

Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer

José Antonio Muela Martínez, Carlos Jesús Torres Colmenero y Eva M^a Peláez Peláez
Universidad de Jaén

Las estrategias de afrontamiento se han dividido tradicionalmente en *centradas en el problema* y *centradas en la emoción*. Otra clasificación podría considerar la adecuación de la estrategia a la situación planteada. El cuidador de enfermos de Alzheimer se ve sometido a situaciones estresantes como consecuencia de su labor. Se pretende estudiar la relación entre estrategias y *carga* y entre estrategias y optimismo, así como comparar estos dos tipos de clasificaciones (Centradas en el problema/emoción contra adecuadas/inadecuadas). En este estudio participaron 85 cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. Se han encontrado diferencias en el número de estrategias inadecuadas usadas en función del nivel de *Carga*. Asimismo, existe relación entre optimismo y estrategias inadecuadas así como entre optimismo y estrategias centradas en el problema. Estos resultados muestran la utilidad de usar un criterio de adecuación de las estrategias a la situación planteada en cuidadores de enfermos de Alzheimer.

Comparison among different classifications of coping strategies in caregivers of Alzheimer patients. Traditionally the coping strategies have been divided into focused on the problem and focused on the emotion. Another classification could consider the adequacy of the strategy to the proposed situation. The caregiver of Alzheimer Patient is under stressful situations as a consequence of his task. It is sought to study the relationship strategy-burden and strategy-optimism, as well as to compare these two types of classifications (focused on the problem / emotion versus appropriate / inadequate). In this study 85 principal caregivers of Alzheimer Patients, participated. There have been found differences in the number of inadequate strategies used in function of the level of Burden. Also significant relationships between optimism-inadequate strategies and optimism-strategies focused on the problem have appeared. These results show the utility of using a criterion of adaptation from the strategies to the proposed situation in the caregivers of Alzheimer Patients.

En los últimos 20 años se han llevado a cabo numerosos trabajos centrados en los cuidadores de enfermos de Alzheimer y en las consecuencias negativas derivadas de estar a cargo de un enfermo de estas características. Asimismo son abundantes las variables estudiadas con el fin de delimitar cuáles guardan una mejor relación con el malestar del cuidador y cuáles pueden predecirlo con una mayor exactitud. Entre estas variables está bien asentada la relación entre altos niveles de depresión y ser cuidador de un enfermo de Alzheimer (Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995; Lasema et al., 1997), siendo incluso un factor de riesgo para la aparición de episodios de violencia hacia el cuidador (Paveza et al., 1992). La falta de apoyo social (Pushkar-Gold, Cohen, Shulman, Zuccherro, Andres y Etezadi, 1995) y más concretamente la falta de satisfacción con los lazos sociales (Stuckey y Smith, 1997) se relacionan con un peor estado psicológico del cuidador. Una peor salud física percibida también caracteriza a estos cuidadores (Pushkan et al. 1995). Por último, el síndrome de burnout también

ha sido recientemente descrito en cuidadores de enfermos de Alzheimer (Peinado y Garcés de los Fayos, 1998)

Otra variable de gran importancia estudiada desde principios de los ochenta es la *carga* del cuidador, evaluada a través de la escala elaborada por Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980). La *carga* es la valoración o interpretación que hace el cuidador ante unos estresores derivados del cuidado, de lo que puede seguirse un mejor o peor ajuste según lo negativo de la valoración y los recursos y habilidades del cuidador (Montorio, Izal, López y Sánchez, 1998). Así, utilizando la escala de Zarit et al. (1980), se han encontrado variables predictoras de *carga* tales como depresión y salud física (Lawton, Moss, Kleban, Glicksman y Rovine, 1991; Vitaliano, Russo, Young, Teri, y Maiuro, 1991), apoyo social y asertividad (Muela, Torres y Peláez, 2001), etc.

