

Contenido

Contenido.....	1
1. <i>Introducción: Resiliencia</i>	2
1.1. <i>De la Adaptabilidad a la Resiliencia: Etimología del concepto</i>	2
1.2. <i>Origen y Desarrollo Cronológico del término</i>	2
1.3. <i>Definiciones</i>	6
1.4. <i>Conceptos relacionados con la Resiliencia pero que no son Resiliencia</i>	10
Recuperación:.....	10
Competencia.....	11
Vulnerabilidad/Invulnerabilidad.....	12
Dureza/Hardiness.....	13
Humor.....	14
1.5. <i>Cuando la resiliencia se hace personalidad: Hardiness (Dureza)</i>	15
1.6. <i>Mediciones de la Resiliencia</i>	17
1.7. <i>Formas de aumentar la Resiliencia</i>	21
2. <i>Cuidadores de Enfermos de Alzheimer</i>	22
2.1. <i>Definición de cuidador y distinción entre cuidadores formales e informales</i> ...22	
2.2. <i>Cuidadores Formales o Profesionales</i>	26
2.3. <i>Cuidadores Informales o No Profesionales</i>	26
2.4. <i>Consecuencias negativas y positivas del cuidado</i>	28
2.5. <i>Modelos explicativos sobre las consecuencias del cuidado</i>	30
2.5.1. <i>Modelo de predisposición e incitación (Rabins, 1997)</i>	30
2.5.2. <i>Modelo diádico cuidador-mayor (Corbeil y cols., 1999)</i>	31
2.5.3. <i>Modelo sociocultural (Olshveski, Katz y Knight, 1999)</i>	31
2.5.4. <i>Modelo de los dos factores (Lawton y cols., 1991)</i>	32
2.5.5. <i>Modelo multidimensional de agentes estresantes (Pearling et al., 1990)</i>	32
2.5.6. <i>Modelo Doble ABCX adaptado al cuidado informal (Hill, 1949) (j))))))</i> 33	
3. <i>Tipos de Intervenciones en los Cuidadores de EA</i>	34
3.1. <i>Apoyo formal o “servicios de respiro”</i>	34
3.2. <i>Programas Psicoeducativos</i>	35
3.3. <i>Grupos de Autoayuda</i>	36
3.4. <i>Intervención Psicoterapéutica</i>	36
3.4.1. <i>Propuesta de Programa de intervención multicomponente</i>	37
Fase 0 “Evaluativa”.....	37
Referencias.....	38

Resumen:

El concepto de Resiliencia en psicología se toma de la ingeniería de materiales para definir la propiedad de aquellos materiales que son capaces de soportar grandes dosis de presión sin romperse, para cuando cese esa presión volver a su estado natural. Esta cualidad la toma la psicología para definir a aquellos individuos que aun habiendo vivido situaciones adversas y de mucho estrés, son capaces no sólo de sobreponerse a éstas sino ser transformados por ellas. Esto ocurre también en los cuidadores dependientes que presentan enfermedad de Alzheimer.

Palabras Clave: Resiliencia, Hardiness, Cuidador, Consecuencias del estrés, Apoyo Formal, Grupos de Autoayuda, Dependencia.

Abstract: The concept of Resilience is defined as the property of materials that makes them resistant to big amount of pressure (physically speaking). In this way, psychology field appropriates this term to refer to individuals that, though having lived traumatic and stressful situations, they are able to pull their self together and get over these situations; being able to experience an inner growth sensation. In these manners, this can be extrapolated to most Alzheimer's caregivers, a labor that, having great dose of chronic stress, most of the carers come upon positive consequences. Anyway, in this work, despite describing in depth the concepts of resilience and care-giving, it is briefly expound a proposal of a intervention program as a way of managing the negative consequences of the care-giving.

Key Words: Resilience, Hardiness, Caregiver, Consequence, Formal support, Psychoeducation, Dependency.

1. Introducción: Resiliencia

1.1. De la Adaptabilidad a la Resiliencia: Etimología del concepto

<<Cuando sopla el viento del cambio, unos edifican muros y otros construyen molinos>>. Esta frase está sacada de un antiguo proverbio asiático que hace referencia a la adaptación y la oportunidad de crecimiento que algunos individuos ven en las situaciones de adversidad, y la necesidad de simplemente protegerse y esperar a que pase el mal temporal que ven otros cuando está activo cualquier estresor vital.

Y es sobre el primer tipo de individuos sobre los que se pretende reflexionar y analizar en esta revisión teórica, y sobre la cualidad que representan, la resiliencia y distinguirla a su vez del tipo de personalidad resiliente también llamado hardiness.

La resiliencia es tan antigua como la humanidad, de ahí que el origen del término hunda sus raíces en la lengua latina del concepto “resilio” o “resilire” que viene a significar todo aquello que “retrocede o vuelve atrás de un salto”, “rebota”, en el sentido de volver a su estado de origen, y también viene a significar “apartarse” o “desviarse” (Masten, 1999).

1.2. Origen y Desarrollo Cronológico del término

Originariamente el término resiliencia ha sido estudiado desde diferentes ciencias, como son la Economía, Antropología, Biología, Medicina, Ingeniería, etc.

En la Física y la Ingeniería de Materiales la resiliencia es la propiedad de algunos materiales que expresa su capacidad para absorber la energía recibida tras el impacto de una masa, deformarse sin romperse y volver a su extensión original una vez cesa la presión del golpe (un ejemplo de material resiliente sería la caña de bambú o una pelota de goma).

Y es en la Psicología donde transforma a este constructo haciéndolo virar desde la norma establecida en un enfoque para el cual una situación amenazante es igual a psicopatología, déficits, carencias, desventajas y conductas de riesgo a otro enfoque en el que una situación adversa se ve como una oportunidad de optimizar recursos, fortalecerse y potenciarse de manera positiva ante el sufrimiento de la adversidad por medio de los factores de protección y riesgo que fundamentan un desarrollo sano del individuo aun experimentando una situación insana (Salgado, 2005).

El estudio de la resiliencia por parte de la psicología surge ante lo sorprendente

que resultó observar que algunos individuos en contextos de riesgo no sólo no veían su mundo mental desestabilizado sino que conseguían adaptarse de manera positiva a la situación y además se sentían realizados experimentando una especie de crecimiento personal interno ante los mismos. Cuando la psicología de la época esperaba que todos esos individuos sucumbiesen desarrollando trastornos mentales y conductas desadaptativas, convirtiendo la visión de su futuro en un cuadro de inestabilidad y desesperanza a nivel emocional y en términos de salud mental general, irrumpieron en el panorama unos resultados “demasiado positivos”, por lo que se buscó investigar la razón de esta extravagancia, cuyos estudios de referencia fueron los trabajos de Garmezy (1971, 1974), Garmezy y Masten (1994), Masten (1999, 2001) y, otros autores como Bonanno (2004) y Vázquez (2005).

Este interés por el estudio de la resiliencia se transformó en tres áreas de investigación:

–Primero, los estudios registrados de la mano de Koupernick y Anthony (1970) sobre los factores de riesgo en los que se sacaron a la luz las diferencias individuales en la dimensión vulnerabilidad-invulnerabilidad según los factores de riesgo y protección que presenta la persona.

–Después, el descubrimiento y búsqueda de profundización en el estudio de los mecanismos innatos de vulnerabilidad-invulnerabilidad llevaron al estudio del temperamento. La personalidad resiliente se asoció al propio control emocional, la autonomía y a una actitud prosocial (Thomas y Chess, 1977).

–Y por último, las cualidades personales asociadas a la resiliencia, que protegen contra la adversidad y facilitan el equilibrio psicológico son el locus del control en el sentido del afrontamiento eficaz que comprende tanto la evitación como la acción de hacer frente (Rotter, 1966; 1975), y también, Sánchez-Teruel (2009) suma la autoestima y la autoeficacia a las cualidades que se consideran protectoras.

Pero ni que decir tiene que el hito que marcó este interés por el concepto fue el estudio realizado por Werner y Smith (1982) en la isla de Kauai (Hawai) en el año 1955, donde se hizo un seguimiento durante treinta y dos años a un grupo de 201 sujetos recién nacidos (al comienzo de la investigación eran 698 sujetos) que habiendo pasado su juventud en un ambiente socio-familiar desfavorecido, se estimaba para ellos un desarrollo psicosocial muy deficiente y la hipótesis resultó estar equivocada en 72 de estos 201 sujetos, pues al llegar a su vida adulta y al final del estudio epidemiológico

esta proporción de sujetos de la investigación llevaba una vida adaptada y sana a nivel social y mental, contrariamente a lo esperado por los investigadores.

