480

Tabla n. 23 Estadísticos total-elemento

2. Tablas de la Escala de Bienestar Subjetivo

2.1. Tablas de la Escala de Afecto Positivo y Negativo

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
1. MI ESTADO DE ÁNIMO HABITUAL	5,13	1,298	169
2. LLEVAR VARIAS RESPONSABILIDADES HACIA ADELANTE	4,82	1,222	169
3. EL FUTURO ME PRODUCE	4,67	1,366	169
4. TRABAJAR FUERA DE CASA	5,13	1,303	169
5. RELACIÓN CON MI FAMILIAR ENFERMO	4,68	1,525	169
6. NUEVA OPORTUNIDAD DE AMAR A MI FAMILIAR ENFERMO	5,14	1,250	169
7. RELACIÓN CON MI FAMILIA (PADRE, MADRE, HERMANOS)	5,64	1,279	169

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
8. CUIDAR A MI FAMILIAR	5,11	1,655	169
9. RELACIÓN CON LOS HIJOS	5,98	1,149	169
10. RELACIÓN CON EL CÓNYUGE/PAREJA	5,69	1,345	169

Tabla n. 24 Estadísticos de los elementos

KMO y prueba de Barlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,768
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	440,400
	gl	45
	Sig.	,000

Tabla n. 25 KMO y prueba de Barlett

Comunalidades	Inicial	Extracción
8. CUIDAR A MI FAMILIAR	1,000	,499
4. TRABAJAR FUERA DE CASA	1,000	,472
1. MI ESTADO DE ÁNIMO HABITUAL	1,000	,670
2. LLEVAR VARIAS RESPONSABILIDADES HACIA ADELANTE	1,000	,609
9. RELACIÓN CON LOS HIJOS	1,000	,701
10. RELACIÓN CON EL CÓNYUGE/PAREJA	1,000	,611
5. RELACIÓN CON MI FAMILIAR ENFERMO	1,000	,713
7. RELACIÓN CON MI FAMILIA (PADRE,MADRE,HERMANOS)	1,000	,662
6. NUEVA OPORTUNIDAD DE AMAR A MI FAMILIAR ENFERMO	1,000	,676
3. EL FUTURO ME PRODUCE	1,000	,494
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Matriz de configuración.(a)			
	Componente		
	1	2	3
1. MI ESTADO DE ANIMO HABITUAL	,765		
3. EL FUTURO ME PRODUCE	,758		
2. LLEVAR VARIAS RESPONSABILIDADES HACIA DELANTE	,746		
4. TRABAJAR FUERA DE CASA	,673		

Matriz de configuración.(a)			
	Componente		
	1	2	3
6. NUEVA OPORTUNIDAD DE AMAR A MI FAMILIAR ENFERMO		,892	
5. RELACION CON MI FAMILIAR ENFERMO		,861	
7. RELACION CON MI FAMILIA (PADRE,MADRE,HERMANOS)		,650	
8. CUIDAR A MI FAMILIAR		,408	,344
9. RELACION CON LOS HIJOS			,869
10. RELACION CON EL CONYUGE/PAREJA			,800
Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.			
a La rotación ha convergido en 4 iteraciones.			

Tabla n. 26 Matriz de configuración

Varianza total explicada							
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación(a)
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
1	3,471	34,706	34,706	3,471	34,706	34,706	2,685
2	1,596	15,959	50,665	1,596	15,959	50,665	2,739
3	1,042	10,419	61,084	1,042	10,419	61,084	2,254
4	,804	8,038	69,123				
5	,740	7,403	76,526				
Método de extracción: Análisis de Componentes principales. a Cuando los componentes están correlacionados, las sumas de los cuadrados de las saturaciones no se pueden añadir para obtener una varianza total.							

Tabla n. 27 Varianza total explicada

Matriz de correlaciones de componentes			
Componente	1	2	3
1	1,000	,330	,352
2	,330	1,000	,422
3	,352	,422	1,000

Matriz de correlaciones de componentes
Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.

Tabla n. 28 Matriz de correlaciones

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,780	10

Tabla n. 29 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. MI ESTADO DE ÁNIMO HABITUAL	46,86	49,730	,520	,753
2. LLEVAR VARIAS RESPONSABILIDADES HACIA DELANTE	47,17	50,484	,516	,754
3. EL FUTURO ME PRODUCE	47,32	54,076	,249	,787
4. TRABAJAR FUERA DE CASA	46,86	52,194	,374	,771
5. RELACIÓN CON MI FAMILIAR ENFERMO	47,31	47,655	,521	,752
6. NUEVA OPORTUNIDAD DE AMAR A MI FAMILIAR ENFERMO	46,85	52,881	,357	,772
7. RELACIÓN CON MI FAMILIA (PADRE, MADRE, HERMANOS)	46,35	47,848	,647	,737
8. CUIDAR A MI FAMILIAR	46,88	46,057	,541	,749
9. RELACIÓN CON LOS HIJOS	46,01	53,452	,367	,771
10. RELACIÓN CON EL Cónyuge/PAREJA	46,30	51,281	,407	,767

Tabla n. 30 Varianza total explicada

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,715	4

Tabla n. 31 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. MI ESTADO DE ÁNIMO HABITUAL	14,70	8,656	,591	,598
3. EL FUTURO ME PRODUCE	15,17	9,247	,436	,695
2. LLEVAR VARIAS RESPONSABILIDADES HACIA DELANTE	15,00	9,400	,562	,622
4. TRABAJAR FUERA DE CASA	14,72	9,413	,437	,692

Tabla n. 32 Estadísticos total elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,739	4

Tabla n. 33 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,569	2

Tabla n. 34 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
9. RELACIÓN CON LOS HIJOS	5,74	1,716	,402	.(a)
10. RELACIÓN CON EL CÓNYUGE/PAREJA	6,01	1,295	,402	.(a)

a El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

Tabla n. 35 Estadísticos total elemento

2.2. *Tablas de la Escala de Satisfacción*

Estadísticos descriptivos			
	Media	Desviación típica	N del análisis
1. CUANDO MI VIDA ACTUAL LA COMPARO CON LA QUE TENIA ANTES ME PRODUCE	4,57	1,617	190
2. CUANDO MI VIDA LA COMPARO CON LA VIDA DE LOS DEMAS ME PRODUCE	4,62	1,393	190
3. MI VIDA ACTUAL ME PRODUCE	5,12	1,526	190
4. PENSAR EN MI FUTURO ME PRODUCE	4,44	1,481	190
5. VER COMO LOS DEMAS ME VALORAN ME PRODUCE	5,79	,984	190
6. VER COMO LOS DEMAS VALORAN MI FAMILIA ME PRODUCE	6,04	1,083	190
7. MI RELACIÓN CON LAS PERSONAS ME PRODUCE	5,86	,927	190
8. ACTUALMENTE LO CONSEGUIDO EN MI VIDA ME PRODUCE	5,96	,939	190
9. MI REALIZACIÓN COMO PERSONA ME PRODUCE	5,94	,915	190
10. ACTUALMENTE MIS HIJOS ME PRODUCEN	6,01	1,272	190
11. EL FUTURO DE MI PAREJA ME PRODUCE	4,91	1,477	190
12. ACTUALMENTE MI PAREJA ME PRODUCE	5,70	1,337	190

Tabla n. 36 Estadísticos de los elementos

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,750
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	883,525
	gl	66
	Sig.	,000

Tabla n. 37 KMO y Prueba de Barlett

Comunalidades		
	Inicial	Extracción
1. CUANDO MI VIDA ACTUAL LA COMPARO CON LA QUE TENIA ANTES ME PRODUCE	1,000	,807
2. CUANDO MI VIDA LA COMPARO CON LA VIDA DE LOS DEMAS ME PRODUCE	1,000	,709
3. MI VIDA ACTUAL ME PRODUCE	1,000	,646
4. PENSAR EN MI FUTURO ME PRODUCE	1,000	,629
5. VER COMO LOS DEMAS ME VALORAN ME PRODUCE	1,000	,798
6. VER COMO LOS DEMAS VALORAN MI FAMILIA ME PRODUCE	1,000	,770
7. MI RELACIÓN CON LAS PERSONAS ME PRODUCE	1,000	,534

Comunalidades		
	Inicial	Extracción
8. ACTUALMENTE LO CONSEGUIDO EN MI VIDA ME PRODUCE	1,000	,767
9. MI REALIZACIÓN COMO PERSONA ME PRODUCE	1,000	,694
10. ACTUALMENTE MIS HIJOS ME PRODUCEN	1,000	,544
11. EL FUTURO DE MI PAREJA ME PRODUCE	1,000	,828
12. ACTUALMENTE MI PAREJA ME PRODUCE	1,000	,733
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Tabla n. 38 Comunalidades

Matriz de configuración.(a)				
	Componente			
	1	2	3	4
1. CUANDO MI VIDA ACTUAL LA COMPARO CON LA QUE TENIA ANTES ME PRODUCE	,949			
2. CUANDO MI VIDA LA COMPARO CON LA VIDA DE LOS DEMAS ME PRODUCE	,894			
3. MI VIDA ACTUAL ME PRODUCE	,726			
4. PENSAR EN MI FUTURO ME PRODUCE	,583			
5. VER COMO LOS DEMAS ME VALORAN ME PRODUCE		,913		
6. VER COMO LOS DEMAS VALORAN MI FAMILIA ME PRODUCE		,900		
7. MI RELACIÓN CON LAS PERSONAS ME PRODUCE	,392	,460		
8. ACTUALMENTE LO CONSEGUIDO EN MI VIDA ME PRODUCE			,830	
9. MI REALIZACIÓN COMO PERSONA ME PRODUCE			,748	
10. ACTUALMENTE MIS HIJOS ME PRODUCEN			,616	,325
11. EL FUTURO DE MI PAREJA ME PRODUCE				,915
12. ACTUALMENTE MI PAREJA ME PRODUCE				,786
Método de extracción: Análisis de componentes principales.				
Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.				
a La rotación ha convergido en 6 iteraciones.				

Tabla n. 39 Matriz de configuración

Varianza total explicada							
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación(a)
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
1	4,231	35,262	35,262	4,231	35,262	35,262	3,520
2	1,775	14,794	50,056	1,775	14,794	50,056	2,555
3	1,308	10,897	60,953	1,308	10,897	60,953	2,475
4	1,144	9,532	70,485	1,144	9,532	70,485	2,243
5	,789	6,576	77,061				

Varianza total explicada							
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación(a)
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.							
a Cuando los componentes están correlacionados, las sumas de los cuadrados de las saturaciones no se pueden añadir para obtener una varianza total.							

Tabla n. 40 Varianza total explicada

Matriz de correlaciones de componentes				
Componente	1	2	3	4
1	1,000	,336	,356	,371
2	,336	1,000	,203	,084
3	,356	,203	1,000	,243
4	,371	,084	,243	1,000

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.

Tabla n. 41 Matriz de correlaciones

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,824	12

Tabla n. 42 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. CUANDO MI VIDA ACTUAL LA COMPARO CON LA QUE TENIA ANTES ME PRODUCE	60,39	61,034	,619	,638	,798
2. CUANDO MI VIDA LA COMPARO CON LA VIDA DE LOS DEMAS ME PRODUCE	60,35	64,621	,569	,521	,803
3. MI VIDA ACTUAL ME PRODUCE	59,85	61,474	,648	,504	,795

Estadísticos total-elemento					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
4. PENSAR EN MI FUTURO ME PRODUCE	60,53	63,785	,563	,491	,803
5. VER COMO LOS DEMAS ME VALORAN ME PRODUCE	59,17	72,324	,359	,548	,820
6. VER COMO LOS DEMAS VALORAN MI FAMILIA ME PRODUCE	58,93	71,889	,340	,537	,821
7. MI RELACIÓN CON LAS PERSONAS ME PRODUCE	59,11	70,327	,522	,371	,810
8. ACTUALMENTE LO CONSEGUIDO EN MI VIDA ME PRODUCE	59,01	70,270	,517	,513	,810
9. MI REALIZACIÓN COMO PERSONA ME PRODUCE	59,03	71,560	,446	,459	,815
10. ACTUALMENTE MIS HIJOS ME PRODUCEN	58,96	70,908	,316	,263	,824
11. EL FUTURO DE MI PAREJA ME PRODUCE	60,06	66,673	,433	,494	,816
12. ACTUALMENTE MI PAREJA ME PRODUCE	59,27	67,531	,454	,472	,813

Tabla n. 43 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,821	4

Tabla n. 44 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. CUANDO MI VIDA ACTUAL LA COMPARO CON LA QUE TENIA ANTES ME PRODUCE	14,14	12,254	,747	,724

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
2. CUANDO MI VIDA LA COMPARO CON LA VIDA DE LOS DEMAS ME PRODUCE	14,16	14,493	,653	,773
3. MI VIDA ACTUAL ME PRODUCE	13,62	13,836	,648	,773
4. PENSAR EN MI FUTURO ME PRODUCE	14,32	15,018	,539	,821

Tabla n. 45 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,769	3

Tabla n. 46 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
5. VER COMO LOS DEMAS ME VALORAN ME PRODUCE	11,84	2,872	,700	,573
6. VER COMO LOS DEMAS VALORAN MI FAMILIA ME PRODUCE	11,54	2,899	,654	,629
7. MI RELACIÓN CON LAS PERSONAS ME PRODUCE	11,73	3,811	,469	,823

Tabla n. 47 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,650	3

Tabla n. 48 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
8. ACTUALMENTE LO CONSEGUIDO EN MI VIDA ME PRODUCE	11,91	3,068	,646	,316
9. MI REALIZACIÓN COMO PERSONA ME PRODUCE	11,92	3,616	,487	,531
10. ACTUALMENTE MIS HIJOS ME PRODUCEN	11,84	3,166	,313	,809

Tabla n. 49 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,733	2

Tabla n. 50 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
11. EL FUTURO DE MI PAREJA ME PRODUCE	5,73	1,761	,581	.(a)
12. ACTUALMENTE MI PAREJA ME PRODUCE	4,96	2,183	,581	.(a)
a El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.				