Todas estas variables pueden ver modulada su influencia por las capacidades y habilidades de las que disponga el sujeto para enfrentarse a ellas. En el marco del modelo desarrollado por Pearlin (1990), el modo en que la salud mental de los cuidadores de enfermos de Alzheimer puede verse afectado por las tareas propias del cuidado, depende de un proceso de múltiples interacciones entre estresores primarios y secundarios, apoyo social y recursos y estrategias de afrontamiento. Para definir estas últimas el modelo que se utiliza como referencia es el modelo de estrés de Lazarus y Folkman, (1984). Brevemente, en éste se plantea que una situación am-

biental que puede ser potencialmente nociva (estresor) es evaluada por la persona en términos de si es de hecho amenazante o no para la persona (evaluación primaria). Si se juzga que es amenazante, nocivo, o supone un reto, comienza un proceso de evaluación secundaria donde la persona juzga si tiene medios disponibles y adecuados para hacer frente al potencial estrés (estrategias de afrontamiento). Así pues, Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como «los esfuerzos cognitivos continuamente cambiantes para manejar las demandas internas y/o externas que son estimadas como impositivas o que exceden los recursos de la persona» (p.99). Una de las clasificaciones de estrategias de afrontamiento más utilizada en la literatura es la que divide el estilo en afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción.

Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga (1999) definen el *afrontamiento centrado en el problema* como el referido a los intentos del cuidador por controlar las situaciones problemáticas que se le plantean a través de alguna acción directa, solucionando problemas mediante la toma de decisiones, búsqueda de información, etc. Todas estas acciones tienen en común el objetivo de intentar solucionar eficazmente la situación planteada. El *afrontamiento centrado en la emoción* por el contrario se utiliza para controlar ésta y reducir las emociones negativas consecuentes al estrés. En este tipo de afrontamiento se incluyen estrategias tales como evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas, extracción de valores positivos, regulación afectiva, descarga emocional, aceptación y reevaluación de la situación. El afrontamiento centrado en el problema se ha relacionado tradicionalmente con una mejor salud tanto física como mental (Pushkar et al., 1995). Sin embargo estos hallazgos, a veces, son contradictorios atribuyéndolo Lutzky y Knight (1994) al uso de diferentes instrumentos de medida con diversas definiciones de solución de problemas.

Por su parte, Williamson y Schulz (1993) no utilizan ningún tipo de clasificación para las estrategias de afrontamiento, relacionando directamente una serie de estrategias utilizadas en situaciones que resultan estresantes para los cuidadores de enfermos de Alzheimer con sus niveles de depresión. Estos autores encontraron que la estrategia denominada «ilusiones irracionales», definida como el deseo de que todos los problemas se solucionen solos, es la única que se relaciona con depresión independientemente de la situación planteada, el resto son específicas de cada situación.

Montorio et al. (1999) señalan que entre cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer, el empleo de ambos tipos de afrontamiento (centrado en el problema, centrado en la emoción) puede resultar beneficioso, si bien, esto dependerá de la concordancia entre la naturaleza del estresor y el tipo de estrategia utilizada. De este modo, el uso de una estrategia centrada en el problema cuando el estresor no es controlable puede resultar contraproducente, generando un aumento en el malestar del cuidador ya que no solucionaría el problema. En este caso la estrategia utilizada no sería adecuada, resultando más recomendable el uso de un afrontamiento centrado en la emoción. Este trabajo sugiere que las estrategias de afrontamiento son más o menos eficaces en función de la situación a la que se aplican más que por la propia estrategia en sí. Una estrategia apropiada en una situación determinada puede no serlo en otra diferente y viceversa. Sin embargo, pese a la obviedad de esta afirmación, no existe una clasificación que evalúe la adecuación de las estrategias de afrontamiento a la situación concreta.

No obstante, hay una línea de investigación que apoya este punto de vista: En la década de los ochenta, Scheier y Carver comen-

zaron a destacar la importancia de la variable de personalidad *optimismo disposicional* entendida como la expectativa o creencia estable y generalizada, de que en la vida ocurrirán cosas positivas, atribuyéndole un probable efecto beneficioso para la salud (Scheier y Carver, 1987). Diversos estudios confirman esta relación (Scheier y Carver, 1992,1993), incluso en cuidadores de enfermos de Alzheimer (Hooker, Monahan, Shifren y Hutchinson, 1992). Una posible explicación apunta a que los optimistas utilizan estrategias de afrontamiento diferentes a las usadas por los pesimistas (Scheier y Carver, 1987,1993), señalando que los optimistas no sólo tienden a utilizar más estrategias de afrontamiento centradas en el problema que los pesimistas, sino que, además, también utilizan estrategias centradas en la emoción cuando no existen posibilidades reales de solucionar el problema (Scheier, Weintraub y Carver, 1986). Así pues, parece ser que si bien los optimistas usan como primera opción las estrategias centradas en el problema, esto no constituye una limitación, priorizando la utilización de una estrategia adecuada a la situación (ya sea centrada en el problema o centrada en la emoción). Este modo de actuar no se ha estudiado en cuidadores de enfermos de Alzheimer.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, los objetivos de este trabajo son:

- Establecer las estrategias utilizadas por cuidadores de enfermos de Alzheimer y su relación con la *carga* percibida y el optimismo disposicional de estos.
- Comparar los dos tipos de clasificaciones de estrategias (Centradas en la emoción/ problema contra adecuadas/ inadecuadas a la situación) en función de su relación con *carga* percibida y optimismo disposicional en los cuidadores de enfermos de Alzheimer.

Metodología

Sujetos

Participaron en este estudio 85 sujetos cuidadores principales de enfermos de Alzheimer, entendiendo por cuidador principal a la persona que más tiempo le dedica al enfermo de todas las que componen el entorno familiar. El deterioro cognitivo fue evaluado a través del MEC (Miniexamen Cognoscitivo) de Lobo (1979) o del Test del Informador (Jorm y Jacomb, 1989) en aquellos pacientes a los que no se les pudo administrar la primera prueba (bien por negarse el propio paciente a colaborar, bien porque el cuidador no diese su consentimiento al equipo de investigación de este trabajo para contactar con el enfermo).

Todos los cuidadores eran familiares que convivían con el enfermo y pertenecían a distintas Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Andalucía. Los cuidadores tenían una media de edad de 49 años y los enfermos de 74 años.

Medidas

Las medidas que se utilizaron fueron:

- Miniexamen Cognoscitivo (MEC) de Lobo (1979). Consiste en una prueba que evalúa el deterioro cognitivo del enfermo y que puntúa de 0 a 35 puntos, siendo el criterio adoptado en esta investigación el de asumir de 0 a 10 puntos como deterioro severo, de 11 a 23 puntos como deterioro modera-

do, de 24 a 28 puntos como deterioro leve y de 29 a 35 puntos como ausencia de deterioro. Cuando el estado clínico del enfermo impedía la administración de la medida (no era capaz de responder a ninguno de los ítem del cuestionario), se asumía que el deterioro del enfermo era severo.

- Test del informador (Jorm y Jacomb, 1989), en la adaptación española de Del Ser, Morales, Barquero, Cantón y Bermejo (1997). Esta prueba evalúa el rendimiento cognitivo y cómo ha cambiado a lo largo del tiempo. Al correlacionar con demencia, se utiliza para la detección de ésta. Se administra a los cuidadores y consta de 26 ítem que puntúan entre 1 y 5 puntos, estando el punto de corte para demencia leve en 85.
- Escala de *Carga* de Zarit et al. (1980), en la versión española de Izal y Montorio (1994). Consta de 22 ítem que miden la *carga* percibida por el cuidador de un enfermo de Alzheimer. Cada ítem puntúa entre 0 y 4 puntos. Una puntuación igual o superior a 45 clasifica al cuidador de «alta carga», mientras que una puntuación inferior a ésta lo clasifica de «baja carga» (León-Carrión, 2000).
- Inventario de Situaciones Potencialmente Estresantes (ISPE) de Muela, Torres y Peláez (en preparación). Consta de 16 ítem referidos a situaciones que pueden generar estrés en el cuidador de un enfermo de Alzheimer. Se aplica en forma de entrevista, en la que el cuidador debía informar si la situación planteada le ocasionaba malestar (y en qué cantidad) y en caso afirmativo, explicar lo que hacía para afrontar el problema y reducir su malestar, información que era registrada por escrito por el entrevistador. El ISPE aporta información sobre el número de situaciones estresantes que afronta el cuidador, la cantidad subjetiva de malestar que esto le genera y las estrategias de afrontamiento que utiliza en cada situación. En este trabajo se hará uso únicamente de esta última información. El ISPE aún no está validado con población española. Su forma de corrección está detallada en la sección «procedimiento» de este mismo trabajo.
- Test de Orientación Vital (TOV) de Scheier, Carver y Bridges (1994), en la adaptación al español de Otero (1998). Prueba que evalúa de un modo breve (son 10 ítem) el optimismo disposicional.

Procedimiento

La investigación se llevó a cabo gracias a la colaboración de diversos miembros de la *Sociedad Andaluza de Psicogerontología* quienes facilitaron el acceso del equipo investigador a cuidadores y enfermos. Dicho equipo estaba constituido por psicólogos entrenados para administrar las diferentes pruebas utilizadas.