Así, surgió en la década de los setenta la primera generación de investigadores de la resiliencia, los cuales buscaban identificar basándose en un modelo triádico (tres grupos de factores), qué factores de riesgo y de protección habían posibilitado que estos niños hubiesen crecido sanos aun partiendo sus vidas de un medio insano, con el objetivo de definir un poco más claramente el concepto de resiliencia con el que se adjetivaba a estos sujetos “fuertes” o “invulnerables” tras la investigación.

Estos 3 grupos de factores son: los atributos personales, las características familiares y el tercer factor es el ambiente o contexto en el que se desarrollan. Esta generación se centró en estudiar las características personales que favorecen la resiliencia una vez ya ha sido superada la situación adversa.

Un par de décadas después, en los años noventa, surge la llamada segunda generación de investigadores, con autores como Rutter (1985) y Grotberg (1995), los cuales además de interesarse por saber cuáles son los factores que componen la resiliencia, buscaban conocer de qué manera interaccionan y se interrelacionan dichos factores de riesgo y de protección, contemplando la noción de proceso para el concepto. Buscaron explorar modelos teóricos según los cuales se pueda promover la resiliencia de manera efectiva en programas sociales para todos los individuos. Por tanto, esta generación contempla la resiliencia como algo que puede ser desmenuzado y con las características bien definidas y las interacciones correctas, fomentado antes de que aparezca en la persona. Además, entienden la resiliencia como un proceso dinámico en el que influye el ambiente y las características del individuo en una relación recíproca donde la persona se adapta ante la situación de estrés. El modelo que sigue esta generación se llama modelo ecológico-transaccional, pues además de contar con que el individuo posee sus cualidades personales que ayudan a que sea resiliente, tiene en cuenta que la persona se halla inmersa en un ambiente familiar, comunitario e incluso cultural que interactúan entre sí y que fruto de la interacción aparece como resultado la resiliencia y con todo esto fomentarla por medio de programas sociales, como se ha dicho precedentemente.

Luthar y cols. (2000), como mejores representantes de la segunda generación de investigadores del concepto de resiliencia, la entienden como un proceso cambiante que resulta en la adaptación positiva en contextos adversos. Se distinguen en esta definición representativa del modelo ecológico-transaccional propio de la segunda generación de

investigadores tres elementos del concepto de resiliencia: adversidad, adaptación positiva y proceso entre los factores cognitivos, emocionales y socioculturales que influyen sobre la maduración del individuo. Definiendo un poco más en profundidad estos tres conceptos que configuran la resiliencia se establece un respaldo para la creación de programas de intervención en resiliencia que lleguen a diferentes colectivos sociales:

La adversidad o riesgo, es todo aquello que pone en peligro la estabilidad de cualquier persona en cualquier área de la vida, pudiendo ser definida de manera objetiva, por medio de instrumentos de medición, o subjetiva, simplemente señalando la percepción de malestar del niño en la situación que sea (Luthar, Cicchetti y Becjer, 2000; Luthar y Cushing, 1999; Kaplan, 1999). Para el diseño de programas de intervención es positivo que se especifique en lo que consiste dicho riesgo, si es subjetivo o medible por medio de instrumentos y, qué vínculo tiene con la adaptación positiva.

La adaptación positiva es lo que a posteriori advierte si ha habido adaptación ante el estresor o no, y será positiva si la persona no ha presentado signos de desajuste o cuando ha culminado las expectativas que se esperan para su etapa de desarrollo (teniendo en cuenta que las investigaciones que existen sobre el tema de “desarrollo normal” están realizadas con sujetos varones de clase media y cultura anglosajona – Rigsby, 1994- y que se sabe que es necesario cuidar la resiliencia durante todo el ciclo vital), su grupo cultural de pertenencia y para las distintas áreas del desarrollo humano (discrepancia necesaria en adaptación resiliente para todas las áreas: cognitivas, de conducta, social y emocional).

Y por último, el proceso, contempla la interacción entre los factores de riesgo y de protección de tipo familiar, bioquímico, fisiológico, cognitivo, afectivo, biográfico, socioeconómico, social y/o cultural, y que la resiliencia es el resultado de este proceso de influencia mutua entre los diferentes factores, dejando en manos de la institución familiar, social y cultural parte de la responsabilidad de presentar o no resiliencia por parte del individuo, y descartándola como un rasgo instaurado en la personalidad del ser humano (Luthar y cols, 2000).

En esta misma década, los años noventa, continuando con la segunda generación de investigadores, y como se decía al principio de este apartado el término fue tomado desde la física por parte de las ciencias sociales.

Autores como Rutter (1995) señalan que se ha aprovechado el concepto de la

propiedad que presentan aquellos materiales que pueden resistir la presión de una fuerza sobre sí mismos sin deformarse, cuando vuelven a su posición original, manteniendo su maleabilidad. Otros autores (Kotliarenco y cols, 1997) entienden la resiliencia en los materiales como la resistencia que tienen a romperse a causa de un golpe o presión que los puede deformar y, obviamente la fragilidad de un cuerpo se hace menor cuando aumenta su resistencia.

Y como se decía, adaptado a las ciencias sociales, y más concretamente a la psicología como una cualidad humana, la resiliencia es vista como la capacidad de vivir situaciones de riesgo o gran estrés y, conseguir desarrollarse psíquicamente de manera sana (Salgado, 2005).

Pese a que pudiera parecer que todos los investigadores comparten el concepto de lo que es la resiliencia, a continuación se revisarán las definiciones científicas que se han propuesto desde el ámbito de la psicología para seguir ahondando en su conocimiento.

1.1. Definiciones

La peor dificultad con la que cuenta el intento de definir el concepto de resiliencia es precisamente que no hay consenso todavía sobre lo que es esta característica ni cómo definirla de manera operativa (Becoña, 2006; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000) lo que ha generado que haya muchísimas definiciones del concepto, prácticamente tantas como autores se han ocupado de su estudio. Sin embargo, la mayoría de esas definiciones pueden agruparse en cinco tipos que se han construido para este trabajo:

Definiciones descriptivas de las características de la resiliencia:

- La definición más representativa de este grupo es la de Sánchez-Teruel (2009), quien opina que la resiliencia es la capacidad de salir airoso de las adversidades, terminando además transformando tanto la propia forma interpretar el mundo como adquiriendo la capacidad de transformar el contexto en el que habita la persona.
- Anteriormente, Vanistendael (1994), la observa como una propiedad con dos niveles: uno de resistencia frente al “golpe”, que se traduce como la capacidad de permanecer íntegro frente a un cambio desagradable del panorama estable de la vida; y otro, como la reconstrucción positiva y de transformación personal tras la vivencia de dicha experiencia.

- Un año después, Suárez-Ojeda y Krauskopf (1995), la definen como una combinación de factores que permiten afrontar un problema y construir sobre él. Salir reconstituido de los problemas a los que se enfrenta la persona.
- Seguidamente, Berkes, Colding y Folke (2003) creen que la resiliencia tiene tres características que la definen: primero, la cantidad de cambio que un sistema o persona puede soportar manteniendo sus estructuras y funcionamiento; después, la capacidad de auto-organizarse ante tal acontecimiento traumático y; por último, la capacidad del sistema o de la persona para aprender e innovar ante tal cambio.
- Y, diez años antes, para Egeland, Carlson & Sroufe (1993) la resiliencia es sin más la capacidad de adaptación, competencia y funcionamiento de manera exitosa y positiva ante las experiencias estresante
- Por último, Munist y cols. (1998) la entienden como una capacidad humana para hacer frente a las desdichas de la vida, superarlas y terminar siendo transformado positivamente por ellas.

Definiciones que enfatizan el proceso de formación de la resiliencia:

- Rutter (1993), habla de la resiliencia como una cantidad de procesos sociales e intra-psíquicos desarrollados a través del tiempo y que capacitan a la persona para tener una vida sana en un contexto insano. Por tanto, la resiliencia aquí se piensa no como una cualidad con la que se nazca, sino como un proceso que toma fuerza con el tiempo dentro de un sistema social complejo y queda a su vez enmarcada la demostración de su existencia en la persona en un momento concreto de exposición a la adversidad.
- Por su parte, Osborn (1994), también contempla la resiliencia como un concepto dinámico resultado de la conjunción entre factores ambientales y de temperamento y su choque con los factores de riesgo y de competencia personales.
- Seguidamente, Becoña, Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodorick y Sawyer (2006; 2003) entienden la resiliencia como el resultado de un choque dinámico entre multitud de variables tanto internas como externas y que dan este resultado de encontrarse uno en un momento resiliente ante una situación de riesgo o estrés.
- También Bonanno y Luthar, (2004; 2000), dos de los autores más representativos de este campo de investigación, apuntan que la resiliencia es el resultado de un proceso exitoso de adaptación a un estresor que se circunscribe a un momento temporal concreto durante el cual la persona no presenta sintomatología física ni psicológica, como podrían ser depresión o ansiedad, y continúa con su vida de manera funcional.
- Luthar, Cicchetti y Becker (2000) y Bonanno (2004) definen la resiliencia como

un proceso cambiante en el que el sujeto tiende a adaptarse a la situación de manera positiva generando emociones positivas dentro de un contexto más bien adverso durante un periodo de tiempo prolongado, definiendo las características internas y externas que contribuyen a esta adaptación.