Tabla n. 51 Estadísticos total-elemento

3. Tablas del Cuestionario de Valores

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N
25. PREOCUPARSE POR LO QUE OCURRE EN OTROS LUGARES DEL MUNDO	7,03	2,252	200

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N
24. AYUDA A LA INMIGRACION	6,93	2,224	200
15. AYUDAR A LOS MAS NECESITADOS	8,23	1,991	200
2. PERCIBIR EL SUFRIMIENTO DE LOS DEMAS COMO PROPIO	6,48	2,474	200
17. RESPETO HACIA LOS DEMAS	9,23	1,406	200
22. MANTENER CONSTANCIA EN LOS PROPOSITOS	8,54	1,575	200
12. SUPERARSE A SI MISMA CADA DIA	8,95	1,579	200
21. AMAR A LOS DEMAS	8,95	1,622	200
14. TENER EXITO EN MI TRABAJO	8,43	1,953	200
23. SENTIDO DEL DEBER	8,73	1,635	200
20. ESFORZARSE EN SER UNA PERSONA MEJOR	9,10	1,345	200
27. ACEPTAR LAS TRADICIONES	6,27	2,331	200
28. MIS HIJOS	9,20	2,277	200
5. TENER UNA FAMILIA UNIDA (MARIDO,PAREJA,HIJOS)	9,54	1,352	200
7. SER CUIDADORA DE UN FAMILIAR ENFERMO	7,19	2,634	200
9. TENER UNA FAMILIA UNIDA (PADRES, HERMANOS)	9,42	1,573	200
1. LLEGAR A SER UNA PERSONA FELIZ	9,14	1,536	200
13. LIBERTAD	9,04	1,594	200
11. IGUALDAD DE LA MUJER	8,80	1,954	200
4. ESTAR A FAVOR DEL DIVORCIO	5,52	3,224	200
16. ESTAR A FAVOR DE LOS MATRIMONIOS HOMOSEXUALES	5,30	3,169	200

Tabla n. 52 Estadísticos de los elementos

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	0,843	
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1964,570
	gl	210
	Sig.	,000

Tabla n. 53 KMO y prueba de Barlett

Comunalidades	Inicial	Extracción
1. LLEGAR A SER UNA PERSONA FELIZ	1,000	,638
2. PERCIBIR EL SUFRIMIENTO DE LOS DEMAS COMO PROPIO	1,000	,508
4. ESTAR A FAVOR DEL DIVORCIO	1,000	,756
5. TENER UNA FAMILIA UNIDA (MARIDO,PAREJA,HIJOS)	1,000	,696
7. SER CUIDADORA DE UN FAMILIAR ENFERMO	1,000	,688
9. TENER UNA FAMILIA UNIDA (PADRES, HERMANOS)	1,000	,606
11. IGUALDAD DE LA MUJER	1,000	,561
12. SUPERARSE A SI MISMA CADA DIA	1,000	,729
13. LIBERTAD	1,000	,713
14. TENER EXITO EN MI TRABAJO	1,000	,602
15. AYUDAR A LOS MAS NECESITADOS	1,000	,713
16. ESTAR A FAVOR DE LOS MATRIMONIOS HOMOSEXUALES	1,000	,706
17. RESPETO HACIA LOS DEMAS	1,000	,545
20. ESFORZARSE EN SER UNA PERSONA MEJOR	1,000	,618
21. AMAR A LOS DEMAS	1,000	,740
22. MANTENER CONSTANCIA EN LOS PROPOSITOS	1,000	,729
23. SENTIDO DEL DEBER	1,000	,652
24. AYUDA A LA INMIGRACION	1,000	,725
25. PREOCUPARSE POR LO QUE OCURRE EN OTROS LUGARES DEL MUNDO	1,000	,713
28. MIS HIJOS	1,000	,602
27. ACEPTAR LAS TRADICIONES	1,000	,348
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Tabla n. 54 Comunalidades

Matriz de configuración.(a)					
	Componente				
	1	2	3	4	5
25. PREOCUPARSE POR LO QUE OCURRE EN OTROS LUGARES DEL MUNDO	,855				
24. AYUDA A LA INMIGRACION	,817		-,309		

Matriz de configuración.(a)					
	Componente				
	1	2	3	4	5
15. AYUDAR A LOS MAS NECESITADOS	,619	,320			
2. PERCIBIR EL SUFRIMIENTO DE LOS DEMAS COMO PROPIO	,588		,339		
17. RESPETO HACIA LOS DEMAS	,424				
22. MANTENER CONSTANCIA EN LOS PROPOSITOS		,689			
12. SUPERARSE A SI MISMA CADA DIA		,643		,421	
21. AMAR A LOS DEMAS		,627			
14. TENER EXITO EN MI TRABAJO		,583			,404
23. SENTIDO DEL DEBER	,413	,570			
20. ESFORZARSE EN SER UNA PERSONA MEJOR		,549			
27. ACEPTAR LAS TRADICIONES		,494		-,477	
28. MIS HIJOS			,789		
5. TENER UNA FAMILIA UNIDA (MARI DO,PAREJA,HIJOS)		,328	,689		
7. SER CUIDADORA DE UN FAMILIAR ENFERMO	,376		,686		
9. TENER UNA FAMILIA UNIDA (PADRES, HERMANOS)		,477	,541		
1. LLEGAR A SER UNA PERSONA FELIZ				,823	
13. LIBERTAD				,780	
11. IGUALDAD DE LA MUJER				,603	
4. ESTAR A FAVOR DEL DIVORCIO					,897
16. ESTAR A FAVOR DE LOS MATRIMONIOS HOMOSEXUALES					,799
Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Promax con Káiser a La rotación ha convergido en 12 iteraciones					

Tabla n. 55 Matriz de configuración

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación(a)
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
1	6,656	31,695	31,695	6,656	31,695	31,695	4,461
2	2,353	11,206	42,901	2,353	11,206	42,901	4,867
3	1,927	9,177	52,078	1,927	9,177	52,078	3,339
4	1,486	7,077	59,155	1,486	7,077	59,155	3,124
5	1,165	5,549	64,704	1,165	5,549	64,704	2,276
6	,978	4,656	69,360				
7	,813	3,873	73,233				
8	,742	3,535	76,768				
9	,625	2,977	79,744				
10	,611	2,911	82,655				

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.
a Cuando los componentes están correlacionados, las sumas de los cuadrados de las saturaciones no se pueden añadir para obtener una varianza total.

Tabla n. 56 Varianza total explicada

Matriz de correlaciones de componentes					
Componente	1	2	3	4	5
1	1,000	,356	,259	,160	,258
2	,356	1,000	,326	,308	,096
3	,259	,326	1,000	,047	,005
4	,160	,308	,047	1,000	,310
5	,258	,096	,005	,310	1,000

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.

Tabla n. 57 Matriz de correlaciones

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,843	21

Tabla n. 58 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
25. PREOCUPARSE POR LO QUE OCURRE EN OTROS LUGARES DEL MUNDO	162,95	399,178	,532	,831
24. AYUDA A LA INMIGRACION	163,05	402,817	,497	,833
15. AYUDAR A LOS MAS NECESITADOS	161,75	393,970	,686	,825
2. PERCIBIR EL SUFRIMIENTO DE LOS DEMAS COMO PROPIO	163,49	401,337	,451	,835
17. RESPETO HACIA LOS DEMAS	160,74	414,495	,623	,832
22. MANTENER CONSTANCIA EN LOS PROPOSITOS	161,44	408,780	,641	,830
12. SUPERARSE A SI MISMA CADA DIA	161,03	413,231	,567	,832
21. AMAR A LOS DEMAS	161,02	405,728	,670	,829
14. TENER EXITO EN MI TRABAJO	161,54	411,054	,470	,835
23. SENTIDO DEL DEBER	161,25	409,744	,600	,831
20. ESFORZARSE EN SER UNA PERSONA MEJOR	160,87	416,274	,620	,832
27. ACEPTAR LAS TRADICIONES	163,71	450,671	-,040	,857
28. MIS HIJOS	160,78	416,075	,332	,841
5. TENER UNA FAMILIA UNIDA (MARIDO,PAREJA,HIJOS)	160,43	430,568	,352	,840
7. SER CUIDADORA DE UN FAMILIAR ENFERMO	162,78	395,469	,475	,834
9. TENER UNA FAMILIA UNIDA (PADRES, HERMANOS)	160,56	427,123	,346	,839
1. LLEGAR A SER UNA PERSONA FELIZ	160,84	429,103	,325	,840
13. LIBERTAD	160,93	417,663	,490	,835
11. IGUALDAD DE LA MUJER	161,17	411,639	,462	,835
4. ESTAR A FAVOR DEL DIVORCIO	164,45	414,892	,204	,853

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
16. ESTAR A FAVOR DE LOS MATRIMONIOS HOMOSEXUALES	164,67	409,448	,254	,850

Tabla n. 59 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,813	5

Tabla n. 60 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
25. PREOCUPARSE POR LO QUE OCURRE EN OTROS LUGARES DEL MUNDO	30,72	38,882	,669	,755
24. AYUDA A LA INMIGRACION	30,81	39,177	,662	,758
15. AYUDAR A LOS MAS NECESITADOS	29,53	39,725	,732	,738
2. PERCIBIR EL SUFRIMIENTO DE LOS DEMAS COMO PROPIO	31,25	40,900	,493	,819
17. RESPETO HACIA LOS DEMAS	28,54	50,122	,523	,805

Tabla n. 61 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,763	7

Tabla n. 62 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
22. MANTENER CONSTANCIA EN LOS PROPOSITOS	50,33	42,387	,704	,689
12. SUPERARSE A SI MISMA CADA DIA	49,89	44,979	,578	,716
21. AMAR A LOS DEMAS	49,92	43,537	,635	,704
14. TENER EXITO EN MI TRABAJO	50,38	44,858	,436	,745
23. SENTIDO DEL DEBER	50,18	43,292	,650	,700
20. ESFORZARSE EN SER UNA PERSONA MEJOR	49,75	46,541	,619	,715
27. ACEPTAR LAS TRADICIONES	52,62	51,849	,066	,848

Tabla n. 63 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,869	4

Tabla n. 64 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
28. MIS HIJOS	26,16	18,272	,532	,585
5. TENER UNA FAMILIA UNIDA (MARIDO,PAREJA,HIJOS)	25,83	24,467	,552	,616
7. SER CUIDADORA DE UN FAMILIAR ENFERMO	28,20	16,668	,460	,668
9. TENER UNA FAMILIA UNIDA (PADRES, HERMANOS)	25,95	23,861	,479	,633

Tabla n. 65 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,735	3

Tabla n. 66 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. LLEGAR A SER UNA PERSONA FELIZ	17,76	10,561	,496	,721
13. LIBERTAD	17,85	8,766	,678	,514
11. IGUALDAD DE LA MUJER	18,00	8,125	,531	,703

Tabla n. 67 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,687	2

Tabla n. 68 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
4. ESTAR A FAVOR DEL DIVORCIO	5,25	10,213	,524	.(a)
16. ESTAR A FAVOR DE LOS MATRIMONIOS HOMOSEXUALES	5,49	10,328	,524	.(a)
a El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.				