Las medidas fueron contrabalanceadas y se administraron al sujeto sin la presencia de ninguna otra persona.

El procedimiento seguido para la identificación de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores y medidas a través del ISPE fue el siguiente: Cada una de las estrategias de referencia fueron definidas operativamente y de un modo objetivo. Se entrenó a 5 jueces (psicólogos) en el conocimiento de estas estrategias utilizando todos el mismo material (definiciones de las estrategias, ejemplos de las mismas...). Se definieron una serie de criterios generales y sencillos que permitieran clasificar la estrategia usada en cada caso entre adecuada e inadecuada. Los criterios fueron:

1. Intentar resolver el problema cuando el problema tiene solución es *adecuado*.
2. Intentar resolver el problema cuando éste no tiene solución es *inadecuado*
3. No intentar resolver el problema cuando tiene solución es *inadecuado*
4. No intentar resolver el problema cuando este no tiene solución es *adecuado*
5. Utilizar estrategias que puedan tener consecuencias perniciosas para el enfermo o el cuidador es *inadecuado*.

Posteriormente, sobre las respuestas anotadas por el entrevistador como explicación de la conducta realizada por el cuidador ante cada situación estresante, se discutía por los cinco jueces y se determinaba la estrategia de afrontamiento utilizada, así como el signo de la misma, esto es, si era adecuada a la situación planteada o no, debiendo haber al menos un 80% de acuerdo interjueces (al menos 4 de los 5 jueces debían estar de acuerdo para aceptar su decisión).

Se realizó otra clasificación en función de que el afrontamiento estuviera centrado en el problema, (cuando se utilizaba la estrategia «acción directa»), o centrado en la emoción (que incluía las estrategias de «aceptación», «distracción», «catarsis», «apoyo social», «redefinición de la situación», «evitación» y «estoicismo»), clasificación ya utilizada en estudios anteriores (Crespo y Cruzado, 1997; Montorio et al., 1999).

Resultados

Para comprobar si existen diferencias en el tipo de estrategias utilizadas así como en el número de situaciones estresantes a las que se enfrentan los cuidadores con baja *carga* respecto a los de alta *carga*, se realizaron cinco análisis no paramétricos (prueba de Mann-Whitney) para diseños unifactoriales entregrupos (mostrar alta o baja *carga*) sobre las siguientes cinco variables referidas a los cuidadores: número de estrategias adecuadas utilizadas, número de estrategias inadecuadas utilizadas, número de estrategias centradas en el problema empleadas, número de estrategias centradas en la emoción usadas y número de situaciones estresantes que sufren los cuidadores.

Aparecen diferencias en el número de estrategias inadecuadas y centradas en la emoción en función de la *carga* percibida. Sin embargo también se obtienen diferencias en el número de situaciones estresantes vividas. Debido a que los cuidadores con más *carga* son también aquellos que más situaciones estresantes sufren, los datos pueden estar contaminados en el sentido de que si padecen más situaciones estresantes, usarán más estrategias de afrontamiento de cualquier tipo. Para intentar reducir el efecto que el número de situaciones pueda tener en la distribución de las estrategias, se seleccionó una parte de la muestra de sujetos con puntuaciones centrales en la variable «número de situaciones estresantes» de tal forma que no hubiese diferencias en el número de situaciones estresantes para cuidadores con alta o baja *carga*. Los casos seleccionados tienen entre 6 y 9 situaciones estresantes (28 cuidadores con baja *carga* y 10 con alta *carga*). Se realizaron de nuevo las cinco pruebas no paramétricas sobre las mismas variables en la muestra seleccionada de 38 cuidadores. Los resultados aparecen en la tabla 1.

Asegurada la no influencia del número de situaciones (no hay diferencias entre la cantidad de situaciones estresantes que pade-

cen los que tienen alta *carga* y los que tienen baja *carga*), sólo aparecen diferencias significativas en la cantidad de estrategias inadecuadas utilizadas por los cuidadores en función de su nivel de *carga* (mayor en alta *carga*).