Definiciones que encuentran en la resiliencia un constructo de personalidad:

- Primero, Grotberg (1995) citado por Menezes de Lucena y cols., (2006) conciben la resiliencia como un constructo multidimensional de la personalidad en el que destacan las fortalezas internas, generadas gracias a los factores protectores que permiten continuar con un funcionamiento óptimo a lo largo del tiempo aun enfrentando una situación adversa. Los factores protectores que alimentan las fortalezas internas nacen tanto de los atributos personales (autoestima, competencia social, óptima resolución de conflictos o inteligencia), como de los apoyos procedentes de la familia o red social cercana y de la comunidad.
- Por otro lado, Davidson y Connor (2003) entienden la resiliencia como una variable mediadora en interacción con otras como el apoyo social percibido y los recursos intrapsíquicos y de personalidad, que ayudan a proteger ante las situaciones de estrés crónico o prolongado y también las consecuencias que tiene el mismo para el estado de salud de la persona. En este caso la resiliencia incluye una serie de características específicas que son la confianza en la intuición personal, la tolerancia a la adversidad, el control, la espiritualidad, la visión del cambio como algo positivo, como una oportunidad más que como una amenaza, el formar relaciones personales seguras, la tenacidad, la competencia y la capacidad de soportar la adversidad.
- Otros autores como Fernández-Lansac, Crespo, Cáceres y Rodríguez (2012) afirman que las personas que presenten más características de resiliencia tendrán un mejor funcionamiento emocional y físico y una mejor percepción y afrontamiento, relacionando la resiliencia más con características de personalidad que con variables situacionales.
- Finalmente, Block y Kremen (1996) por un lado, y Masten (2001) por otro, definen la resiliencia como una capacidad personal o rasgo. Esta es la manera de entender la resiliencia más difundida y habitual. Esta manera de entender dicho concepto lo coloca en el plano intrapsíquico, es decir, se convierte en una competencia o rasgo de personalidad común a un gran número de personas, sin ser nada raro o excepcional, para plantar cara a los eventos más estresantes de la vida y permitir que éstos transformen a la persona, sin que su salud física ni psicológica se vea gravemente

comprometida, ni su funcionamiento habitual alterado.

Definiciones que hacen hincapié en las propiedades evolutivas y comunes de la resiliencia:

- Grotberg (1995) por su lado, la distingue como la capacidad humana de hacer frente a los obstáculos de la vida, su superación y la transformación interna que generan en una persona. Señalando también que son personas normales en entornos comunes e inmediatos, nada fuera de lo común, no súper héroes, ni gente extraordinaria en el sentido más etimológico de la palabra. Por eso la entiende como una capacidad humana que trasciende las culturas y las épocas, religiones, status económico, político y social. Y esta última parte también la comparte con la definición de Bonanno (2004), quien la matiza además como un proceso evolutivo no innato.

- Más tarde, Crespo y López (2007) apuntan a que la resiliencia se va formando con el paso de los años y que protege tanto ante la interpretación del estrés, haciendo que se conciba como más benigno e incluso viéndolo como una oportunidad para el crecimiento, como las diferentes herramientas internas que ayudan a mitigar los efectos del mismo.

- Y un año antes, Vera, Carbelo y Vecina (2006) consideran que la resiliencia, entendida como el mantenimiento del funcionamiento físico y psicológico normal en circunstancias críticas, nunca es una cualidad absoluta que se mantenga una vez adquirida para siempre, sino que es el resultado de una transformación dinámica y evolutiva que cambia dependiendo de las circunstancias, la esencia que contenga el trauma, el contexto y la etapa vital, y que varía su expresión dependiendo de la cultura en la que se dé.

Y, por último, aquellas que señalan los ámbitos de aplicación de la resiliencia:

- Para empezar, Uriarte (2005) y Tomkiewicz (2004), hablan de los cuatro ámbitos de aplicación de la resiliencia: el biológico, el familiar, el microsocioal y el macrosocioal. Entendiendo por el biológico la capacidad de sobreponerse a las desventajas congénitas o adquiridas fortuitamente por enfermedades o accidentes; el familiar es la capacidad de desarrollarse y hacerse mejor persona procediendo o viviendo dentro de un núcleo familiar conflictivo o desestructurado; y microsocioal y macrosocioal son: el primero, desenvolverse dentro de barrios o núcleos urbanos en los que la miseria o la falta de recursos sociales son parte de las circunstancias normales del día a día, y el segundo, cuando el contexto histórico natural o social no son los más propicios. En cualquiera de estos cuatro ámbitos puede darse la resiliencia, a veces solapándose unos con otros.

- Y para finalizar, unos años más tarde, Gómez, Carretero y Jerez (2010) entienden la resiliencia como una forma de intervención en tres niveles: informativo, comportamental y emocional. La resiliencia, además, se puede promover a través de todas las etapas y momentos vitales en cada uno de esos tres niveles, y que traerá consigo que cuando le toque enfrentar a la persona una situación lo haga de una manera normalizada sin desarrollar ningún tipo de patología e incluso puede llegar a experimentar transformación y crecimiento interno con ella, desarrollando mayores recursos internos.

Para seguir estudiando la resiliencia, se van a señalar a continuación una serie de conceptos que se acercan mucho en su definición al significado de la resiliencia, pero que bien analizados no son como ella.

1.2. Conceptos relacionados con la Resiliencia pero que no son Resiliencia

Recuperación:

En la recuperación es necesario atravesar primero un estado de disfuncionalidad temporal para luego abandonar esa época psicopatológica y volver a un nivel de bienestar previo al difícil suceso. Mientras que en la resiliencia se mantiene un nivel de funcionamiento psicológico y físico sano, que por supuesto no quiere decir que no exista sufrimiento o dolor en la persona mientras está siendo resiliente. Por ejemplo, durante un incendio, tres personas se quedan encerradas en una habitación. Mientras una de ellas busca la forma de salir y de pedir ayuda, las otras dos están bloqueadas por el miedo. Tras ser rescatados y con el paso del tiempo, una de las dos personas que estuvo bloqueada sufrirá estrés postraumático. La persona que intentó salvar la situación, se mostró resiliente y tuvo un proceso de recuperación, la persona que se bloqueó pero luego no sufrió consecuencias psicológicas mostró el proceso de recuperación pero no fue resiliente. Por último, la tercera persona ni fue resiliente ni mostró recuperación. Esta distinción es importante, ya que muchos estudiosos del trauma consideran que las personas que no muestran desasosiego ante un suceso desagradable están reaccionando de una manera patológica, y no siempre tiene por qué ser así. Realmente estos individuos pueden haber estado ya trabajando en su proceso de ajuste y adaptación saludable y positiva (López-Cepero, Fernández y Senin, 2009) y por tanto, estos conceptos se parecen entre sí pero existe una diferencia fundamental entre ellos.

Crecimiento personal

En la adversidad, uno puede encontrar una oportunidad para crecer y realizarse a

nivel intrapsíquico, transformándose de manera positiva tras el afrontamiento de una circunstancia que imponga un alto desafío vital (Tedeschi y Calhoun, 2004). Sin embargo, para que se dé una experiencia de crecimiento personal no tiene por qué darse la experiencia de una situación adversa, por ejemplo, una película, la lectura de un texto o una charla con alguien importante puede hacer que surja dentro de uno ese crecimiento y transformación personal. Es necesaria esta distinción con el concepto de resiliencia.

Para que se le pueda llamar crecimiento personal tiene que tener 3 indicadores principales: primero, se produce un cambio en la relación con uno mismo, traducido en un aumento de la autoconfianza y de la percepción de la fuerza personal; otro cambio a nivel de filosofía de vida, lo que viene a significar un cambio en las prioridades vitales y valores personales; y por último, hay un cambio a nivel interpersonal pues la relación con los demás se vuelve más estrecha y uno se vuelve más expresivo afectivamente hablando (Calhoun y Tedeschi, 2000).