Tabla n. 69 Estadísticos total-elemento

4. *Tablas de la Escala de Control Percibido en el Rol de Cuidadoras de Enfermos con Demencia*

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
1. DEBIDO A SU CUIDADO NO PUEDO HACER LAS COSAS QUE ME GUSTAN POR FALTA DE TIEMPO	2,90	1,886	114
2. CUIDAR A MI FAMILIAR ME HA SUPUESTO INTERRUMPIR MUCHOS PLANES	3,33	1,842	114
3. ESTAR EN CADA MOMENTO PENDIENTE DE ELLA ME GENERA MUCHA ANSIEDAD	2,79	1,850	114
4. AUNQUE CUIDE A MI FAMILIAR SIGO VIENDO A MIS AMIGOS CON LA MISMA FRECUENCIA QUE SIEMPRE	3,29	1,990	114
5. CUIDAR DE MI FAMILIAR ME SUPONE VER COMO LA VIDA SE ME ESTÁ ESCAPANDO	3,86	2,08	114
6. CUIDO A MI FAMILIAR POR QUE NO TENGO MAS REMEDIO	4,46	2,166	114
7.. CUIDAR A MI FAMILIAR ME GENERA MUCHO ESTRES	3,06	1,63	114
8. CUIDAR DE MI FAMILIAR ME HA CAMBIADO TANTO QUE EN NADA SE PARECE A LO QUE HABIAMOS PREVISTO	3,67	2,029	114
9. CUIDARLE SUPONE PASAR CADA VEZ MENOS TIEMPO CON MI FAMILIA	3,32	1,957	114
10. ESTOY CONVENCIDA QUE DE QUE ME TOCA CUIDAR POR EL HECHO DE SER MUJER	3,48	2,219	114
11. CUIDARLE JUNTO CON LAS DEMAS TAREAS ME GENERA MUCHO ESTRES	2,68	1,756	114
12. SIENTO UN FUERTE RECHAZO AL PENSAR QUE ME TENGO QUE ENFRENTAR A SU MUERTE	2,83	1,872	114
13. DESDE QUE ME COMUNICARON SU ENFERMEDAD AUN NO LO HE SUPERADO	3,85	1,887	114
14. SIENTO MUCHA ANSIEDAD SABER QUE LO PEOR QUEDA POR VENIR	2,43	1,804	114
15. SABER QUE IRA EMPEORANDO ME PRODUCE UN FUERTE ABATIMIENTO	2,04	1,389	114
16. ME PRODUCE MUCHA ANGUSTIA CUANDO LE ATIENDO VER QUE YA NO ES QUIEN ERA	2,23	1,563	114
17. MUCHAS DE LAS COSAS QUE HACE O DICE LAS HACE PARA FASTIDIARME	5,49	1,906	114

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
18. ME MOLESTA LA GRAN PRESION QUE MI FAMILIA EJERCE SOBRE MI EN EL CUIDADO DE MI FAMILIAR	4,86	2,026	114
19. NO SOPORTO QUE EL TRABAJO DE CUIDAR A UN FAMILIAR LO TENGAN QUE HACER FUNDAMENTALMENTE LAS MUJERES	3,47	2,227	114
20. LA MAYORIA DE LAS VECES SU FORMA DE COMPORTARSE ME GENERA DEMASIADA TENSION	3,04	1,775	114

Tabla n. 70 Estadísticos de los elementos

KMO y prueba de Barlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,858
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	970,860
	gl	190
	Sig.	,000

Tabla n. 71 KMO y prueba de Barlett

Comunalidades	Inicial	Extracción
8. CUIDAR DE MI FAMILIAR ME HA CAMBIADO TANTO QUE EN NADA SE PARECE A LO QUE HABIAMOS PREVISTO	1,000	,515
5. CUIDAR DE MI FAMILIAR ME SUPONE VER COMO LA VIDA SE ME ESTA ESCAPANDO	1,000	,580
4. AUNQUE CUIDE A MI FAMILIAR SIGO VIENDO A MIS AMIGOS CON LA MISMA FRECUENCIA QUE SIEMPRE	1,000	,474
9. CUIDARLE SUPONE PASAR CADA VEZ MENOS TIEMPO CON MI FAMILIA	1,000	,478
3. ESTAR EN CADA MOMENTO PENDIENTE DE EL-ELLA ME GENERA MUCHA ANSIEDAD	1,000	,589
1. DEBIDO A SU CUIDADO NO PUEDO HACER LAS COSAS QUE ME GUSTAN POR FALTA DE TIEMPO	1,000	,582
2. CUIDAR A MI FAMILIAR ME HA SUPUESTO INTERRUMPIR MUCHOS PLANES	1,000	,415
14. SIENTO MUCHA ANSIEDAD SABER QUE LO PEOR QUEDA POR VENIR	1,000	,715
12. SIENTO UN FUERTE RECHAZO AL PENSAR QUE ME TENGO QUE ENFRENTAR A SU MUERTE	1,000	,666

Comunalidades	Inicial	Extracción
15. SABER QUE IRA EMPEORANDO ME PRODUCE UN FUERTE ABATIMIENTO	1,000	,691
13. DESDE QUE ME COMUNICARON SU ENFERMEDAD AUN NO LO HE SUPERADO	1,000	,700
16. ME PRODUCE MUCHA ANGUSTIA CUANDO LE ATIENDO VER QUE YA NO ES QUIEN ERA	1,000	,560
18. ME MOLESTA LA GRAN PRESION QUE MI FAMILIA EJERCE SOBRE MI EN EL CUIDADO DE MI FAMILIAR	1,000	,384
20. LA MAYORIA DE LAS VECES SU FORMA DE COMPOR-TARSE ME GENERA DEMASIADA TENSION	1,000	,417
17. MUCHAS DE LAS COSAS QUE HACE O DICE LAS HACE PARA FASTIDIARME	1,000	,616
19. NO SOPORTO QUE EL TRABAJO DE CUIDAR A UN FA-MILIAR LO TENGAN QUE HACER FUNDAMENTALMENTE LAS MUJERES	1,000	,405
7. CUIDAR A MI FAMILIAR ME GENERA MUCHO ESTRES	1,000	,418
6. CUIDO A MI FAMILIAR POR QUE NO TENGO MAS RE-MEDIO	1,000	,356
10. ESTOY CONVENCIDA QUE DE QUE ME TOCA CUIDAR POR EL HECHO DE SER MUJER	1,000	,443
11. CUIDARLE JUNTO CON LAS DEMAS TAREAS ME GE-NERA MUCHO ESTRES	1,000	,591

Tabla n. 72 Comunalidades

Matriz de configuración.(a)			
	Componente		
	1	2	3
1. DEBIDO A SU CUIDADO NO PUEDO HACER LAS CO-SAS QUE ME GUSTAN POR FALTA DE TIEMPO	,864		
2. CUIDAR A MI FAMILIAR ME HA SUPUESTO INTE-RRUMPIR MUCHOS PLANES	,704		
3. ESTAR EN CADA MOMENTO PENDIENTE DE EL-E-LLA ME GENERA MUCHA ANSIEDAD	,699		
4. AUNQUE CUIDE A MI FAMILIAR SIGO VIENDO A MIS AMIGOS CON LA MISMA FRECUENCIA QUE SIEMPRE	,676		
5. CUIDAR DE MI FAMILIAR ME SUPONE VER COMO LA VIDA SE ME ESTA ESCAPANDO	,671		
6. CUIDO A MI FAMILIAR POR QUE NO TENGO MAS REMEDIO	,589		
7. CUIDAR A MI FAMILIAR ME GENERA MUCHO ES-TRES	,586		

Matriz de configuración.(a)			
	Componente		
	1	2	3
8. CUIDAR DE MI FAMILIAR ME HA CAMBIADO TANTO QUE EN NADA SE PARECE A LO QUE HABIAMOS PREVISTO	,583		
9. CUIDARLE SUPONE PASAR CADA VEZ MENOS TIEMPO CON MI FAMILIA	,583		
10. ESTOY CONVENCIDA QUE DE QUE ME TOCA CUIDAR POR EL HECHO DE SER MUJER I	,543		
11. CUIDARLE JUNTO CON LAS DEMAS TAREAS ME GENERA MUCHO ESTRES	,507	,352	
12. SIENTO UN FUERTE RECHAZO AL PENSAR QUE ME TENGO QUE ENFRENTAR A SU MUERTE		,877	
13. DESDE QUE ME COMUNICARON SU ENFERMEDAD AUN NO LO HE SUPERADO		,868	
14. SIENTO MUCHA ANSIEDAD SABER QUE LO PEOR QUEDA POR VENIR		,807	
15. SABER QUE IRA EMPEORANDO ME PRODUCE UN FUERTE ABATIMIENTO		,798	
16. ME PRODUCE MUCHA ANGUSTIA CUANDO LE ATIENDO VER QUE YA NO ES QUIEN ERA		,680	
17. MUCHAS DE LAS COSAS QUE HACE O DICE LAS HACE PARA FASTIDIARME			,775
18. ME MOLESTA LA GRAN PRESION QUE MI FAMILIA EJERCE SOBRE MI EN EL CUIDADO DE MI FAMILIAR			,650
19.NO SOPORTO QUE EL TRABAJO DE CUIDAR A UN FAMILIAR LO TENGAN QUE HACER FUNDAMENTALMENTE LAS MUJERES			,580
20. LA MAYORIA DE LAS VECES SU FORMA DE COMPORTARSE ME GENERA DEMASIADA TENSION			,414
Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser. a La rotación ha convergido en 5 iteraciones.			

Tabla n. 73 Matriz de configuración

Varianza total explicada							
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación(a)
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
1	6,595	32,97	32,97	6,595	32,97	32,97	5,903

Varianza total explicada							
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación(a)
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	
2	2,525	12,62	45,59	2,525	12,62	45,59	4,632
3	1,474	7,370	52,96	1,474	7,370	52,96	2,795
4	1,181	5,907	58,87				
5	1,050	5,249	64,12				
6	0,897	4,487	68,61				

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

a Cuando los componentes están correlacionados, las sumas de los cuadrados de las saturaciones no se pueden añadir para obtener una varianza total.

Tabla n. 74 Varianza total explicada

Matriz de correlaciones de componentes			
Componente	1	2	3
1	1,000	0,436	0,355
2	0,436	1,000	0,134
3	0,355	0,134	1,000

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser

Tabla n. 75 Matriz de correlaciones

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,883	20

Tabla n. 76 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
8. CUIDAR DE MI FAMILIAR ME HA CAMBIADO TANTO QUE EN NADA SE PARECE A LO QUE HABIAMOS PREVISTO	63,4211	393,892	,640	,872
5. CUIDAR DE MI FAMILIAR ME SUPONE VER COMO LA VIDA SE ME ESTA ESCAPANDO	63,2193	391,536	,652	,872
4. AUNQUE CUIDE A MI FAMILIAR SIGO VIENDO A MIS AMIGOS CON LA MISMA FRECUENCIA QUE SIEMPRE	63,7982	407,278	,477	,878
9. CUIDARLE SUPONE PASAR CADA VEZ MENOS TIEMPO CON MI FAMILIA	63,7719	400,585	,576	,875
3. ESTAR EN CADA MOMENTO PENDIENTE DE EL-ELLA ME GENERA MUCHA ANSIEDAD	64,2982	399,397	,632	,873
1. DEBIDO A SU CUIDADO NO PUEDO HACER LAS COSAS QUE ME GUSTAN POR FALTA DE TIEMPO	64,1842	406,276	,522	,876
2. CUIDAR A MI FAMILIAR ME HA SUPUESTO INTERRUPTIR MUCHOS PLANES	63,7544	412,771	,446	,879
14. SIENTO MUCHA ANSIEDAD SABER QUE LO PEOR QUEDA POR VENIR	64,6579	404,670	,573	,875
12. SIENTO UN FUERTE RECHAZO AL PENSAR QUE ME TENGO QUE ENFRENTAR A SU MUERTE	64,2544	417,678	,371	,881
15. SABER QUE IRA EMPEORANDO ME PRODUCE UN FUERTE ABATIMIENTO	65,0526	421,856	,451	,879
13. DESDE QUE ME COMUNICARON SU ENFERMEDAD AUN NO LO HE SUPERADO	63,2368	411,050	,456	,879

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
16ME PRODUCE MUCHA ANGUSTIA CUANDO LE ATIENDO VER QUE YA NO ES QUIEN ERA	64,8596	417,237	,468	,878
18. ME MOLESTA LA GRAN PRESION QUE MI FAMILIA EJERCE SOBRE MI EN EL CUIDADO DE MI FAMILIAR	62,2281	428,815	,198	,887
20. LA MAYORIA DE LAS VECES SU FORMA DE COMPORTARSE ME GENERA DEMASIADA TENSION	64,0526	408,847	,523	,876
17. MUCHAS DE LAS COSAS QUE HACE O DICE LAS HACE PARA FASTIDIARME	61,5965	418,349	,353	,882
19. NO SOPORTO QUE EL TRABAJO DE CUIDAR A UN FAMILIAR LO TENGAN QUE HACER FUNDAMENTALMENTE LAS MUJERES	63,6140	413,230	,346	,883
7. CUIDAR A MI FAMILIAR ME GENERA MUCHO ESTRES	64,0263	410,398	,552	,876
6. CUIDO A MI FAMILIAR POR QUE NO TENGO MAS REMEDIO	62,6316	404,075	,468	,878
10. ESTOY CONVENCIDA QUE DE QUE ME TOCA CUIDAR POR EL HECHO DE SER MUJER	63,6053	398,843	,516	,877
11. CUIDARLE JUNTO CON LAS DEMAS TAREAS ME GENERA MUCHO ESTRES	64,4035	397,305	,702	,871