Con respecto a la variable optimismo, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre las puntuaciones del test TOV y el número de situaciones estresantes, no apareciendo una relación significativa entre ambas variables ($r = -0.064$; $p = 0.551$). Además, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones del TOV con las distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento: los resultados muestran una

relación no significativa entre optimismo y estrategias adecuadas ($r = 0.131$; $p = 0.242$) y entre optimismo y estrategias centradas en el problema ($r = 0.174$; $p = 0.111$). Por el contrario sí que aparecen como estadísticamente significativas las relaciones entre optimismo y estrategias inadecuadas ($r = -0.386$; $p < 0.001$) y entre el optimismo y las estrategias centradas en la emoción ($r = -0.243$; $p < 0.05$).

También se calcularon los coeficientes de correlación de la frecuencia de uso de cada estrategia por separado con las puntuaciones del TOV. Para ello se seleccionaron aquellas estrategias que hubieran sido utilizadas por al menos 10 sujetos (esto se hizo con el objetivo de evitar correlaciones con un número de sujetos excesivamente bajo). Los resultados aparecen en la tabla 2.

Discusión

El objetivo principal de este trabajo era comparar dos diferentes formas de categorizar las estrategias de afrontamiento utilizadas por cuidadores de enfermos de Alzheimer a la hora de enfrentarse a situaciones estresantes, una de gran tradición en la literatura (centradas en la emoción/ centradas en el problema) y otra novedosa propuesta por los autores (adecuadas/ inadecuadas), al menos en el modo de evaluarlas. Esta comparación se ha realizado en función de cómo se relacionan estas estrategias con las variables de *carga* y optimismo disposicional.

En primer lugar, aparecen diferencias significativas en el número de situaciones estresantes en función de *carga*, dato ya encontrado en otro estudio anterior en el que se utilizaba el inventario ISPE (Muela, Torres y Peláez, en preparación). Parece lógico esperar que a mayor número de situaciones estresantes, los cuidadores experimenten una mayor *carga*. Así, las diferencias encontradas entre cuidadores con alta *carga* y baja *carga* en la frecuencia de uso de las estrategia adecuadas, inadecuadas y centradas en la emoción puede estar contaminada. Por esto se seleccionó un grupo de cuidadores utilizando como criterio mostrar un número intermedio de situaciones estresantes. Estos valores intermedios se obtuvieron eliminando los cuatro valores extremos superiores e inferiores (amplitud entre 2 y 13 situaciones estresantes), escogiendo tan sólo aquellos cuidadores que tanto con alta como con baja *carga* mostraban de 6 a 9 situaciones estresantes.

Con esta medida, sólo aparecen diferencias estadísticamente significativas en el número de estrategias inadecuadas, en el sentido de que aquellos cuidadores con alta *carga* percibida utilizan más estrategias inadecuadas. El uso de un número mayor o menor de estrategias adecuadas no parece tener importancia a la hora de diferenciar a los grupos por el nivel de *carga* percibida. Es decir, que lo que diferencia a los cuidadores de enfermos de Alzheimer con alta *carga* de los que presentan baja *carga* no es el número de estrategias adecuadas que usan (que es similar), sino el número de estrategias inadecuadas que emplean los primeros (superior a los empleados por los sujetos que presentan baja *carga*). Esto puede ser debido a que *carga* es una medida de malestar, y no de bienestar. Así, el uso de estrategias inadecuadas conlleva la no resolución del problema que puede resolverse o el perseverar en resolver un problema que no tiene solución y, por consiguiente, provoca la aparición de la frustración y el aumento de la sensación de *carga*. Sin embargo, el uso de estrategias adecuadas hace que se resuelva el problema que puede ser solucionado o que el sujeto se adapte a aquél que no tiene solución, lo que no genera *carga*. En otras palabras, el uso de estrategias adecuadas no parece prevenir la apari-

Tabla 1
Diferencias entre estrategias en función de *carga* en muestra total y controlando el número de situaciones