Competencia

Normalmente la competencia se ha asemejado a la idea de “competencia social” es decir, el éxito en cualquier área de la vida que es aceptado por los iguales, como por ejemplo el éxito académico. Se refiere a la efectividad de lo que realiza cada uno en el mundo y al bienestar personal que las diferentes áreas de funcionamiento personal (Masten y Coatsworth, 1998; Weissbert, Capan y Hardwood, 1991) implicando que independientemente del área de la vida en la que uno adquiera competencia demuestra que sabe ejecutar su funcionalidad en esa área y, que eso lo predispondrá en un futuro a continuar teniendo capacidad de éxito en dicha área (Masten y Coatsworth, 1998).

Para Luthar y Becoña (2006) la resiliencia trae consigo la idea de la existencia de un riesgo inherente que incluye tanto ajustes positivos como negativos y sus resultados se traducen en términos de bienestar emocional y conductas adecuadas, mientras que, por otro lado, la competencia no presupone un riesgo, sólo se centra en los resultados positivos, y en las conductas que son demostrables, observables, tangibles casi. Por tanto, la resiliencia es considerada un concepto más amplio que incluye partes de la competencia pero que no la equiparan.

Dos ejemplos con los que se pueda ver claramente la distinción entre los conceptos de competencia y resiliencia son: un comerciante que utiliza su competencia para convencer a un cliente de que compre un producto determinado. Aquí estaría

presente la competencia pero no la resiliencia. Y por otro lado, una persona que utiliza sus habilidades para convencer a otra de que no le dañe a él o a un tercero. Aquí está presente probablemente la competencia, pero también la resiliencia para mantenerse tranquilo en dicha situación y conseguir un cambio dentro de la misma.

En este ejemplo del comerciante se puede ver una clara competencia social, que es un tipo de competencia personal. Para estos individuos que presenten buenas competencias sociales, consiguen provocar en su contexto refuerzos que a su vez elevan su y bienestar, lo que además les provee de apoyo para emprender otros nuevos retos. Y lo mejor de todo es que esto lo saben generar en contextos sociales muy diferentes. Lo que al final les sirve para interaccionar de manera adaptativa y eficaz. La resiliencia sería en comparación con la competencia social una cualidad más genérica, pudiendo ser entendida como una disposición global que puede incluir la competencia personal social y otro tipo de habilidades específicas (Luthar, 1993).

Vulnerabilidad/Invulnerabilidad

La vulnerabilidad se entiende como una probabilidad creciente de un resultado negativo en la exposición a un riesgo. Y por otro lado, la invulnerabilidad sería una cualidad estable en el individuo para permanecer firme o funcional ante la adversidad y le serviría para responder ante ésta de manera positiva y casi inmediata. Este último concepto se relaciona con el concepto de resiliencia, pero es diferente en el sentido de que la resiliencia es una propiedad que varía en la persona dependiendo del momento personal en el que se encuentre, de su edad, o de la naturaleza del mismo acontecimiento adverso. Uno puede ser resiliente en un momento de su vida y ante un acontecimiento particular y no ser resiliente ante el mismo acontecimiento pasado un tiempo, por ejemplo.

Por tanto la resiliencia es una cualidad inestable, cambiante con el tiempo, que dinamiza con la persona y situación, y que relacionada con la invulnerabilidad se refiere sin más a la evitación de todo lo que implica ser vulnerable y que facilita la manifestación de la resiliencia, pero no la asegura, ya que la resiliencia como hemos dicho no es una cualidad estable y la invulnerabilidad sí (Uriarte, 2005).

Y lo que también se ha visto en los resultados de investigaciones de autores como Masten y Garmezy (1985) y Werner y Smith (1982) es que las fortalezas o las nuevas vulnerabilidades surgen con el cambio de circunstancias de la vida, y que es ahí donde aparece la adaptación positiva aunque tenga que exponerse a la adversidad.

No obstante, hay autores que definen la resiliencia como un rasgo de personalidad (mencionados más arriba). En este caso, la invulnerabilidad podría ser más parecida a la resiliencia, pero aun así todavía se diferencia en que la invulnerabilidad, a veces, puede conllevar inconsciencia de la situación ante la que está la persona y, bien por inmadurez, bien por desconocimiento, mostrarse tranquilo y despreocupado no por intentar dominar la situación peligrosa, sino por desconocer el peligro real de la situación.

Dureza/Hardiness

Este concepto lo definiremos con más detalle en el apartado que viene a continuación, pero aquí brevemente lo vamos a acercar al concepto de resiliencia y a diferenciarlo a su vez del mismo.

Básicamente se entiende como una combinación de rasgos de personalidad, un macrofactor que actúa como un refuerzo para permanecer resistente y resiliente ante situaciones de estrés, pero que no la asegura, por eso la resiliencia es un concepto que engloba algo más que la personalidad resiliente o hardiness (Bonanno, 2004). En síntesis, una personalidad hardiness tiene tres componentes que la configuran. Éstos son: el sentido del compromiso con la tarea que realizan y con todo ello que emprenden; el sentido de ver la adversidad como un desafío (aunque también oportunidad para crecer) y no como un problema que los vaya a sepultar y, por último, la sensación de sostener el control sobre las propias circunstancias (Becoña, 2006; Kobasa, Maddi y Kahn, 1982). Las personas que no presentan una personalidad con dureza terminarán enfermando más repetidamente al estar inmersas en situaciones de estrés (Forés y Grané, 2008). Estas tres dimensiones que presenta la personalidad resiliente (compromiso, desafío y control) son factores que puede presentar la resiliencia pero no exclusivamente estas tres, por eso decimos que la resiliencia es un concepto más amplio que el hardiness, convirtiéndose esta personalidad entonces en una vía de desarrollo de la resiliencia, haciendo más probable su desarrollo en la persona, pero no la avala y por consiguiente, este fenómeno no se producirá obligatoriamente a la inversa (Bonanno, 2004; Maddi, 2005)

Pero lo cierto es que la resiliencia y personalidad resiliente no son términos del todo equiparables, ya que si bien tanto las personas que tienen una personalidad resiliente como las que presentan hardiness reúnen más cualidades para no acabar desbordándose y atrayendo patologías físicas y mentales ante un estresor, las personas hardiness no necesariamente presentarán resiliencia ante dicho estresor, pues esa es una

vía más de afrontamiento. Es decir, no necesariamente crecen tras el afrontamiento. A veces sólo se trata de “sentir la adrenalina”. Y, por otra parte, que alguien sea resiliente no implica necesariamente que vaya a presentar el tipo *hardiness* de personalidad.

Humor

En algunos trabajos sobre resiliencia se incluye al humor como un factor promotor de la misma. Hay razones fisiológicas que corroboran su beneficio, como son su influencia en el sistema parasimpático el cual se relaja gracias a la risa, y lo mismo ocurre con la contractura de la musculatura lisa causada por el estrés y la tensión; la tensión arterial y el volumen respiratorio disminuyen a su vez a causa de la risa. Por otro lado, también se habla de una disminución de cortisol en sangre y del aumento de la secreción de endorfinas. Otros beneficios son de tipo social, al ser el humor una herramienta para mantener el lazo social que ayuda en la identificación grupal.

Lo que hace que se parezcan el humor y la resiliencia es la capacidad de generar resistencia o tolerancia a la adversidad, incrementa el sostén de la subjetividad, del lazo social y de la identidad grupal (Rodríguez 1997) y se sabe que poseer sentido del humor no garantiza poseer capacidad de cambio, pero sí es indicativo de otros factores que suelen estar ligados al sentido del humor, como es la inteligencia operativa, lo que incrementa la creación de líneas de acción alternativas y novedosas (se asemeja con la creatividad). Pero es cierto que aunque ayude en la modificación del cambio de perspectiva, no garantiza que quien lo posea tenga capacidad operativa. No todos los resilientes muestran sentido del humor, aunque la mayoría de los que tienen sentido del humor, son resilientes.

1.3. Cuando la resiliencia se hace personalidad: Hardiness (Dureza)

Kobasa y Maddi (1972) son los primeros autores que utilizan el término *hardiness*, para aclarar cómo algunos individuos poseen la cualidad de soportar elevados niveles de estrés mejor que otros. Como expone Kobasa (1979), hay diferencias en la configuración de la personalidad que provocan que en determinadas situaciones unos individuos enfermen y otros no, siendo los de personalidad resistente los que no enferman.