Tabla n. 77 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,873	11

Tabla n. 78 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,848	5

Tabla n. 79 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
12. SIENTO UN FUERTE RECHAZO AL PENSAR QUE ME TENGO QUE ENFRENTAR A SU MUERTE	10,61	31,396	,597	,834
13. DESDE QUE ME COMUNICARON SU ENFERMEDAD AUN NO LO HE SUPERADO	9,61	29,892	,647	,821
14. SIENTO MUCHA ANSIEDAD SABER QUE LO PEOR QUEDA POR VENIR	10,98	28,669	,753	,789
15. SABER QUE IRA EMPEORANDO ME PRODUCE UN FUERTE ABATIMIENTO	11,33	33,511	,672	,816
16. ME PRODUCE MUCHA ANGUSTIA CUANDO LE ATIENDO VER QUE YA NO ES QUIEN ERA	11,20	32,842	,642	,821

Tabla n. 80 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,583	4

Tabla n. 81 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
17. MUCHAS DE LAS COSAS QUE HACE O DICE LAS HACE PARA FASTIDIARME	11,51	18,152	,408	,478
18. ME MOLESTA LA GRAN PRESION QUE MI FAMILIA EJERCE SOBRE MI EN EL CUIDADO DE MI FAMILIAR	12,10	18,790	,322	,544
19. NO SOPORTO QUE EL TRABAJO DE CUIDAR A UN FAMILIAR LO TENGAN QUE HACER FUNDAMENTALMENTE LAS MUJERES	13,54	17,267	,328	,547
20.LA MAYORIA DE LAS VECES SU FORMA DE COMPORTARSE ME GENERA DEMASIADA TENSION	13,90	18,707	,414	,478

Tabla n. 82 Estadísticos total-elemento

5. Tablas de la Escala de Resiliencia en Cuidadoras de Enfermos con Demencia

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
1.TENGO PLENA CONFIANZA EN REALIZAR CON EXITO TODO LO RELACIONADO CON EL CUIDADO	5,49	1,342	116
2.ME EXIJO DEMASIADO A MÍ MISMA EN TODO LO RELACIONADO CON SU CUIDADO	5,55	1,441	116
3.SIEMPRE QUE PUEDA TENGO QUE SER YO QUIEN LE CUIDE	5,29	2,022	116
4.CONTINUAMENTE ME REAFIRMO DICIENDOME QUE QUIERO SEGUIR CUIDANDOLE	5,37	1,541	116
5.SIEMPRE ME PONGO EN SU LUGAR PREGUNTANDOME COMO ME GUSTARÍA QUE A MÍ ME TRATARAN	5,79	1,374	116
6.TODAVIA SE TIENEN MUCHAS FUERZAS PARA SEGUIR LUCHANDO	5,31	1,518	116

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
7.CADA DIA ME ESFUERZO EN NO CAER POR CONTINUAR CON MIS RESPONSABILIDADES	5,26	1,710	116
8.TODAVIA NO HE CONOCIDO LAS CIRCUNSTANCIAS QUE HAGAN QUE ME DERRUMBE	3,97	1,737	116
9.LA CONFIANZA QUE TENGO EN MI MISMA ME HACE RESISTIR ANTE EL PROBLEMA MAS DIFICIL	5,30	1,403	116
10.ESTOY ARMADA DE VALOR PARA SEGUIR ADELANTE CON LO QUE HAGA FALTA	5,38	1,496	116
11.CUIDAR A MI FAMILIAR ME HA SUPUESTO DESCUBRIR QUE PUEDO LLEGAR A SER MUY EFICAZ	5,31	1,459	116
12.CUIDANDO A MI FAMILIAR HE COMPROBADO QUE PUEDO SER UNA MUJER FUERTE	5,67	1,270	116

Tabla n. 83 Estadísticos de los elementos

KMO y prueba de Barlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,738
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	344,7
	gl	66
	Sig.	,000

Tabla n. 84 KMO y prueba de Barlett

Comunalidades	Inicial	Extracción
1.TENGO PLENA CONFIANZA EN REALIZAR CON EXITO TODO LO RELACIONADO CON EL CUIDADO	1,000	,375
2.ME EXIJO DEMASIADO A MÍ MISMA EN TODO LO RELACIONADO CON SU CUIDADO	1,000	,665
3.SIEMPRE QUE PUEDA TENGO QUE SER YO QUIEN LE CUIDE	1,000	,489
4.CONTINUAMENTE ME REAFIRMO DICIENDOME QUE QUIERO SEGUIR CUIDANDOLE	1,000	,490
5.SIEMPRE ME PONGO EN SU LUGAR PREGUNTANDOME COMO ME GUSTARÍA QUE A MÍ ME TRATARAN	1,000	,679
6.TODAVIA SE TIENEN MUCHAS FUERZAS PARA SEGUIR LUCHANDO	1,000	,559
7.CADA DIA ME ESFUERZO EN NO CAER POR CONTINUAR CON MIS RESPONSABILIDADES	1,000	,462
8.TODAVIA NO HE CONOCIDO LAS CIRCUNSTANCIAS QUE HAGAN QUE ME DERRUMBE	1,000	,443
9.LA CONFIANZA QUE TENGO EN MI MISMA ME HACE RESISTIR ANTE EL PROBLEMA MAS DIFICIL	1,000	,540

Comunalidades	Inicial	Extracción
10.ESTOY ARMADA DE VALOR PARA SEGUIR ADELANTE CON LO QUE HAGA FALTA	1,000	,634
11.CUIDAR A MI FAMILIAR ME HA SUPUESTO DESCUBRIR QUE PUEDO LLEGAR A SER MUY EFICAZ	1,000	,542
12.CUIDANDO A MI FAMILIAR HE COMPROBADO QUE PUEDO SER UNA MUJER FUERTE	1,000	,686
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Tabla n. 85 Comunalidades

Matriz de configuración.(a)	Componente		
	1	2	3
12.CUIDANDO A MI FAMILIAR HE COMPROBADO QUE PUEDO SER UNA MUJER FUERTE	,847		
11.CUIDAR A MI FAMILIAR ME HA SUPUESTO DESCUBRIR QUE PUEDO LLEGAR A SER MUY EFICAZ	,780		
6.TODAVIA SE TIENEN MUCHAS FUERZAS PARA SEGUIR LUCHANDO	,640		
10.ESTOY ARMADA DE VALOR PARA SEGUIR ADELANTE CON LO QUE HAGA FALTA	,561		,352
2.ME EXIJO DEMASIADO A MÍ MISMA EN TODO LO RELACIONADO CON SU CUIDADO		,832	
3.SIEMPRE QUE PUEDA TENGO QUE SER YO QUIEN LE CUIDE		,712	
5.SIEMPRE ME PONGO EN SU LUGAR PREGUNTANDOME COMO ME GUSTARÍA QUE A MÍ ME TRATARAN		,663	,309
4.CONTINUAMENTE ME REAFIRMO DICIENDOME QUE QUIERO SEGUIR CUIDANDOLE		,607	
7.CADA DIA ME ESFUERZO EN NO CAER POR CONTINUAR CON MIS RESPONSABILIDADES	-,338		,695
1.TENGO PLENA CONFIANZA EN REALIZAR CON EXITO TODO LO RELACIONADO CON EL CUIDADO			,657
8.TODAVIA NO HE CONOCIDO LAS CIRCUNSTANCIAS QUE HAGAN QUE ME DERRUMBE			,628
9.LA CONFIANZA QUE TENGO EN MI MISMA ME HACE RESISTIR ANTE EL PROBLEMA MAS DIFICIL			,595
Método de extracción: Análisis de componentes principales.			
Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.			
a La rotación ha convergido en 5 iteraciones.			

Tabla n. 86 Matriz de configuración

Varianza total explicada							
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación(a)
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
1	3,552	29,603	29,603	3,552	29,603	29,603	2,803
2	1,733	14,444	44,046	1,733	14,444	44,046	2,427
3	1,28	10,663	54,709	1,280	10,663	54,709	2,596
4	0,929	7,745	62,454				
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.							
a Cuando los componentes están correlacionados, las sumas de los cuadrados de las saturaciones no se pueden añadir para obtener una varianza total.							

Tabla n. 87 Varianza total explicada

Matriz de correlaciones de componentes			
Componente	1	2	3
1	1,000	0,238	0,423
2	0,238	1,000	0,207
3	0,423	0,207	1,000
Método de extracción: Análisis de componentes principales.			
Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.			

Tabla n. 88 Matriz de correlaciones

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,756	12

Tabla n. 89 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1.TENGO PLENA CONFIANZA EN REALIZAR CON EXITO TODO LO RELACIONADO CON EL CUIDADO	58,22	84,014	,269	,752
2.ME EXIJO DEMASIADO A MÍ MISMA EN TODO LO RELACIONADO CON SU CUIDADO	58,16	80,984	,362	,742
3.SIEMPRE QUE PUEDA TENGO QUE SER YO QUIEN LE CUIDE	58,41	80,558	,215	,768
4.CONTINUAMENTE ME REAFIRMO DICIENDOME QUE QUIERO SEGUIR CUIDÁNDOLE	58,34	77,912	,447	,732
5.SIEMPRE ME PONGO EN SU LUGAR PREGUNTÁNDOME COMO ME GUSTARÍA QUE A MÍ ME TRATARAN	57,91	75,958	,609	,716
6.TODAVIA SE TIENEN MUCHAS FUERZAS PARA SEGUIR LUCHANDO	58,40	79,633	,388	,739
7.CADA DIA ME ESFUERZO EN NO CAER POR CONTINUAR CON MIS RESPONSABILIDADES	58,45	81,032	,275	,754
8.TODAVIA NO HE CONOCIDO LAS CIRCUNSTANCIAS QUE HAGAN QUE ME DERRUMBE	59,73	78,650	,350	,745
9.LA CONFIANZA QUE TENGO EN MI MISMA ME HACE RESISTIR ANTE EL PROBLEMA MAS DIFÍCIL	58,41	78,817	,468	,731
10.ESTOY ARMADA DE VALOR PARA SEGUIR ADELANTE CON LO QUE HAGA FALTA	58,33	74,692	,600	,714
11.CUIDAR A MI FAMILIAR ME HA SUPUESTO DESCUBRIR QUE PUEDO LLEGAR A SER MUY EFICAZ	58,40	80,311	,382	,740
12.CUIDANDO A MI FAMILIAR HE COMPROBADO QUE PUEDO SER UNA MUJER FUERTE	58,03	80,207	,467	,732

Tabla n. 90 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,726	4

Tabla n. 91 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
11.CUIDAR A MI FAMILIAR ME HA SUPUESTO DESCUBRIR QUE PUEDO LLEGAR A SER MUY EFICAZ	16,35	11,629	,443	,708
12.CUIDANDO A MI FAMILIAR HE COMPROBADO QUE PUEDO SER UNA MUJER FUERTE	16,01	11,392	,581	,633
6.TODAVIA SE TIENEN MUCHAS FUERZAS PARA SEGUIR LUCHANDO	16,33	10,823	,509	,670
10.ESTOY ARMADA DE VALOR PARA SEGUIR ADELANTE CON LO QUE HAGA FALTA	16,25	10,755	,541	,650

Tabla n. 92 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,684	4

Tabla n. 93 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
2.ME EXIJO DEMASIADO A MÍ MISMA EN TODO LO RELACIONADO CON SU CUIDADO	16,39	13,383	,602	,540
3.SIEMPRE QUE PUEDA TENGO QUE SER YO QUIEN LE CUIDE	16,65	12,666	,365	,714
5SIEMPRE ME PONGO EN SU LUGAR PREGUNTANDOME COMO ME GUSTARÍA QUE A MÍ ME TRATARAN	16,14	14,408	,549	,580

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
4.CONTINUAMENTE ME REAFIRMO DICIENDOME QUE QUIERO SEGUIR CUIDANDOLE	16,64	14,232	,421	,646

Tabla n. 94 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,565	4

Tabla n. 95 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
7.CADA DIA ME ESFUERZO EN NO CAER POR CONTINUAR CON MIS RESPONSABILIDADES	14,73	10,700	,294	,542
1.TENGO PLENA CONFIANZA EN REALIZAR CON EXITO TODO LO RELACIONADO CON EL CUIDADO	14,55	11,817	,332	,508
8.TODAVIA NO HE CONOCIDO LAS CIRCUNSTANCIAS QUE HAGAN QUE ME DERRUMBE	16,02	9,758	,375	,471
9.LA CONFIANZA QUE TENGO EN MI MISMA ME HACE RESISTIR ANTE EL PROBLEMA MAS DIFICIL	14,70	11,011	,408	,450

Tabla n. 96 Estadísticos total-elemento

6. Tablas de la Escala de Percepción de Síntomas Conductuales y Psicológicos en la Demencia

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
1. PREGUNTAR LA MISMA COSA UNA Y OTRA VEZ	2,04	1,484	123