Variables	Niveles de carga	N	Media	Sx	U	p
Estrategias adecuadas	Baja carga	58	5.45	2.28	530.5	<0.05
	Alta carga	27	6.44	2.29		
Estrategias inadecuadas	Baja carga	58	1.89	1.84	401	<0.001
	Alta carga	27	3.68	2.29		
Nº situaciones estresantes	Baja carga	58	7.36	2.89	431.5	<0.001
	Alta carga	27	9.86	2.30		
Centradas en el problema	Baja carga	58	2.81	1.99	707.5	>0.05
	Alta carga	27	3.04	1.76		
Centradas en la emoción	Baja carga	58	4.43	2.73	489.5	<0.05
	Alta carga	27	6.88	3.15		
Estrategias adecuadas	Baja carga	28	5.82	1.70	132.5	>0.05
	Alta carga	10	5.80	1.62		
Estrategias inadecuadas	Baja carga	28	2.21	1.99	82.5	<0.05
	Alta carga	10	3.40	1.96		
Centradas en el problema	Baja carga	28	3.36	2.00	123	>0.05
	Alta carga	10	3.00	1.49		
Centradas en la emoción	Baja carga	28	4.68	2.31	89	>0.05
	Alta carga	10	6.20	2.53		
Nº situaciones estresantes	Baja carga	28	7.59	1.21	132	>0.05
	Alta carga	10	7.80	1.14		

Tabla 2
Correlaciones entre optimismo y frecuencia de cada estrategia por separado

Estrategia	Rango	Media	Sx	N ¹	R
Acción directa	0.8	2.88	1.92	76	0.174
Aceptación	0.5	1.09	1.12	55	-0.62
Catarsis	0.7	0.84	1.33	35	-0.303*
Distracción	0.5	0.85	1.21	39	-0.040
Redefinición situación	0.3	0.52	0.79	31	-0.202
Apoyo emocional	0.5	0.84	1.02	42	0.118
Estoicismo	0.2	0.22	0.47	17	-0.137
Deseo irracional	0.2	0.12	0.36	10	-0.405**
Religión	0.2	0.15	0.39	12	-0.021
Evitación	0.2	0.28	0.57	19	-0.088
Drogas	0.2	0.07	0.30	5	-0.005
Relajación	0.2	0.07	0.30	5	-0.021

* $p < 0.05$ ** $p < 0.001$ N¹: Número de sujetos que utilizan cada estrategia

ción de *carga*. Posiblemente, evite que se genere más, pero no parece disminuir la que ya existe. Así pues, es el uso de estrategias inadecuadas el que genera *carga* en el cuidador y, posiblemente, un entrenamiento encaminado a disminuir este tipo de estrategias sí reduciría la sensación de *carga*.

La clasificación de las estrategias en centradas en el problema o en la emoción no es útil para diferenciar a los grupos de cuidadores con alta o baja *carga*, pues cuando el número de situaciones estresantes es similar en los dos grupos, no aparecen diferencias en la frecuencia de uso de ninguno de los dos tipos de estrategias. De esta forma, la clasificación de las estrategias en adecuadas o inadecuadas se muestra más sensible para diferenciar (y para explicar) los niveles de *carga* que experimentan los cuidadores. Hay que tener en cuenta que en este contexto, muchos de los problemas que plantea el enfermo no tienen solución real, y que la estrategia más adecuada sería la centrada en la emoción, tradicionalmente considerada como menos eficaz para solucionar el problema. En este caso, puede suponer que el sujeto se adapte con más rapidez al problema.

Por otra parte y en relación a la variable optimismo disposicional, las correlaciones estadísticamente significativas e inversas obtenidas con estrategias centradas en la emoción y estrategias inadecuadas indican que ambas clasificaciones son igualmente útiles para predecir el optimismo disposicional. En los dos casos, un mayor optimismo indica un menor uso de este tipo de estrategias, lo cual es coherente con lo señalado por Scheier et al. (1994) en el

sentido de que los optimistas tienden a utilizar más estrategias centradas en el problema, pero no de un modo invariable, sino que también utilizan estrategias centradas en la emoción si la situación estresante o el problema planteado así lo requiere.

La principal ventaja de la nueva clasificación propuesta radica en su clara adaptación a la situación y en la posibilidad de hacer una evaluación e intervención específica de las respuestas de los cuidadores a las situaciones estresantes concretas que se les plantean. La intervención debe basarse tanto en la identificación de las situaciones que generan malestar en el cuidador, ya que no son las mismas para todos los cuidadores (o aunque fuesen idénticas situaciones, pueden generar en unos malestar y en otros no), como en la detección de las estrategias que se están utilizando de un modo inapropiado. Probablemente la disminución de estrategias inadecuadas conduzca a la reducción del malestar generado por esa situación. No consistiría por tanto en fomentar el uso indiscriminado de estrategias centradas en el problema, sino en hacerlo sólo cuando esto sea adecuado al problema, debiéndose trabajar en la misma medida en las estrategias centradas en la emoción cuando sea pertinente.