Para autores como Peñacoba y Moreno (1998), la personalidad resistente se enmarca dentro del movimiento existencialista; es decir, es una forma de concebir la existencia en la que se asume el riesgo en pro de la experimentación de nuevas sensaciones. Este concepto es muy próximo al de resiliencia, como ya se ha visto. En la

resiliencia, el crecimiento personal, es entendido como “un cambio psicológico positivo experimentado como resultado de la lucha ante circunstancias de la vida altamente desafiantes” (Tedeschi y Calhoun, 2004, p.1). Para autores como Vera, Carbelo y Vecina (2006), quienes se han basado en las investigaciones previas de Bartone, Ursano, Wright e Ingraham (1989), los factores cruciales para describir el hardiness o personalidad resistente son los siguientes:

–Compromiso: consiste tanto en poseer las herramientas como las ganas y energía para exponerse exitosamente a situaciones que generan ansiedad, contribuyendo a reducir la sensación de amenaza de cualquier área estresante de la vida al implicarse en grado sumo con esa actividad y con cualquiera de su vida cotidiana.

–Desafío: es una manera de experimentar un cambio vital amenazante como una oportunidad para experimentar nuevas sensaciones (incluyendo el crecimiento personal), aceptarlo como forma natural de la vida y no como un peligro que rompe la falsa seguridad permanente.

–Control: concepción de que las características existenciales dependen de los propios actos, lo que generará que una persona que presente hardiness, ante un estresor, considere que puede realizar una serie de reajustes vitales que fomenten su adaptación a dicho estresor, por lo que deberá mantener presentes un sistema de valores, considerar sus capacidades personales, llevar a cabo con vigor las decisiones oportunas, evaluar el impacto de sus propias conductas por medio de un locus de control interno y, dar a la situación adversa un sentido dentro de su plan de vida, transformando todo lo controlable en su propio beneficio (Kobasa, 1979).

Muchos investigadores utilizan los términos resiliencia y personalidad resistente o hardiness de manera indistinta, como sinónimos. Esta confusión viene sobre todo por la literatura que hay sobre la influencia de la “ego-resiliencia” o “fortaleza del yo”. Los autores que desarrollan este concepto son Jeanne y Jack Block (1980), que hacen referencia a una característica de personalidad que engloba tanto el ingenio como la fortaleza general y la flexibilidad de funcionamiento en múltiples contextos y que serían definatorios de ambos conceptos: resiliencia y resistencia.

Posiblemente, la resistencia sea más una característica de personalidad mientras que la resiliencia pueda actuar como rasgo pero también como estado. En este sentido, las estrategias de afrontamiento (que pueden ser aprendidas) se relacionen más con la resiliencia que con la resistencia. Se ha visto que la principal diferencia entre los sujetos

con alta y baja resiliencia, es que los primeros utilizan mecanismos de afrontamiento más efectivos ante los estresores, en el sentido de ejercer mayor control sobre el afrontamiento que emplean y además interpretan los fenómenos amenazantes de manera más positiva. Por tanto sus estrategias de afrontamiento siempre son más efectivas. (Vera, 2006).

Diferentes autores se han ocupado de realizar una clasificación sobre los principales factores y características que poseen las personas que presentan resiliencia. Se ha organizado la división en áreas generales, seguidas de subáreas que se han investigado como componentes de desarrollo de la resiliencia. En esta clasificación puede verse cómo se incluyen factores tanto de personalidad, como de estado y muchos de los términos que se han definido anteriormente como próximos a este concepto:

1. Área Cognitiva: Engloba el pensamiento optimista, la capacidad de razonamiento crítico, el humor, y la capacidad de hallar sentido.
2. Área Emocional: Incluye las subáreas de empatía y control de emociones
3. Área Conductual: Encierra la capacidad de iniciativa, independencia y creatividad.
4. Área Social: Envuelve la capacidad de sentirse identificado culturalmente, ser solidario y tener humor social.
5. Área Familiar: Contiene tanto el apoyo social como las relaciones familiares.
6. Área de Autoconcepto: Se entiende por la imagen mental que describe las capacidades y rasgos de uno mismo. La función del autoconcepto es ver con qué recursos y capacidades cuenta la persona y en cuáles se puede apoyar mejor.
7. Área de las Relaciones Interpersonales: Incluye tanto las amistades significativas como los llamados “tutores de resiliencia”, entendidos como la disponibilidad de buenos modelos a imitar que alientan a la persona en cuestión a ser independiente (Grotberg, 2006).
8. Área Institucional: Este apartado solamente incluye el subárea de apoyo institucional, que consiste según Grotberg (2006) en tener acceso a los servicios de salud, educación, de seguridad y sociales necesarios en determinados momentos.

Las representaciones científicas que consideran la resiliencia solamente como un rasgo de personalidad o un tipo de personalidad en sí (como el hardiness) pueden conducir sin darse cuenta a la idea injustificada de que quien no posee estas características de personalidad no tiene lo necesario para sobreponerse ante la adversidad (Reynolds, 1998; Tarter y Vanyukov, 1999) y esto es erróneo pues por un lado no contribuye en absoluto a entender las características que configuran la

resiliencia, y por otro, se ha visto que todas las características individuales relacionadas con la resiliencia pueden aprenderse, cultivarse y enfatizarse y no hay nadie que no presente ninguna característica de resiliencia (Uriarte, 2005).

1.1. Mediciones de la Resiliencia

La medición de la resiliencia está condicionada por la falta de una definición aceptada en consenso por todos que identifique correctamente sus características (Cabanyes, 2010; Sánchez-Teruel, 2009).

Para empezar, existen dos métodos establecidos de medición de la resiliencia (Salgado, 2005):

El primero de ellos es el “Método basado en Individuos”, el cual compara a los individuos resilientes con los que no lo son centrándose en algún área particular de su vida y plantea teorías sobre cuales pudieron ser las causas de las diferentes en dicha área entre esos individuos. De este método de medición de la resiliencia surgió el nacimiento del concepto, de la mano de autores como Garmezy (1974; 1991); Werner y Smith (1982).

El segundo, llamado “Método basado en Variables” comienza con un análisis estadístico que reflexiona sobre las conexiones que existen entre las variables de riesgo, los resultados que se esperan y los factores de protección que pueden mitigar los efectos de las variables de riesgo. Así, a través de este modelo se pueden contrastar las interacciones entre los componentes que resultaron ser exitosas en la adaptación resiliente (Infante, 2002).

Después, resulta interesante incluir en este epígrafe los diferentes instrumentos más utilizados para la medida de la resiliencia. Se adjuntan los más utilizados actualmente:

–Dispositional Resilience Scale (Escala de Resiliencia Disposicional) de Bartone, Ursano, Wright e Ingraham (1989): Esta escala es utilizada para medir los estilos de personalidad resiliente o hardiness (aquí se toman por sinónimos) por medio de las tres características básicas del hardiness: compromiso, desafío y control. Tiene un alfa de Cronbach de 0,85.

–Wagnild y Young (1993) crearon la Resilience Scale (RS)-Escala de Resiliencia (ER) para medir el grado de resiliencia individual, interpretada aquí como una característica de personalidad. Su versión española fue desarrollada por Novella (2002). Heilemann, Lee y Kury (2003) la validaron con una población de mujeres mejicanas. Otra

adaptación al español en Argentina, fue realizada por Rodríguez, Pereyra, Gil, Jofré, De Bortoli y Labiano (2009).

La escala consta de 25 ítem con un sistema de respuesta tipo Likert de 1 a 7 puntos. Mide tanto competencia personal (definida en autoconfianza, competencia, independencia, decisión, poderío, ingenio y perseverancia) con 17 ítem, como aceptación de sí mismo y de la vida (representada por medio de adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable, reflejando un sentimiento de paz a pesar de la adversidad), comprende 8 ítem, y una escala total, que mide los siguientes factores de resiliencia: Ecuanimidad (definida como poseer una visión balanceada en la que se tienen en cuenta un amplio campo de experiencias y se toman las cosas como vengan de manera tranquila); Perseverancia (se trata de construir la vida que uno desea a pesar de las circunstancias adversas); Confianza en sí mismo (se trata de reconocer y creer en las propias capacidades y fuerzas, siendo consciente a su vez de las propias limitaciones y, depender de uno mismo); Satisfacción Personal (Consiste en evaluar las propias contribuciones a la vida y ver en ella un significado); y por último, Sentirse bien solo (esto se traduce en un sentido de libertad y una sensación de ser únicos y algunas experiencias de la vida se comparten con los demás, otras deben recorrerse en soledad). Cuanto mayor sea la puntuación en esta escala, mayores niveles de resiliencia presentará la persona.

–Holland y cols. (1998) desarrolla en EE.UU el Inventario de Sistema de Creencias -SBI-15R: Y su versión española la desarrollaron Almanza, Monroy, Bombela, Payne y Holland (2000). Es también una escala tipo Likert de 0-3 puntos, que mide dos factores: Por un lado Creencias y Prácticas religiosas y espirituales (CPRE) y por otro, el Apoyo Social derivado de la comunidad que comparte esas creencias (SSR). Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mejor convicción de las creencias y prácticas religiosas, espirituales y soporte social religioso. Tiene un alfa de Cronbach alto también, de 0'89.