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
2. DESTRUIR PROPIEDADES	,24	,654	123
3. SOLICITAR MI AYUDA POR LA NOCHE	1,53	1,289	123
4.MOSTRARSE INQUIETO, AGITADO	1,85	1,246	123
5. COMETE AGRESIONES FISICAS (GOLPES, MORDISCOS..)	,40	,837	123
6. GRITA SIN RAZÓN	,83	1,136	123
7. PRODUCIRSE DOLOR A SI MISMO	,21	,681	123
8. AGREDIR A LOS DEMAS	,43	,840	123
9.SE IRRITA CON FACILIDAD	1,50	1,333	123
10. TIENDE A MOLESTAR Y MOSTRARSE HOSTIL	1,08	1,239	123
11. ME HACE ACUSACIONES INFUNDADAS	1,01	1,258	123
12. MOSTRARSE MUY TRISTE	1,61	1,291	123
13. LLORA CON FACILIDAD	1,32	1,217	123
14. MOSTRARSE MUY INSISTENTE AL SOLICITAR COSAS	1,36	1,427	123
15. SE LEVANTA POR LA NOCHE SIN RAZON ALGUNA	1,03	1,330	123

Tabla n. 97 Estadísticos de los elementos

KMO y prueba de Barlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,841
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	897,2
	gl	105
	Sig.	,000

Tabla n. 98 KMO y prueba de Barlett

Comunalidades	Inicial	Extracción
1. PREGUNTAR LA MISMA COSA UNA Y OTRA VEZ	1,000	,605
2. DESTRUIR PROPIEDADES	1,000	,596
3. SOLICITAR MI AYUDA POR LA NOCHE	1,000	,609
4. MOSTRARSE INQUIETO, AGITADO	1,000	,479
5. COMETE AGRESIONES FISICAS (GOLPES, MORDISCOS..)	1,000	,780
6. GRITA SIN RAZÓN	1,000	,634
7. PRODUCIRSE DOLOR A SI MISMO	1,000	,627
8. AGREDIR A LOS DEMAS	1,000	,863
9. SE IRRITA CON FACILIDAD	1,000	,759
10. TIENDE A MOLESTAR Y MOSTRARSE HOSTIL	1,000	,652
11. ME HACE ACUSACIONES INFUNDADAS	1,000	,687
12. MOSTRARSE MUY TRISTE	1,000	,768
13. LLORA CON FACILIDAD	1,000	,810
14. MOSTRARSE MUY INSISTENTE AL SOLICITAR COSAS	1,000	,711
15. SE LEVANTA POR LA NOCHE SIN RAZON ALGUNA	1,000	,441
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Tabla n. 99 Comunalidades

Matriz de configuración.(a)				
	Componente			
	1	2	3	4
14. MOSTRARSE MUY INSISTENTE AL SOLICITAR COSAS	,884			
11. ME HACE ACUSACIONES INFUNDADAS	,793			
9. SE IRRITA CON FACILIDAD	,765			
1. PREGUNTAR LA MISMA COSA UNA Y OTRA VEZ	,651			
10. TIENDE A MOLESTAR Y MOSTRARSE HOSTIL	,622			
8. AGREDIR A LOS DEMAS		,880		
7. PRODUCIRSE DOLOR A SI MISMO		,739		
5. COMETE AGRESIONES FISICAS (GOLPES, MORDISCOS..)		,673	,470	
2. DESTRUIR PROPIEDADES			,781	
3. SOLICITAR MI AYUDA POR LA NOCHE	,357	-,371	,665	
6. GRITA SIN RAZÓN	,313		,523	
4. MOSTRARSE INQUIETO, AGITADO	,357		,439	
15. SE LEVANTA POR LA NOCHE SIN RAZON ALGUNA			,402	
13. LLORA CON FACILIDAD				,908
12. MOSTRARSE MUY TRISTE				,815
Método de extracción: Análisis de componentes principales.				
Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.				
a La rotación ha convergido en 10 iteraciones.				

Tabla n. 100 Matriz de configuración

Varianza total explicada							
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación(a)
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
1	6,166	41,108	41,108	6,166	41,108	41,108	5,191
2	1,767	11,779	52,888	1,767	11,779	52,888	3,308
3	1,083	7,217	60,104	1,083	7,217	60,104	4,038
4	1,006	6,708	66,813	1,006	6,708	66,813	2,472
5	,795	5,299	72,112				

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.
a Cuando los componentes están correlacionados, las sumas de los cuadrados de las saturaciones no se pueden añadir para obtener una varianza total.

Tabla n. 101 Varianza total explicada

Matriz de correlaciones de componentes				
Componente	1	2	3	4
1	1,000	0,357	0,520	0,363
2	0,357	1,000	0,366	0,075
3	0,520	0,366	1,000	0,320
4	0,363	0,075	0,320	1,000

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.

Tabla n. 102 Matriz de correlaciones

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,891	15

Tabla n. 103 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. PREGUNTAR LA MISMA COSA UNA Y OTRA VEZ	14,39	101,896	,649	,880
2. DESTRUIR PROPIEDADES	16,20	116,978	,434	,889
3. SOLICITAR MI AYUDA POR LA NOCHE	14,90	108,958	,480	,887
4. MOSTRARSE INQUIETO, AGITADO	14,58	107,082	,578	,883
5. COMETE AGRESIONES FISICAS (GOLPES, MORDISCOS..)	16,03	113,442	,527	,886
6. GRITA SIN RAZÓN	15,60	107,160	,642	,880
7. PRODUCIRSE DOLOR A SI MISMO	16,22	117,566	,374	,890
8. AGREDIR A LOS DEMAS	16,00	113,262	,535	,885
9. SE IRRITA CON FACILIDAD	14,93	101,029	,774	,874
10. TIENDE A MOLESTAR Y MOSTRARSE HOSTIL	15,35	104,016	,712	,877
11. ME HACE ACUSACIONES INFUNDADAS	15,42	104,426	,682	,878
12. MOSTRARSE MUY TRISTE	14,82	109,837	,445	,889
13. LLORA CON FACILIDAD	15,11	112,413	,374	,891
14. MOSTRARSE MUY INSISTENTE AL SOLICITAR COSAS	15,07	102,314	,665	,879
15. SE LEVANTA POR LA NOCHE SIN RAZON ALGUNA	15,40	106,520	,555	,884

Tabla n. 104 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,877	5

Tabla n. 105 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
14. MOSTRARSE MUY INSISTENTE AL SOLICITAR COSAS	5,63	19,416	,726	,846
11. ME HACE ACUSACIONES INFUNDADAS	5,98	20,631	,732	,845
9. SE IRRITA CON FACILIDAD	5,49	19,531	,787	,831

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
10. TIENDE A MOLESTAR Y MOSTRARSE HOSTIL	5,90	20,990	,709	,851
1. PREGUNTAR LA MISMA COSA UNA Y OTRA VEZ	4,94	20,284	,605	,878

Tabla n. 106 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,809	3

Tabla n. 107 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
8. AGREDIR A LOS DEMAS	,60	1,558	,847	,516
7. PRODUCIRSE DOLOR A SI MISMO	,82	2,440	,534	,854
5. COMETE AGRESIONES FISICAS (GOLPES, MORDISCOS..)	,64	1,892	,629	,772

Tabla n. 108 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,722	5

Tabla n. 109 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
3. SOLICITAR MI AYUDA POR LA NOCHE	3,99	10,268	,499	,669

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
2. DESTRUIR PROPIEDADES	5,28	13,619	,412	,712
6. GRITA SIN RAZÓN	4,66	10,502	,550	,647
4.MOSTRARSE INQUIETO, AGITADO	3,65	10,052	,552	,645
15. SE LEVANTA POR LA NOCHE SIN RAZON ALGUNA	4,48	10,398	,453	,691

Tabla n. 110 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,749	2

Tabla n. 111 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
13. LLORA CON FACILIDAD	1,60	1,673	,600	.(a)
12. MOSTRARSE MUY TRISTE	1,31	1,483	,600	.(a)

a El valor es negativo debido a una covarianza promedio entre los elementos negativa, lo cual viola los supuestos del modelo de fiabilidad. Puede que desee comprobar las codificaciones de los elementos.

Tabla n. 112 Estadísticos total elemento

7. Tablas de la Escala de Creencias Irracionales

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
1. NECESITO SENTIR CONTINUAS MUESTRAS DE AFECTO PARA SENTIRME BIEN	5,18	1,380	225
2. NECESITO QUE LAS PERSONAS CERCANAS ME VALOREN POR TODAS LAS COSAS QUE HAGO POR ELLOS	4,77	1,570	225

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
3. LAS PERSONAS SOLO SON VALIDAS SI SON CAPACES DE HACERLO TODO BIEN	1,86	1,163	225
4. SI LAS COSAS NO SALEN COMO UNA TIENE PREVISTO SEGURISIMO QUE SALEN MAL	2,70	1,513	225
5. LAS PERSONAS MALVADAS DEBERIAN SUFRIR Y SER CASTIGADAS	3,72	1,922	225
6. NO ES JUSTO QUE LAS BUENAS PERSONAS TENGAN QUE SUFRIR	5,44	1,633	225
7. ESTOY CONVENCIDA QUE LAS DESGRACIAS HUMANAS NO OCURREN POR QUE SI, HAY ALGO QUE LAS PROVOCA	4,00	1,859	225
8. ES ABSURDO PRETENDER SER FELIZ MIENTRAS HAYA QUE SOPORTAR ENFERMEDADES	3,40	1,883	225
9. LAS PERSONAS TIENEN EL DEBER DE SALIR AL FRENTE DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA	4,99	1,485	225
10. NECESITO QUE LA GENTE A QUIEN QUIERO ME QUIERA COMO YO A ELLOS	5,16	1,634	225
11. SI LOS DEMAS NO VALORAN LO QUE HAGO, ES QUE NO LO HAGO BIEN	2,71	1,530	225
12. LAS PERSONAS SE DIVIDEN EN UTILES E INUTILES	1,77	1,191	225
13. TENGO QUE SUPERVISAR CADA COSA QUE LOS DEMAS HAGAN PARA QUE LAS COSAS SALGAN PERFECTAS	2,60	1,575	225
14. NO ES JUSTO QUE LAS PERSONAS QUE HAN LLEVADO UNA VIDA MUY SANA TENGAN ENFERMEDADES	4,52	1,815	225
15. SI ALGO MALO HA DE OCURRIR SEGURO QUE ME TOCA A MI	2,48	1,503	225
16. NO PUEDO SER FELIZ MIENTRAS VEA A PERSONAS CERCANAS SUFRIR	4,24	1,756	225
17. NO SE PUEDE TENER LA CONCIENCIA TRANQUILA SI UNA NO HACE TODO LO POSIBLE POR AYUDAR A LOS DEMAS	4,90	1,592	225
18. LA VIDA ES SOLO PARA LAS PERSONAS QUE SON MUY COMPETENTES	1,83	1,121	225
19. PARA SENTIRME BIEN LAS COSAS DEBEN SALIR SEGUN LO PLANIFICADO	3,44	1,690	225

Tabla n. 113 Estadísticos de los elementos

KMO y prueba de Barlett	
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	0,806

KMO y prueba de Barlett		
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1155,513
	gl	171
	Sig.	,000

Tabla n. 114 KMO y prueba de Ballet

Comunalidades	Inicial	Extracción
1. NECESITO SENTIR CONTINUAS MUESTRAS DE AFECTO PARA SENTIRME BIEN	1,000	,657
2. NECESITO QUE LAS PERSONAS CERCANAS ME VALOREN POR TODAS LAS COSAS QUE HAGO POR ELLOS	1,000	,736
3. LAS PERSONAS SOLO SON VALIDAS SI SON CAPACES DE HACERLO TODO BIEN	1,000	,550
4. SI LAS COSAS NO SALEN COMO UNA TIENE PREVISTO SEGURISIMO QUE SALEN MAL	1,000	,477
5. LAS PERSONAS MALVADAS DEBERIAN SUFRIR Y SER CASTIGADAS	1,000	,462
6. NO ES JUSTO QUE LAS BUENAS PERSONAS TENGAN QUE SUFRIR	1,000	,641
7. ESTOY CONVENCIDA QUE LAS DESGRACIAS HUMANAS NO OCURREN POR QUE SI, HAY ALGO QUE LAS PROVOCA	1,000	,295
8. ES ABSURDO PRETENDER SER FELIZ MIENTRAS HAYA QUE SOPORTAR ENFERMEDADES	1,000	,525
9. LAS PERSONAS TIENEN EL DEBER DE SALIR AL FRENTE DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA	1,000	,437
10. NECESITO QUE LA GENTE A QUIEN QUIERO ME QUIERA COMO YO A ELLOS	1,000	,592
11. SI LOS DEMAS NO VALORAN LO QUE HAGO, ES QUE NO LO HAGO BIEN	1,000	,536
12. LAS PERSONAS SE DIVIDEN EN UTILES E INUTILES	1,000	,523
13. TENGO QUE SUPERVISAR CADA COSA QUE LOS DEMAS HAGAN PARA QUE LAS COSAS SALGAN PERFECTAS	1,000	,385
14. NO ES JUSTO QUE LAS PERSONAS QUE HAN LLEVADO UNA VIDA MUY SANA TENGAN ENFERMEDADES	1,000	,530
15. SI ALGO MALO HA DE OCURRIR SEGURO QUE ME TOCA A MI	1,000	,522
16. NO PUEDO SER FELIZ MIENTRAS VEA A PERSONAS CERCANAS SUFRIR	1,000	,525
17. NO SE PUEDE TENER LA CONCIENCIA TRANQUILA SI UNA NO HACE TODO LO POSIBLE POR AYUDAR A LOS DEMAS	1,000	,614
18. LA VIDA ES SOLO PARA LAS PERSONAS QUE SON MUY COMPETENTES	1,000	,537