Los resultados obtenidos refuerzan la idea de considerar la relación situación estresante-estrategia de afrontamiento como un punto básico para evaluar la adecuación de la respuesta emitida por el cuidador, más allá de consideraciones relativas a si ésta está centrada en la emoción o en el problema.

Referencias

- Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92), 797-830.
- Del Ser, T., Morales, J.M., Barquero, M.S., Cantón, R. y Bennejo, F. (1997). Application of a spanish version of the «Informant questionnaire on cognitive decline in the elderly» in the clinical assesment of dementia. *Alzheimer and Disease Associated Disorders*, 11, 3-8.
- Hooker, K., Monahan, D., Shiftren, K. y Hutchinson, C. (1992). Mental and physical health of spouse caregivers: The role of personality. *Psychology and Aging*, 7(3), 367-375.
- Izal, M. y Montorio I. (1994). Evaluación del medio y del cuidador del demente. En: Ser, T. del y Peña-Casanova, J. (Eds.). *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia* (201-222) Barcelona: Prous.
- Jom, A.F. y Jacomb, P.A. (1989). An Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): Socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychological Medicine*, 19, 1.015-1.022.
- Lasema, J., Castillo, A., Peláez, E., Navío, L., Torres, C.J., Rueda, S., Ramírez, N. y Pérez, M. (1997). Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares-cuidadores de enfermos de alzheimer. *Psicología Conductual*, 5(3), 365-75.
- Lawton, M., Moss, M., Kleban, M., Glicksman, A. y Rovine, M. (1991). A two factor-model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology*, 46(4), 181-89.
- Lazarus R. y Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leon-Carrion, J.M. (2000). Intervención psicosocial para mejorar la calidad de vida en los cuidadores-familiares de enfermos de Alzheimer. Conferencia impartida en el I Symposium Internacional sobre calidad de vida. Granada.
- Lobo, A., Ezquerra, J., Burgada, F.G., Sala, J.M. y Seva, A. (1979). El Mini-Examen cognoscitivo (Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos). *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 7, 189-202.
- Lutzky, S. y Knight, B. (1994). Explaining gender differences in caregiver distress: The roles of emotional attentiveness and coping styles. *Psychology and Aging*, 9(4), 513-19.
- Montorio, I., Izal, M., López, A. y Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-48.
- Montorio, I., Yanguas, J. y Díaz-Veiga, P. (1999). El cuidado del anciano en el ámbito familiar. En: Izal, M., Montorio, I. (Eds.). *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación* (pp. 141-158). Madrid: Síntesis.
- 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 Geriatría y Gerontología*, 36(1), 41-45.
- Muela, J.A., Torres, C.J. y Peláez, E.M. (en preparación). Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer.
- Otero, J.M. (1998). Optimismo y salud. Una relación a explorar. En Otero, J.M., *Psicología de la personalidad. Manual de prácticas* (pp. 219-243). Barcelona: Ariel.
- Paveza, G., Cohen, D., Eisdorfer, C., Freels, S., Semla, T., Ashford, W., Gorelick, P., Hirschman, R., Luchins, D. y Levy, P. (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 32(4), 492-7.
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S. y Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-95.
- Peinado, A.I. y Garcés de los Fayos, E.J. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer. El síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*, 14 (1), 83-93.
- Pushkar-Gold, D., Cohen, C., Shulman, K., Zuccherro, C., Andres, D. y Etezadi, J. (1995) Caregiving and dementia. *International Journal of Aging and Human Development*, 41(3), 183-201.
- Scheier, M.F., Weintraub, J.K. y Carver, C.S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology* 51, 1.257-1.264.

- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1992) Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4, 219-47.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Psychological Science*, 2, 26-30.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. y Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1.063-1.078.
- Schulz, R., O'Brien, A., Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995) Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates and causes. *The Gerontologist*, 35 (6), 771-91.
- Stuckey, J. y Smyth, K. (1997). The impact of social resources on the Alzheimer's disease caregiving experience. *Research on aging*, 19(4), 423-41.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Young, H., Teri, L. y Maiuro, R.D. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 6, 392-402.
- Williamson, G.M y Schulz R. (1993). Coping with specific stressors in Alzheimer's disease caregiving. *The Gerontologist*, 33(6), 747-55.
- Zarit, S., Reever, K. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of impaired aged. Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-55.