–Baruth y Carroll (2002) realizaron una evaluación de la resiliencia por medio del Inventario de Factores Protectores de Baruth (BPMFI), creado para detectar la presencia de resiliencia en las personas. Sus autores han debatido intensamente los conceptos de resiliencia, para valorar las incidencias de cuatro factores protectores primarios: personalidad adaptable, ambiente de apoyo, estresores menores y compensación de experiencias.

–Ewart, Jorgensen, Suchday, Chen y Matthews (2002) crearon una Entrevista Social de

Competencia (SCI) que de manera breve mide las capacidades de estrés resiliente por medio de respuestas fisiológicas y socio-emocionales ante un problema cotidiano, y que utiliza grabaciones audiovisuales para evaluar de la manera más válida posible los componentes de la competencia social, que son: Habilidades interpersonales (expresividad y empatía), metas orientadas al enfrentamiento (autodefensa, aceptación social, competencia, estímulo-placer, aprobación, automejora) e impacto social (afiliación alta o baja).

–Seligman y Peterson (2003) crearon un instrumento de medida de la resiliencia basado en la clasificación de los recursos positivos del individuo llamado Inventario de Fortalezas (VIA) también de tipo Likert (0-5) y mide 24 fortalezas y virtudes, dentro de las cuales 5 de ellas (gratitud, optimismo, entusiasmo, curiosidad y capacidad de amar y ser amado) se relacionan en mayor grado con la variable “satisfacción con la vida” y de manera negativa con problemas psicopatológicos.

–Friborg, Hjemdal, Rosenvigne y Martinussen (2003) crearon la Resilience Scale for Adult (RSA), con 33 ítem mide cinco factores: Competencia personal, con dos subfactores (percepción positiva de sí mismo y percepción positiva del futuro); Competencia social; Estructura personal; Cohesión familiar y Recursos sociales. Se utiliza para estudiar la presencia de factores de protección en las áreas de Psicología Clínica.

–Sinclair y Wallston (2004) desarrollan The Brief Resilient Doping Scale-BRDS: utilizada para reconocer qué personas consiguen hacer frente al estrés de manera adaptativa, puede utilizarse en la identificación de personas a las que les es necesario desarrollar habilidades de afrontamiento resiliente. Tiene una muy fácil traducción a otros idiomas, por lo que es probable que se utilice en variados contextos socioculturales (Ospina-Muñoz, 2007).

–Vaishnavi, Connor y Davidson (2007) crean la Escala de Resiliencia Breve -CD-RISC-2: derivada de la anterior creada por Connor y Davidson (2003) la cual tiene su versión traducida al español por Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos y Contador (2006). Esta escala consta de 2 ítem de respuesta tipo Likert de 0 a 4, en la que mayor puntuación se traduce en mayores niveles de resiliencia (alfa de Cronbach 0'75).

–Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher, y Bernard (2008) crean la Escala Breve de Resiliencia (Brief Resilience Scale) que evalúa la capacidad de recuperarse tras la exposición a situaciones de estrés y sobre todo sirve para proporcionar información

sobre las personas que enfrentan estresores relacionados con la salud.

De todas estas medidas, la que se ha erigido como instrumento más fiable y a la vez válido en la medida de la resiliencia es la Resilience Scale (ER) de Wagnild y Young (1993), testada en un amplio rango de población clínica y no clínica y, además ha sido traducida a multitud de idiomas.

Y por otro lado, los investigadores Windle, Bennett y Noyes (2011) tras la realización de una revisión de las escalas de medida y evaluación de la resiliencia disponibles, encontraron que, además de la mencionada, las que mejores puntuaciones recibieron en términos de psicometría fueron la Escala de Resiliencia Breve (CD-RISC-2) de Vaishnavi, Connor y Davidson (2007), la Escala de Resiliencia para Adultos (RSA) de Friborg, Hjemdal, Rosenvigne y Martinaussen (2003) y, la Escala Breve de Resiliencia (BRS) de Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher y Bernard (2008).

No obstante, Windle, Bennett y Noyes (2011) señalan a la CD-RISC de Davidson y Connor (2003) como la herramienta disponible más utilizada en la medición de la resiliencia, por encima de la ER de Wagnild y Young (1993). Además, tiene una versión traducida al castellano de la mano de Crespo, Fernández-Lansac y Soberón (2014), (Bobes, Bascarán, García-Portilla, Bousoño, Saiz, Wallace e Hidalgo, 2001 y 2008), cuyo alfa de Cronbach es de 0'89 y tiene una validez convergente y fiabilidad test-retest de 0'87 (Connor y Davidson, 2003; Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006; White, Driver y Warren, 2008).

Para describirla un poco más en profundidad, decir de ella que está formada por 25 ítem de escala sumativa tipo Likert y evalúa la percepción del sujeto sobre sí mismo con respecto a su último mes donde la puntuación oscila entre 0 y 100 puntos, organizados en 5 elementos o factores: F1 (tenacidad y competencia personal); F2 (confianza en la intuición y tolerancia al estrés); F3 (aceptación positiva del cambio); F4 (percepción del control) y F5 (espiritualidad). De este modo, a mayor puntuación menor probabilidad de manifestar algún tipo de psicopatología, no queriendo decir que no vaya a presentar sintomatología de tipo psicológico ante una situación estresante grave.

1.1. Formas de aumentar la Resiliencia

En el desarrollo de la resiliencia intervienen las fortalezas internas de la persona y los recursos externos con los que puede contar, entrelazados a su vez con los factores de riesgo y de protección de la situación. Los pilares básicos con los que se puede incrementar la resiliencia son, según Bandura (1999) y Grotberg (2006):

- Poseer una autoestima consistente, como principio de las demás esencias de la resiliencia, resultado del apoyo y el cuidado afectivo previo.
- Introspección para responderse a sí mismo de manera sincera sobre aspectos que pueden ser potenciales ayudas en su proceso resiliente.
- Independencia en el sentido de saber poner límites físicos y emocionales sin terminar aislado, sólo para adquirir un bienestar propio ante las adversidades.
- Capacidad de relacionarse y establecer lazos con el otro.
- Iniciativa para cumplir niveles de exigencia progresivamente crecientes.
- Humor para transitoriamente sobrellevar las situaciones desagradables.
- Creatividad para hacer que de entre el caos y el desorden surjan la finalidad, el sentido y el orden.
- Poseer además una marcada Moralidad al comprometerse con valores y desear para los demás el mismo bienestar que para sí mismos.
- Capacidad de pensamiento crítico al combinar todos los pilares anteriores y desarrollar la capacidad de analizar las causas y su parte de responsabilidad en los problemas para enfrentarla y transformarla.

Y los factores que promueven la resiliencia son, según Garmezy (1991), Werner y Smith (1982; 1992):

- Características de personalidad: responsabilidad, reflexión y mantener un nivel de actividad conveniente.
- La manera en la que se utiliza la capacidad intelectual.
- La naturaleza familiar en términos de cohesión, ternura y preocupación por el bienestar de los hijos.
- Disponibilidad de fuentes de apoyo externo como amigos, familiares, vecinos, instituciones u organizaciones sociales.

Fergusson y Lynskey (1996) aportan también un puñado de factores que sirven para explicar cómo fomentarla ante el estrés de la vida y propiciar a uno a ser resiliente. Dichos factores son: presentar inteligencia y habilidad para la resolución de problemas; pertenecer al sexo femenino, pues se ha visto resulta ser una variable protectora; desarrollo de vínculos afectivos externos; y apego parental cálido y de apoyo con al menos uno de los progenitores y, por último, manifestar en la infancia un temperamento y conducta “buena” (flexibilidad, optimismo, etc).

Todo esto ayuda en la proliferación de programas sociales para la promoción de la resiliencia en diferentes colectivos sociales.

Como conclusión para este epígrafe señalar que de todo lo estudiado sobre Resiliencia en la presente revisión teórica pueden extraerse asociaciones con las variables que se encuentran en los cuidadores de enfermos de Alzheimer. Para verlo con más detalle, se pasará al estudio de los cuidadores y sus características.

2. Cuidadores de Enfermos de Alzheimer

2.1. Definición de cuidador y distinción entre cuidadores formales e informales

Nuestra naturaleza humana vulnerable, finita y mortal puede llevarnos a que cualquiera de nosotros en un momento determinado nos veamos necesitados de ser cuidados por otros seres humanos, sean de nuestro núcleo familiar o no, sean personas ligadas bajo un hilo emocional a nuestra vida o no.