Comunalidades	Inicial	Extracción
19. PARA SENTIRME BIEN LAS COSAS DEBEN SALIR SEGUN LO PLANIFICADO	1,000	,361
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Tabla n. 115 Comunalidades

Matriz de configuración.(a)				
	Componente			
	1	2	3	4
18. LA VIDA ES SOLO PARA LAS PERSONAS QUE SON MUY COMPETENTES	,768			
3. LAS PERSONAS SOLO SON VALIDAS SI SON CAPACES DE HACERLO TODO BIEN	,730	-,345		
12.LAS PERSONAS SE DIVIDEN EN UTILES E INUTILES	,697			
11. SI LOS DEMAS NO VALORAN LO QUE HAGO, ES QUE NO LO HAGO BIEN	,661			
4. SI LAS COSAS NO SALEN COMO UNA TIENE PREVISTO SEGURISIMO QUE SALEN MAL	,630			
13. TENGO QUE SUPERVISAR CADA COSA QUE LOS DEMAS HAGAN PARA QUE LAS COSAS SALGAN PERFECTAS	,603			
8. ES ABSURDO PRETENDER SER FELIZ MIENTRAS HAYA QUE SOPORTAR ENFERMEDADES	,586			
15. SI ALGO MALO HA DE OCURRIR SEGURO QUE ME TOCA A MI	,556	,347		
19. PARA SENTIRME BIEN LAS COSAS DEBEN SALIR SEGUN LO PLANIFICADO	,521			
17. NO SE PUEDE TENER LA CONCIENCIA TRANQUILA SI UNA NO HACE TODO LO POSIBLE POR AYUDAR A LOS DEMAS		,812		
16. NO PUEDO SER FELIZ MIENTRAS VEA A PERSONAS CERCANAS SUFRIR		,710		
9. LAS PERSONAS TIENEN EL DEBER DE SALIR AL FRENTE DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA		,613		
7. ESTOY CONVENCIDA QUE LAS DESGRACIAS HUMANAS NO OCURREN POR QUE SI, HAY ALGO QUE LAS PROVOCA		,425		
2. NECESITO QUE LAS PERSONAS CERCANAS ME VALOREN POR TODAS LAS COSAS QUE HAGO POR ELLOS			,870	
1. NECESITO SENTIR CONTINUAS MUESTRAS DE AFECTO PARA SENTIRME BIEN			,841	
10. NECESITO QUE LA GENTE A QUIEN QUIERO ME QUIERA COMO YO A ELLOS			,604	
6. NO ES JUSTO QUE LAS BUENAS PERSONAS TENGAN QUE SUFRIR				,805
14. NO ES JUSTO QUE LAS PERSONAS QUE HAN LLEVADO UNA VIDA MUY SANA TENGAN ENFERMEDADES				,694
5. LAS PERSONAS MALVADAS DEBERIAN SUFRIR Y SER CASTIGADAS				,608

Matriz de configuración.(a)				
	Componente			
	1	2	3	4
Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser. a La rotación ha convergido en 5 iteraciones.				

Tabla n. 116 Matriz de configuración

Componente	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción						Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación(a)
	Autovalores iniciales			ción			Total
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	
1	4,876	25,662	25,662	4,876	25,662	25,662	4,341
2	2,114	11,127	36,789	2,114	11,127	36,789	2,747
3	1,508	7,938	44,726	1,508	7,938	44,726	2,555
4	1,408	7,412	52,139	1,408	7,412	52,139	2,232
5	0,998	5,254	57,393				

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.
a Cuando los componentes están correlacionados, las sumas de los cuadrados de las saturaciones no se pueden añadir para obtener una varianza total.

Tabla n. 117 Varianza total explicada

Matriz de correlaciones de componentes				
Componente	1	2	3	4
1	1,000	0,237	0,294	0,259
2	0,237	1,000	0,291	0,151
3	0,294	0,291	1,000	0,220
4	0,259	0,151	0,220	1,000

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.

Tabla n. 118 Matriz de correlaciones

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,827	19

Tabla n. 119 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. NECESITO SENTIR CONTINUAS MUESTRAS DE AFECTO PARA SENTIRME BIEN	64,54	207,544	,285	,825
2. NECESITO QUE LAS PERSONAS CERCANAS ME VALOREN POR TODAS LAS COSAS QUE HAGO POR ELLOS	64,95	202,806	,347	,822
3. LAS PERSONAS SOLO SON VALIDAS SI SON CAPACES DE HACERLO TODO BIEN	67,86	207,631	,352	,822
4. SI LAS COSAS NO SALEN COMO UNA TIENE PREVISTO SEGURISIMO QUE SALEN MAL	67,02	196,419	,520	,814
5. LAS PERSONAS MALVADAS DEBERIAN SUFRIR Y SER CASTIGADAS	66,00	196,219	,387	,821
6. NO ES JUSTO QUE LAS BUENAS PERSONAS TENGAN QUE SUFRIR	64,28	204,283	,296	,825
7. ESTOY CONVENCIDA QUE LAS DESGRACIAS HUMANAS NO OCURREN POR QUE SI, HAY ALGO QUE LAS PROVOCA	65,72	198,292	,364	,822
8. ES ABSURDO PRETENDER SER FELIZ MIENTRAS HAYA QUE SOPORTAR ENFERMEDADES	66,32	186,288	,602	,807
9. LAS PERSONAS TIENEN EL DEBER DE SALIR AL FRENTE DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA	64,73	203,823	,348	,822
10. NECESITO QUE LA GENTE A QUIEN QUIERO ME QUIERA COMO YO A ELLOS	64,56	195,069	,505	,814
11. SI LOS DEMAS NO VALORAN LO QUE HAGO, ES QUE NO LO HAGO BIEN	67,01	198,504	,462	,816
12. LAS PERSONAS SE DIVIDEN EN UTILES E INUTILES	67,95	205,841	,396	,820
13. TENGO QUE SUPERVISAR CADA COSA QUE LOS DEMAS HAGAN PARA QUE LAS COSAS SALGAN PERFECTAS	67,12	198,201	,453	,817
14. NO ES JUSTO QUE LAS PERSONAS QUE HAN LLEVADO UNA VIDA MUY SANA TENGAN ENFERMEDADES	65,20	199,328	,354	,823
15. SI ALGO MALO HA DE OCURRIR SEGURO QUE ME TOCA A MI	67,24	194,594	,571	,811

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
16. NO PUEDO SER FELIZ MIENTRAS VEA A PERSONAS CERCANAS SUFRIR	65,48	198,438	,389	,820
17. NO SE PUEDE TENER LA CONCIENCIA TRANQUILA SI UNA NO HACE TODO LO POSIBLE POR AYUDAR A LOS DEMAS	64,82	205,525	,279	,826
18. LA VIDA ES SOLO PARA LAS PERSONAS QUE SON MUY COMPETENTES	67,89	205,510	,436	,819
19. PARA SENTIRME BIEN LAS COSAS DEBEN SALIR SEGUN LO PLANIFICADO	66,28	196,774	,446	,817

Tabla n. 120 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,821	9

Tabla n. 121 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
18. LA VIDA ES SOLO PARA LAS PERSONAS QUE SON MUY COMPETENTES	20,86	61,357	,560	,802
3. LAS PERSONAS SOLO SON VALIDAS SI SON CAPACES DE HACERLO TODO BIEN	20,83	61,985	,501	,807
12. LAS PERSONAS SE DIVIDEN EN UTILES E INUTILES	20,92	61,661	,504	,806
11. SI LOS DEMAS NO VALORAN LO QUE HAGO, ES QUE NO LO HAGO BIEN	20,00	57,697	,541	,801
4. SI LAS COSAS NO SALEN COMO UNA TIENE PREVISTO SEGUIRISIMO QUE SALEN MAL	20,01	57,256	,572	,797
13. TENGO QUE SUPERVISAR CADA COSA QUE LOS DEMAS HAGAN PARA QUE LAS COSAS SALGAN PERFECTAS	20,11	58,153	,498	,806

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
8. ES ABSURDO PRETENDER SER FELIZ MIENTRAS HAYA QUE SOPORTAR ENFERMEDADES	19,31	53,463	,563	,800
15. SI ALGO MALO HA DE OCURRIR SEGURO QUE ME TOCA A MI	20,23	57,443	,570	,797
19. PARA SENTIRME BIEN LAS COSAS DEBEN SALIR SEGUN LO PLANIFICADO	19,29	57,721	,461	,812

Tabla n. 122 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,606	4

Tabla n. 123 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
17. NO SE PUEDE TENER LA CONCIENCIA TRANQUILA SI UNA NO HACE TODO LO POSIBLE POR AYUDAR A LOS DEMAS	13,20	12,921	,501	,449
16. NO PUEDO SER FELIZ MIENTRAS VEA A PERSONAS CERCANAS SUFRIR	13,85	12,768	,436	,495
9. LAS PERSONAS TIENEN EL DEBER DE SALIR AL FRENTE DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA	13,10	14,696	,381	,541
7. ESTOY CONVENCIDA QUE LAS LAS DESGRACIAS HUMANAS NO OCURREN POR QUE SI, HAY ALGO QUE LAS PROVOCA	14,04	14,314	,254	,643

Tabla n. 124 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,683	3

Tabla n. 125 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
2. NECESITO QUE LAS PERSONAS CERCANAS ME VALOREN POR TODAS LAS COSAS QUE HAGO POR ELLOS	10,33	6,308	,553	,515
1. NECESITO SENTIR CONTINUAS MUESTRAS DE AFECTO PARA SENTIRME BIEN	9,92	7,423	,477	,618
10. NECESITO QUE LA GENTE A QUIEN QUIERO ME QUIERA COMO YO A ELLOS	9,88	6,448	,470	,631

Tabla n. 126 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,600	3

Tabla n. 127 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
6. NO ES JUSTO QUE LAS BUENAS PERSONAS TENGAN QUE SUFRIR	8,16	8,666	,489	,391
14. NO ES JUSTO QUE LAS PERSONAS QUE HAN LLEVADO UNA VIDA MUY SANA TENGAN ENFERMEDADES	9,05	8,677	,406	,504
5. LAS PERSONAS MALVADAS DEBERIAN SUFRIR Y SER CASTIGADAS	9,87	8,814	,342	,605

Tabla n. 128 Estadísticos total-elemento

8. Tablas de la Escala de Déficit Cognitivo en la Demencia

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
1. ¿RECUERDA LAS COSAS QUE JUSTO ACABA DE REALIZAR?	,70	,816	120
2. ¿RECUERDA CON FIABILIDAD ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES DEL PASADO?	1,23	1,049	120
3. ¿PRONUNCIA PALABRAS CLARAS ELABORANDO CONVERSACIONES CON SENTIDO?	,96	,883	120
4. ¿COMPRENDE FACILMENTE LOS MENSAJES QUE SE UTILIZAN A DIARIO EN SU AMBIENTE NATURAL?	,95	,887	120
5. ¿ES CONSCIENTE DEL AÑO, DÍA Y HORA?	,62	,881	120
6. ¿SE ORIENTA FACILMENTE EN LUGARES CONOCIDOS HABITUALMENTE?	,89	1,011	120
7. ¿ES CAPAZ DE MANTENER LA EJECUCIÓN ORDENADA DE TAREAS QUE REQUIERAN UN ORDEN?	,70	,958	120
8. ¿RECONOCE OBJETOS QUE HABITUALMENTE HA ESTADO UTILIZANDO?	1,22	1,063	120
9. ¿RECONOCE LAS CARAS DE PERSONAS O FAMILIARES CERCANOS?	1,45	1,052	120

Tabla n. 129 Estadísticos de los elementos

KMO y prueba de Barlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,933
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	829,192
	gl	36
	Sig.	,000