A esta condición vital de necesidad de ayuda para actividades tan básicas como vestirse o asearse, entre otras, se la denomina con el nombre de dependencia (Diputación de Granada, 2009), y esto es lo que les ocurre al colectivo de la sociedad que ha desarrollado la enfermedad neurodegenerativa de tipo Alzheimer, la cual acarrea deterioro psíquico pero también físico en última instancia, y al fin y al cabo necesidad de ayuda para el día a día. Por ello, es necesario en este colectivo social la implicación del núcleo familiar y social, en el que se busque promocionar la calidad de vida dentro de las limitaciones que ya de por sí trae la propia enfermedad.

Y aquí es donde se hacen protagonistas los cuidadores, los cuales siendo profesionales remunerados (cuidadores formales) o simplemente allegados de la persona que desean prestar este servicio (cuidadores informales) pueden encontrar en esta actividad consecuencias tanto desagradables como agradables, al ser una actividad difícil, no reconocida y muchas veces ingrata que puede alargarse en el tiempo en una media de 1-8 años y en la que la vida del cuidador termina girando en todo a la vida del individuo cuidado, dejando de lado durante esta etapa proyectos vitales y profesionales pero que, por otro lado, también puede traer asociada una sensación de autorrealización, crecimiento y satisfacción personal, pudiendo encontrar también una sensación de utilidad personal (Rogerio, 2009) y la oportunidad de crear una relación más próxima con la persona cuidada, pudiendo darse el momento de descubrir en ella a una persona con una historia de vida entera a sus espaldas mientras se le ofrecen cuidados (Delicado, 2003).

Todo esto será desarrollado en más profundidad a lo largo de este epígrafe, donde se tratará de delimitar la definición de cuidador y los tipos de cuidadores que existen;

las consecuencias tanto negativas como positivas que se dan al realizar esta tarea y por qué varían de una persona a otra y en función del tipo de cuidador que se sea, al presentar cada cual unas condiciones y; por último, se expondrán los modelos que explican las consecuencias del cuidado.

De esta manera, para empezar a delimitar el concepto de cuidador (Rogeró, 2009) es toda persona que de manera profesional o no profesional se dedica al cuidado de otra que se encuentra en situación de dependencia. Si es un cuidador no profesional será muy probablemente un allegado (familiar o amigo) de la persona cuidada.

Brevemente se va a perfilar una definición de los dos tipos de cuidadores que hay según Robles-Bello y Sánchez-Teruel (2011) y más adelante, en un apartado propio, se explicará cada cuál más hondamente:

- Los profesionales o formales: son personal con titulación reglada que proporciona atención asistencial y educativa (Hernández, 2006) de manera experta con la finalidad de cubrir las necesidades que la familia o núcleo de allegados cercano a la persona dependiente no puede atender (Diputación de Granada, 2009) de manera remunerada y dentro de un horario previamente establecido (López y cols., 2009), pudiendo darse este servicio tanto en el domicilio del dependiente como en centros residenciales o servicios diurnos o nocturnos.
- Los no profesionales o informales: son familiares, amigos o simplemente allegados a la persona en situación de dependencia, que realizan la actividad de cuidar de manera voluntaria, sin ser retribuidos económicamente (aunque esta última característica se matizará más adelante) y sin tener un horario fijado ni saber por cuánto tiempo, en términos de meses o años, se dará para ellos esta condición de cuidador; y tampoco estando asociadas a ninguna institución pública o privada de atención profesionalizada. Suele circunscribirse esta actividad finalmente a un único miembro de la red social que lo asiste que se convierte en cuidador principal (Espín, 2008).

Lo que sí es seguro tanto cuidadores formales como informales intervendrán para proporcionar sostén en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) (Andrés, 2010) de la persona cuidada, las cuales se pueden distinguir según autores como Andrés (2010), Losada, Márquez-González, Peñacoba, Gallagher-Thompson y Knight (2007) entre Actividades básicas de la Vida Diaria (AbVD), que serían aquellas que implican auto-cuidado personal (elección de ropa, control de esfínteres, movilidad y desplazamiento, comer y asearse), y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), que se refie-

ren a aquellas actividades un poco más complejas en las que se necesita capacidad funcional para su desarrollo, como pueden ser el uso del teléfono, el manejo del dinero o la realización de tareas domésticas, entre otras.

En la sociedad hay distintos ámbitos o instituciones comunitarias (MTAS,2005) a través de los cuáles se puede ejercer el cuidado: El más comúnmente utilizado es la misma institución familiar, que proporciona ese amparo gratuito aunque también menos reconocido que los restantes ámbitos; después, por medio del Estado se encuentran los hospitales de día y residencias de mayores; y seguidamente por medio del Mercado Laboral existen servicios con fines de lucro que también ayudan en el cuidado de este sector de la población, serían instituciones privadas; y, por último, encontramos otro tipo de instituciones proporcionan el mismo servicio a la comunidad pero que no buscan lucrarse.

Una vez explicado ligeramente qué se entiende por cuidador, los tipos de cuidadores que hay, qué actividades suelen abordar y en qué contextos se desarrolla el cuidado, es necesario explicar que los cambios que se han producido en los últimos años a nivel familiar, social y a causa de las crisis económicas, han influido en la establecida conceptualización familista del cuidado (Úbeda y Roca, 2008), para la cual se asume que dado que es en el seno de la familia donde se da la condición de dependencia, es en ella donde debe ser acogida y tratada. Y no sólo eso, sino que también, es la mujer, como cuidadora por norma a causa de su condición de mujer y ama de casa (Cuesta, 2009), para la que se concibe el deber de ser el miembro de la familia que se ocupe de esta tarea de manera principal, existiendo por tanto la feminización del cuidado en los pacientes dependientes, y sobre todo en los EA (Pabón y Uribe, 2012). Pero tras estos cambios y crisis familiares y sociales, la bajada de la natalidad con el consiguiente envejecimiento de la población (Rodríguez-Castedo, 2005), el menor tamaño de los hogares y la mayor movilidad de los miembros del núcleo familiar (García, Mateo- Rodríguez y Eguiguren, 2004), la mujer se independiza de este rol, sale al mercado laboral y al encontrarse tan ocupada para la asunción de esta tarea como su compañero masculino se rompe esta conceptualización familista del cuidado y la feminización del cuidado, y no queda más remedio para los gobiernos e instituciones públicas que invertir en la proliferación de cuidadores profesionales para salvaguardar esta situación y proteger tanto a las personas en situación de dependencia como a los cuidadores informales que se establezcan como principales para que no sufran tantas inconveniencias en su labor de cuidar (Pulido, 2010).

Así, la implantación de leyes como la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención para las personas dependientes (BOE, 2006) ha generado la posibilidad de retribuir económicamente a aquellos cuidadores informales y, aportar la posibilidad de ayuda domiciliaria para estos cuidadores, generando un respiro que prevenga consecuencias perniciosas para la salud mental y física del cuidador informal, la cooperación entre las dos clases de cuidadores y el mantenimiento de un nivel de cuidado óptimo del enfermo de Alzheimer, buscando que se mantenga dentro de lo posible en su contexto habitual de domicilio familiar, pero en definitiva buscando también perfeccionar los recursos disponibles en cantidad y calidad tanto para dependientes como cuidadores (Losada et al., 2007), ya que la realidad es que a pesar del cambio socioeconómico siguen siendo las familias y sus cuidadores principales informales los protagonistas en la atención de las personas mayores dependientes y con EA en la actualidad.

Lo que ocurre es que con esta opción de la implantación de dicha ley es que se busca atender las necesidades del enfermo como del cuidador, para paliar de alguna forma las sobrevenidas consecuencias de su situación, que se expondrán más adelante en el apartado de consecuencias del cuidado.

1.1. Cuidadores Formales o Profesionales

Según la ley anteriormente citada de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia, el cuidador formal es definido como aquel que ejerce su labor de cuidar en instituciones públicas, centros o asociaciones con o sin ánimo de lucro (ámbito institucional) o en el hogar de la persona dependiente de manera autónoma (ámbito comunitario) (Andrés, 2010) y, se caracteriza por estar en posesión de una titulación que lo cualifica para el desempeño de la actividad, cobrar una remuneración por la realización de dicha actividad, en el margen de horas pactadas previa contratación y ya dependiendo de su profesionalidad, tener un grado mayor o menor de compromiso con su tarea como cuidador.