Tabla n. 130 KMO y prueba de Barlett

Comunalidades	Inicial	Extracción
1. ¿RECUERDA LAS COSAS QUE JUSTO ACABA DE REALIZAR?	1,000	,711
2. ¿RECUERDA CON FIABILIDAD ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES DEL PASADO?	1,000	,583
3. ¿PRONUNCIA PALABRAS CLARAS ELABORANDO CONVERSACIONES CON SENTIDO?	1,000	,763
4. ¿COMPRENDE FACILMENTE LOS MENSAJES QUE SE UTILIZAN A DIARIO EN SU NATURAL?	1,000	,737

Comunalidades	Inicial	Extracción
5. ¿ES CONSCIENTE DEL AÑO, DIA Y HORA?	1,000	,750
6. ¿SE ORIENTA FACILMENTE EN LUGARES CONOCIDOS HABITUALMENTE?	1,000	,708
7. ¿ES CAPAZ DE MANTENER LA EJECUCION ORDENADA DE TAREAS QUE REQUIERAN UN ORDEN?	1,000	,542
8. ¿RECONOCE OBJETOS QUE HABITUALMENTE HA ESTADO UTILIZANDO?	1,000	,762
9. ¿RECONOCE LAS CARAS DE PERSONAS O FAMILIARES CERCANOS?	1,000	,593
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Tabla n. 131 Comunalidades

Matriz de componentes(a)		Componente
		1
3. ¿PRONUNCIA PALABRAS CLARAS ELABORANDO CONVERSACIONES CON SENTIDO?		,873
8. ¿RECONOCE OBJETOS QUE HABITUALMENTE HA ESTADO UTILIZANDO?		,873
5. ¿ES CONSCIENTE DEL AÑO, DIA Y HORA?		,866
4. COMPRENDE FACILMENTE LOS MENSAJES QUE SE UTILIZAN A DIARIO EN SU AMB. NATURAL?		,859
1. ¿RECUERDA LAS COSAS QUE JUSTO ACABA DE REALIZAR?		,843
6. ¿SE ORIENTA FACILMENTE EN LUGARES CONOCIDOS HABITUALMENTE?		,841
9. ¿RECONOCE LAS CARAS DE PERSONAS O FAMILIARES CERCANOS?		,770
2. RECUERDA CON FIABILIDAD ACONT. ¿IMPORTANTES DEL PASADO?		,764
7. ¿ES CAPAZ DE MANTENER LA EJECUCION ORDENADA DE TAREAS QUE REQUIERAN UN ORDEN?		,736
Método de extracción: Análisis de componentes principales.		
a 1 componentes extraídos		

Tabla n. 132 Matriz de componentes

Varianza total explicada						
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,149	68,319	68,319	6,149	68,319	68,319
2	,618	6,871	75,190			
3	,552	6,134	81,324			
4	,450	5,005	86,329			
5	,347	3,856	90,185			
6	,255	2,832	93,018			

Varianza total explicada						
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
7	,235	2,610	95,627			
8	,224	2,484	98,111			
9	,170	1,889	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla n. 133 Varianza total explicada

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,939	9

Tabla n. 134 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. ¿RECUERDA LAS COSAS QUE JUSTO ACABA DE REALIZAR?	8,01	41,202	,792	,932
2. ¿RECUERDA CON FIABILIDAD ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES DEL PASADO?	7,48	39,798	,700	,937
3. ¿PRONUNCIA PALABRAS CLARAS ELABORANDO CONVERSACIONES CON SENTIDO?	7,75	40,071	,832	,929
4. COMPRENDE FACILMENTE LOS MENSAJES QUE SE UTILIZAN A DIARIO EN SU AMB. NATURAL?	7,76	40,252	,810	,930
5. ¿ES CONSCIENTE DEL AÑO, DÍA Y HORA?	8,09	40,218	,820	,930
6. ¿SE ORIENTA FACILMENTE EN LUGARES CONOCIDOS HABITUALMENTE?	7,82	39,193	,786	,931
7. ¿ES CAPAZ DE MANTENER LA EJECUCION ORDENADA DE TAREAS QUE REQUIERAN UN ORDEN?	8,01	40,983	,673	,937
8. ¿RECONOCE OBJETOS QUE HABITUALMENTE HA ESTADO UTILIZANDO?	7,49	38,050	,837	,928

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
9. ¿RECONOCE LAS CARAS DE PERSONAS O FAMILIARES CERCANOS?	7,26	39,622	,712	,936

Tabla n. 135 Estadísticos total-elemento

9. Tablas de la Escala de Malestar en Acontecimientos Vitales

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
1. DIVORCIO	,38	1,205	215
2. SEPARACION DE MI PAREJA ACTUAL	,31	1,107	215
3. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA CON MI PAREJA ACTUAL	,99	1,476	215
4. PROBLEMAS ECONOMICOS	1,67	1,576	215
5. MUERTE DEL CÓNYUGE	,55	1,536	215
6. MUERTE DE ALGUIEN MUY ENTRAÑABLE	3,43	1,863	215
7. CUIDAR DE UN FAMILIAR NECESITADO	1,93	1,580	215
8. PADECER INFIDELIDAD	,85	1,744	215
9. ENFERMEDAD GRAVE DE UN FAMILIAR CERCANO	2,97	1,955	215
10. PADECER MALOS TRATOS FISICOS	,53	1,465	215
11. PROBLEMAS SEXUALES	,63	1,315	215
12. PADECER MALOS TRATOS PSICOLOGICOS	,89	1,659	215
13. ERRORES COMETIDOS EN MI VIDA	2,21	1,444	215
14. PERDIDA DE EMPLEO	,83	1,584	215

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
15. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA EN EL TRABAJO	1,03	1,472	215
16. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA HIJOS	,80	1,474	215

Tabla n. 136 Estadísticos de los elementos

KMO y prueba de Barlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,785
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1095,861
	gl	120
	Sig.	,000

Tabla n. 137 KMO y prueba de Barlett

Comunalidades	Inicial	Extracción
1. DIVORCIO	1,000	,543
2. SEPARACION DE MI PAREJA ACTUAL	1,000	,486
3. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA CON MI PAREJA ACTUAL	1,000	,721
4. PROBLEMAS ECONOMICOS	1,000	,603
5. MUERTE DEL CÓNYUGE	1,000	,530
6. MUERTE DE ALGUIEN MUY ENTRAÑABLE	1,000	,598
7. CUIDAR DE UN FAMILIAR NECESITADO	1,000	,543
8. PADECER INFIDELIDAD	1,000	,627
9. ENFERMEDAD GRAVE DE UN FAMILIAR CERCANO	1,000	,701
10. PADECER MALOS TRATOS FISICOS	1,000	,719
11. PROBLEMAS SEXUALES	1,000	,463
12. PADECER MALOS TRATOS PSICOLOGICOS	1,000	,578
13. ERRORES COMETIDOS EN MI VIDA	1,000	,506
14. PERDIDA DE EMPLEO	1,000	,583
15. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA EN EL TRABAJO	1,000	,463
16. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA HIJOS	1,000	,446
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Tabla n. 138 Comunalidades

Matriz de configuración.(a)				
	Componente			
	1	2	3	4
10. PADECER MALOS TRATOS FISICOS	,790			
1. DIVORCIO	,768			
8. PADECER INFIDELIDAD	,767			
2. SEPARACION DE MI PAREJA ACTUAL	,718			
5. MUERTE DEL CÓNYUGE	,675		-,358	
12. PADECER MALOS TRATOS PSICOLÓGICOS	,612			
11. PROBLEMAS SEXUALES	,571			
3. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA CON MI PAREJA ACTUAL		,884		
4. PROBLEMAS ECONOMICOS		,644		
16. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA HIJOS		,486		
15. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA EN EL TRABAJO			,695	
14. PERDIDA DE EMPLEO			,663	
13. ERRORES COMETIDOS EN MI VIDA		,406	,564	
9. ENFERMEDAD GRAVE DE UN FAMILIAR CERCANO				,854
6. MUERTE DE ALGUIEN MUY ENTRAÑABLE				,761
7. CUIDAR DE UN FAMILIAR NECESITADO			-,314	,568
Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser. a La rotación ha convergido en 5 iteraciones.				

Tabla n. 139 Matriz de configuración

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación(a)
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
1	4,968	31,052	31,052	4,968	31,052	31,052	4,413
2	1,530	9,565	40,617	1,530	9,565	40,617	2,739
3	1,404	8,777	49,394	1,404	8,777	49,394	2,372
4	1,208	7,550	56,944	1,208	7,550	56,944	2,332
5	1,023	6,394	63,338				
6	,829	5,184	68,521				
7	,807	5,041	73,562				
8	,718	4,486	78,048				

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación(a)
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
9	,674	4,214	82,262				
10	,574	3,589	85,852				

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.
a Cuando los componentes están correlacionados, las sumas de los cuadrados de las saturaciones no se pueden añadir para obtener una varianza total.

Tabla n. 140 Varianza total explicada

Matriz de correlaciones de componentes				
Componente	1	2	3	4
1	1,000	,405	,318	,307
2	,405	1,000	,214	,282
3	,318	,214	1,000	,128
4	,307	,282	,128	1,000

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Promax con Kaiser.

Tabla n. 141 Matriz de correlaciones

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,836	16

Tabla n. 142 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. DIVORCIO	19,63	159,121	,500	,825
2. SEPARACION DE MI PAREJA ACTUAL	19,70	160,903	,486	,826
3. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA CON MI PAREJA ACTUAL	19,02	160,252	,357	,831
4. PROBLEMAS ECONOMICOS	18,33	153,663	,503	,823
5. MUERTE DEL CÓNYUGE	19,46	157,016	,426	,828

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
6. MUERTE DE ALGUIEN MUY ENTRAÑABLE	16,58	155,685	,357	,833
7. CUIDAR DE UN FAMILIAR NECESITADO	18,08	160,195	,327	,833
8. PADECER INFIDELIDAD	19,16	147,769	,589	,817
9. ENFERMEDAD GRAVE DE UN FAMILIAR CERCANO	17,04	154,868	,351	,834
10. PADECER MALOS TRATOS FISICOS	19,47	149,522	,673	,814
11. PROBLEMAS SEXUALES	19,38	156,779	,524	,823
12. PADECER MALOS TRATOS PSICOLOGICOS	19,12	147,892	,623	,815
13. ERRORES COMETIDOS EN MI VIDA	17,80	160,509	,360	,831
14. PERDIDA DE EMPLEO	19,18	155,243	,457	,826
15. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA EN EL TRABAJO	18,98	163,635	,265	,836
16. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA HIJOS	19,21	155,898	,481	,825

Tabla n. 143 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,843	7

Tabla n. 144 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
10. PADECER MALOS TRATOS FISICOS	3,66	37,712	,774	,794
1. DIVORCIO	3,81	43,134	,582	,825
8. PADECER INFIDELIDAD	3,33	36,433	,674	,810
2. SEPARACION DE MI PAREJA ACTUAL	3,85	44,060	,549	,830
5. MUERTE DEL CÓNYUGE	3,60	41,746	,463	,844
12. PADECER MALOS TRATOS PSICOLOGICOS	3,31	37,869	,641	,815

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
11. PROBLEMAS SEXUALES	3,58	42,643	,556	,828

Tabla n. 145 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,633	3

Tabla n. 146 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
3. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA CON MI PAREJA ACTUAL	2,53	6,347	,476	,490
4. PROBLEMAS ECONOMICOS	1,85	6,148	,434	,549
16. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA HIJOS	2,75	6,593	,419	,567

Tabla n. 147 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,571	3

Tabla n. 148 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
15. PROBLEMAS DE CONVIVENCIA EN EL TRABAJO	3,16	6,202	,393	,450
14. PERDIDA DE EMPLEO	3,33	5,478	,440	,370
13. ERRORES COMETIDOS EN MI VIDA	1,94	6,962	,312	,566

Tabla n. 149 Estadísticos total-elemento

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,602	3

Tabla n. 150 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
9. ENFERMEDAD GRAVE DE UN FAMILIAR CERCANO	5,40	7,020	,512	,336
6. MUERTE DE ALGUIEN MUY ENTRAÑABLE	4,93	8,458	,396	,525
7. CUIDAR DE UN FAMILIAR NECESITADO	6,52	10,129	,339	,598

Tabla n. 151 Estadísticos total-elemento

10. Tablas de Actividades de la Vida Diaria (AVD)

10.1. Tablas de la ayuda que necesita el enfermo

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	AYUDA QUE NECESITA SU FAMILIAR PARA ESTAS ACTIVIDADES
COMER	1. Ninguna 2. Un poco 3. Bastante 4. Total, hay que darle con cuchara o tubo
BAÑARSE	1. Ninguna 2. Un poco 3. Bastante 4. Total, hay que bañarle
VESTIRSE	1. Ninguna 2. Un poco 3. Bastante 4. Total, hay que vestirle
ORINA, HECES	1. Ninguna 2. Un poco 3. Bastante 4. Total, hay que ponerle orinal y/o pañal

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	AYUDA QUE NECESITA SU FAMILIAR PARA ESTAS ACTIVIDADES
CUIDADOS DE HIGIENE (limpieza de dientes, peinarle afeitarse)	1.Ninguna 2.Un poco 3. Bastante 4. Total

Tabla n. 152 Ayuda que necesita el familiar

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
1. COMER	1,96	1,141	123
2. BAÑARSE	2,64	,714	123
3. VESTIRSE	2,37	,927	123
4. ORINA, HECES	2,22	1,156	123
5. CUIDADOS DE HIGIENE	2,49	,853	123

Tabla n. 153 Estadísticos de los elementos

KMO y prueba de Barlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,893
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	477,084
	gl	10
	Sig.	,000

Tabla n. 154 KMO y prueba de Barlett

Comunalidades	Inicial	Extracción
1. COMER	1,000	,738
2. BAÑARSE	1,000	,676
3. VESTIRSE	1,000	,844
4. ORINA, HECES	1,000	,841
5. CUIDADOS DE HIGIENE	1,000	,788
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Tabla n. 155 Comunalidades

Matriz de componentes(a)	
	Componente 1
3. VESTIRSE	,919
4. ORINA, HECES	,917
5. CUIDADOS DE HIGIENE	,887
1. COMER	,859
2. BAÑARSE	,822
Método de extracción: Análisis de componentes principales.	
a 1 componentes extraídos	

Tabla n. 156 Matriz de componentes

Varianza total explicada						
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,887	77,735	77,735	3,887	77,735	77,735
2	,442	8,837	86,573			
3	,277	5,547	92,119			
4	,205	4,103	96,223			
5	,189	3,777	100,000			
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.						

Tabla n. 157 Varianza total explicada

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,921	5

Tabla n. 158 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. COMER	9,72	10,792	,786	,909
2. BAÑARSE	9,04	13,646	,726	,921
3. VESTIRSE	9,31	11,641	,868	,889
4. ORINA, HECES	9,46	10,251	,865	,891
5. CUIDADOS DE HIGIENE	9,20	12,371	,815	,901

Tabla n. 159 Estadísticos total-elemento

10.2. Tablas de la ayuda que contribuye

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	¿CUANTAS VECES CONTRIBUYO PARA ESTAS ACCIONES?
COMER	1. Nunca
	2. Algunas veces
	3. Bastantes veces
	4. Muchas veces
	5. Siempre
BAÑARSE	1. Nunca
	2. Algunas veces
	3. Bastantes veces
	4. Muchas veces
	5. Siempre
VESTIRSE	1. Nunca
	2. Algunas veces
	3. Bastantes veces
	4. Muchas veces
	5. Siempre
ORINA,HECES	1. Nunca
	2. Algunas veces
	3. Bastantes veces
	4. Muchas veces
	5. Siempre
CUIDADOS DE HIGIENE (limpieza de dientes, peinado afeitarle)	1. Nunca
	2. Algunas veces
	3. Bastantes veces
	4. Muchas veces
	5. Siempre

Tabla n. 160 Frecuencia de tareas que contribuye

Estadísticos de los elementos	Media	Desviación típica	N del análisis
1. COMER	2,48	1,580	123
2. BAÑARSE	3,19	1,257	123
3. VESTIRSE	2,91	1,361	123
4. ORINA, HECES	2,63	1,617	123
5. CUIDADOS DE HIGIENE	2,98	1,355	123

Tabla n. 161 Estadísticos de los elementos

KMO y prueba de Barlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,846
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	449,072
	gl	10
	Sig.	,000

Tabla n. 162 KMO y prueba de Barlett

Comunalidades	Inicial	Extracción
1. COMER	1,000	,666
2. BAÑARSE	1,000	,609
3. VESTIRSE	1,000	,857
4. ORINA, HECES	1,000	,810
5. CUIDADOS DE HIGIENE	1,000	,785
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Tabla n. 163 Comunalidades

Varianza total explicada						
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,728	74,561	74,561	3,728	74,561	74,561
2	,570	11,396	85,957			
3	,322	6,435	92,392			
4	,235	4,707	97,099			
5	,145	2,901	100,000			
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.						

Tabla n. 164 Varianza total explicada

Matriz de componentes(a)	
	Componente 1
3. VESTIRSE	,926
4. ORINA, HECES	,900
5. CUIDADOS DE HIGIENE	,886
1. COMER	,816
2. BAÑARSE	,781
Método de extracción: Análisis de componentes principales.	
a 1 componentes extraídos	

Tabla n. 165 Matriz de componentes

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,911	5

Tabla n. 166 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. COMER	11,71	24,520	,722	,905
2. BAÑARSE	11,00	27,918	,664	,913
3. VESTIRSE	11,28	24,677	,872	,873
4. ORINA, HECES	11,56	22,806	,835	,879
5. CUIDADOS DE HIGIENE	11,20	25,409	,811	,885

Tabla n. 167 Estadísticos total-elemento

11. Descriptivos escalas en mujeres cuidadoras

ESTADÍSTICOS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Media	63,6303	147,158	67,3600	16,4401	172,971	72,6855	22,6437	9,0740	114,373
Desv. típ.	9,32593	24,2804	20,6661	11,0702	17,8183	13,7566	14,5744	3,78849	15,2528
Asimetría	0,025	-0,329	0,399	0,373	-0,818	0,062	1,322	0,259	-0,126
Error típ. de asimetría	0,217	0,217	0,217	0,217	0,217	0,217	0,217	0,217	0,217
Curtosis	0,079	-0,214	0,264	-0,777	0,443	0,059	1,605	-0,396	-0,258
Error típ. de curtosis	0,431	0,431	0,431	0,431	0,431	0,431	0,431	0,431	0,431
Mínimo	38,00	84,00	29,00	0,00	118,00	40,00	0,00	3,00	81,00
Máximo	84,00	197,00	129,00	45,00	203,00	111,00	72,00	19,00	154,00
Percentiles 25	57,2500	132,25	51,2500	8,0000	164	64,0000	13,0000	6,0000	105,533
50	63,5000	149	66,0000	14,5000	176	73,5000	20,0000	9,0000	115
75	70,0000	166	81,0414	25,7500	186	81,5266	27,0000	12,0000	126

ESADÍSTICOS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	ESCALA DE RESILIENCIA EN CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA								
2.	ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL								
3.	ESCALA DE CONTROL PERCIBIDO EN EL ROL DE CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA								
4.	ESCALA DE PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS EN ENFERMOS CON DEMENCIA								
5.	CUESTIONARIO DE VALORES								
6.	ESCALA DE CREENCIAS IRRACIONALES								
7.	ESCALA DE MALESTAR EN ACONTECIMIENTOS VITALES								
8.	ABANDONO/EVITACIÓN (EA.1)								
9.	ESCALA DE BIENESTAR SUBJETIVO								

Tabla n. 168 Descriptivos escalas en mujeres cuidadoras

12. Descriptivos escala en grupos de cuidadoras y no cuidadoras

ESTADÍSTICOS									
	1	2	2-1	2-2	3	4	5	6	
Media	152,4009	117,4125	51,9882	65,0741	169,9700	69,7200	20,0093	8,30	
Desv. típ.	26,82866	15,34852	7,80643	8,80853	21,26311	14,85876	13,25804	3,56	
Asimetría	-,081	-,268	-,291	-,083	-1,238	,059	1,466	0,422	
Error típ. de asimetría	,167	,192	,187	,177	,172	,162	,166	0,161	
Curtois	-,262	-,237	-,088	-,189	4,219	-,206	2,383	-0,260	
Error típ. de curtois	,333	,381	,371	,352	,342	,323	,330	0,321	
Mínimo	84,00	81,00	30,00	44,00	48,00	29,00	,00	3	
Máximo	223,00	154,00	70,00	84,00	203,00	111,00	72,00	19	
Percentiles	25	134,5000	108,0000	46,5000	59,0000	158,0000	59,5000	11,0000	6
	50	152,5000	118,0000	53,0000	66,0000	173,0000	69,0000	16,0000	8
	75	170,7500	129,0000	58,0000	70,0000	186,0000	79,0000	25,0000	11
1.	ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL (EIE)								
2.	ESCALA DE BIENESTAR SUBJETIVO (B.S)								
2.1.	ESCALA DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO								
2.2.	ESCALA DE SATISFACCIÓN								
3.	CUESTIONARIO DE VALORES (CV)								
4.	ESCALA DE CREENCIAS IRRACIONALES (ECI)								
5.	ESCALA DE MALESTAR EN ACONTECIMIENTOS VITALES (EMAV)								
6.	EVITACIÓN/ABANDONO (EA.1)								

Tabla n. 169 Descriptivos escalas en ambos grupos

13. Correlaciones entre escalas de mujeres cuidadoras

Correlaciones										
		RESILIENCIA	INTELIGENCIA EMOCIONAL	CONTROL PERCIBIDO	PERCEP. SINTOMAS C.	VALORES	CREENCIAS I.	C. MALESTAR ACONT.	EVITACIÓN/ABAND.	BIENESTAR S.
RESILIENCIA	Correlación de Pearson	1,000	,254**	,056	-,210*	,212*	,066	-,147	,042	,242**
	Sig. (bilateral)		,004	,538	,019	,018	,469	,103	,646	,007
	N	124,000	124	124	124	124	124	124	124	124
INTELIGENCIA EMOCIONAL	Correlación de Pearson	,254**	1,000	,288**	-,091	,209*	-,227*	-,072	-,239**	,503**
	Sig. (bilateral)	,004		,001	,312	,020	,011	,428	,008	,000
	N	124	124,000	124	124	124	124	124	124	124
CONTROL PERCIBIDO	Correlación de Pearson	,056	,288**	1,000	-,360**	,067	-,451**	-,195*	-,572**	,600**
	Sig. (bilateral)	,538	,001		,000	,463	,000	,030	,000	,000
	N	124	124	124,000	124	124	124	124	124	124
PERCEP. SINTOMAS C.	Correlación de Pearson	-,210*	-,091	-,360**	1,000	,113	,125	,174	,187*	-,289**
	Sig. (bilateral)	,019	,312	,000		,211	,166	,054	,038	,001
	N	124	124	124	124,000	124	124	124	124	124
VALORES	Correlación de Pearson	,212*	,209*	,067	,113	1,000	-,139	-,054	,019	,197*
	Sig. (bilateral)	,018	,020	,463	,211		,124	,549	,830	,029
	N	124	124	124	124	124,000	124	124	124	124
CREENCIAS I.	Correlación de Pearson	,066	-,227*	-,451**	,125	-,139	1,000	,186*	,485**	-,318**
	Sig. (bilateral)	,469	,011	,000	,166	,124		,039	,000	,000
	N	124	124	124	124	124	124,000	124	124	124
C. MALESTAR ACONT.	Correlación de Pearson	-,147	-,072	-,195*	,174	-,054	,186*	1,000	,085	-,222*
	Sig. (bilateral)	,103	,428	,030	,054	,549	,039		,347	,013
	N	124	124	124	124	124	124	124,000	124	124
EVITACIÓN/ABAND.	Correlación de Pearson	,042	-,239**	-,572**	,187*	,019	,485**	,085	1,000	-,356**
	Sig. (bilateral)	,646	,008	,000	,038	,830	,000	,347		,000
	N	124	124	124	124	124	124	124	124,000	124
BIENESTAR S.	Correlación de Pearson	,242**	,503**	,600**	-,289**	,197*	-,318**	-,222*	-,356**	1,000
	Sig. (bilateral)	,007	,000	,000	,001	,029	,000	,013	,000	
	N	124	124	124	124	124	124	124	124	124,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla n. 170 Correlaciones escalas mujeres cuidadoras

14. Residuos estandarizados

MATRIZ DE RESIDUOS ESTANDARIZADOS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	0,000								
2	0,052	0,000							
3	-0,087	-0,071	0,000						
4	-0,071	0,039	-0,092	0,000					
5	0,242	0,131	-0,096	0,119	0,000				
6	0,098	0,009	-0,011	-0,041	0,013	0,000			
7	-0,149	-0,031	-0,012	0,003	0,083	0,041	0,000		
8	0,136	-0,016	-0,118	-0,017	0,145	0,059	-0,085	0,000	
9	0,061	0,039	0,001	-0,017	0,052	0,069	-0,043	0,079	0,000

MATRIZ DE RESIDUOS ESTANDARIZADOS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	ESCALA DE RESILIENCIA EN CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA								
2.	ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL								
3.	ESCALA DE CONTROL PERCIBIDO EN EL ROL DE CUIDADORAS DE ENFERMOS CON DEMENCIA								
4.	ESCALA DE PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS EN ENFERMOS CON DEMENCIA								
5.	ESCALA DE VALORES								
6.	ESCALA DE CREENCIAS IRRACIONALES								
7.	ESCALA DE MALESTAR EN ACONTECIMIENTOS VITALES								
8.	ABANDONO/EVITACIÓN (EA.1)								
9.	BIENESTAR SUBJETIVO								

Tabla n. 171 Matriz de residuos estandarizados