Además en el BOE (2003) se pone de manifiesto que el perfil del cuidador profesional tiene que darse en base a dos tipos de competencias: la competencia general y la competencia profesional, siendo la primera la capacidad de ayudar en el ámbito sociosanitario por medio de la aplicación de estrategias adecuadas para promocionar de este modo la autonomía de la persona cuidada, la relación con su entorno y su inserción ocupacional. Se puede desdoblar en tres competencias específicas (López et al., 2009): Objetivo (colaborar en la asistencia a personas dependientes para mantener su

autonomía personal, relaciones sociales y actividad ocupacional), medios (estrategias, procedimientos e instrumentos usados para la intervención) y, acción integrada (que es el trabajo coordinado entre los distintos técnicos especialistas que intervienen en el cuidado del mayor dependiente, como son los trabajadores sociales, educadores y otros). Y la competencia profesional que se relaciona con la organización, preparación, seguimiento y desarrollo de actividades e intervenciones para ofrecer una correcta atención.

1.2. Cuidadores Informales o No Profesionales

Según las investigaciones, este tipo de cuidado es el establecido en más del 80% de los casos como una fuente de sostén para los enfermos de Alzheimer, mientras que el formal se da en una media irrisoria del 11% de los casos. Por eso en España, el cuidador informal tiene una importancia y un peso que realmente no se ha valorado hasta hace muy poco (Roger-García, 2009) ya que por circunscribirse al ámbito privado y doméstico queda desvalorizado (Delicado, 2003) siendo dificultoso acceder a ella para intervenciones desde los ámbitos profesionales e institucionales (Durán, 2000).

Para empezar es un miembro de la red social del dependiente que se ocupa de brindar atención y apoyo instrumental y emocional sin que intervenga remuneración económica alguna (Aparicio et al., 2008; Rogero, 2009) aunque existe controversia a la hora de sintetizar qué características se consideran definitorias de los cuidadores informales, en especial por la característica de percibir remuneración económica por el cuidado siendo de la red social del dependiente; pero esto es una realidad desde la puesta en marcha en el año 2006 de la Ley de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia (BOE, 2006).

Aun así, se encuentran definiciones como la del Libro Blanco de la Dependencia (2005) que señala que el cuidado que aporta un miembro/s de la red social de la persona cuidada, que realiza el cuidado de manera intensiva y con un compromiso de permanencia en el tiempo. Autores como Feldberg y cols (2011) añaden la característica de que cuidador y dependiente compartan hogar.

Ahora bien, en el cuidado informal se pueden distinguir tres tipos de categorías (Pentland y McColl, 1999):

- Apoyo Instrumental o Material: se refiere a las Actividades de la Vida Diaria, que se separan en Básicas (ABVD), Instrumentales (AIVD) y Avanzadas (AAVD), distinguiendo entre las actividades que requieren cuidados físicos o

ABVD y las actividades domésticas para el individuo que requiere apoyo (AIVD).

- Apoyo Estratégico o Informativo: son las ayudas técnicas, medicamentos y servicios sanitarios del ámbito público y privado para el dependiente (Rogeró, 2009).
- Apoyo Emocional: muy relacionado con la ayuda instrumental para autores como Walker, Pratt y Eddy (1995) ya que en la relación continuada de cuidado se establece un vínculo emocional entre cuidador y cuidado. Pero puesto que su medición es bastante compleja (Durán, 2000), no se tiene muy asegurado que pueda considerarse un criterio para definir el cuidado informal como tal (Durán, 2000).

Por otro lado, el perfil del cuidador principal común es: mujer, desempleada, ama de casa, de clase social baja y nivel educativo bajo, que convive con el familiar dependiente, que suele ser directo (García-Calvente et al., 2004; Vaquiro y Stieповich, **2010**) con una edad comprendida entre los 45 y los 64 años. Pero si son cuidadores varones su perfil de cuidador se circunscribe al ámbito del matrimonio, por ser su pareja la persona en situación de dependencia.

Los cuidadores suelen realizar el trabajo sin ningún tipo de ayuda complementaria en la mayoría de los casos (62%) según la Encuesta de Apoyo Informal a los Mayores en España (IMSERSO, 2004) y suele ser una tarea muy intensiva superando las 30 horas semanales, apareciendo pesadas consecuencias que se exponen a continuación (López y cols., 2009).

1.1. Consecuencias negativas y positivas del cuidado

La prestación de cuidados a un enfermo dependiente conforma una fuente de estrés crónico que puede conllevar serias consecuencias para la salud del cuidador (García-Calvente et al., 2004) tanto positivas como negativas, no siendo excluyentes entre sí, sino más bien los dos extremos de un continuo (Menezes de Lucena y cols, 2006). Paciente y cuidador deben afrontar diariamente nuevas demandas sociales, físicas y psicológicas que conllevan la puesta en marcha de forma constante de recursos para poder hacer frente a esas demandas, lo que incrementa los niveles de estrés (Feldberge et al., 2011).

Para autores como Vega (1992) la principal consecuencia adversa del cuidado es el estrés, el cual se puede disgregar en tres partes diferenciadas (Torres, 2008):

La primera de ellas es el suceso desencadenante de asumir el rol de cuidador como respuesta de adaptación a la nueva situación compitiendo a su vez con otros aspectos de la vida del cuidador, tales como el trabajo o las responsabilidades familiares. Después aparecen las variables mediadoras, que influyen en la percepción subjetiva del estresor o suceso desencadenante del cambio vital y su adaptación como cuidador, al ver esta situación como positiva o negativa, como podría darse con los síntomas del dependiente. Algunas de estas variables mediadoras son: la resiliencia, la percepción de afrontamiento autoeficaz, autoestima, expectativas de la situación, atribuciones, control sobre la situación y lo que conlleva la misma. Y por último los resultados o consecuencias sobre el comportamiento del cuidador, las cuales son, las habilidades que porta el propio cuidador para afrontar el problema y minimizar las consecuencias negativas. Las cuales son, por un lado, las habilidades para solucionar los problemas (como la búsqueda de información, de apoyo social, descansos asíduos, entre otros) y las habilidades para transformar el significado de la nueva situación, pudiendo interpretarla como una oportunidad para el desarrollo personal o como una carga (Sánchez-Teruel, 2009).

Por otro lado, a parte de las repercusiones del estrés, el ser cuidador puede traer consigo otras consecuencias: a nivel de salud física se han encontrado anomalías a nivel neurocognitivo, con dolor corporal, cansancio, cefaleas y dolores musculares, y alteraciones en la salud general del cuidador en comparación con la salud del resto de población no cuidadora (Fernández y cols., 2011; Savage y Bailey, 2004). Y la desregulación de la respuesta matutina de cortisol (González-Bono y cols., 2011) aparece como indicador de estrés crónico que puede llegar a afectar a distintos sistemas fisiológicos (inmunológico, respiratorio, gastrointestinal, cardiovascular, neurosensorial y musculoesquelético, entre otros. (Lóvell y Wetherell, 2011; Moya-Albiol y cols., 2010)

En cuanto a consecuencias a nivel negativas a nivel emocional altos niveles de depresión (Clark y King, 2003) y en ira (Steffen, 2000; Vitaliano, Russo, Young, Teri y Maiuro, 1991), también insatisfacción y desánimo (Fornés, 1994), apareciendo muy marcadas en este gremio las emociones de rabia e impotencia por no poder hacer nada ante factores externos que se van presentando en la situación. Por otro lado, es cierto que un gran porcentaje de cuidadores muestran problemas emocionales sin llegar a cumplir los criterios para diagnosticar de trastornos clínicos del estado de ánimo o ansiedad (López y cols, 2005). Pero en su mayoría sufren ansiedad y depresión junto a disfunciones al dormir, sensación de apatía e irritabilidad (López y cols., 2009; Méndez y cols.,

2010) lo que influye tanto en su salud percibida como en la sensación de sobrecarga que experimentarán.

Y a nivel social y familiar, el cuidado puede generar tensión a la hora de comprender la enfermedad y mostrar unas actitudes y comportamientos u otros de algunos familiares hacia el enfermo (López y cols., 2005). Y a la vez una sensación de aislamiento social por no disponer apenas de tiempo libre.

Consecuencias positivas del cuidado:

Se ha visto que los hechos traumáticos también pueden generar efectos positivos vitales (Páez, Vázquez, Bosco, Gasparre, Iraurgi y Sezibera, 2011; Vázquez, 2005), que son: el aprendizaje sobre la propia capacidad de resistencia y habilidad personal, con el consiguiente aumento general de la sabiduría y mejora del conocimiento del otro además del autoconocimiento, acercando y cohesionando a la familia y comunidad. Y provocando una tendencia más prosocial en términos de tolerancia y autocompasión. Lo que incide a su vez a la hora de recalcularse las prioridades y valores personales aprendiendo a apreciar así más lo que se tiene, generando crecimiento espiritual y sentimiento de utilidad al contemplar que otras personas pueden beneficiarse de la experiencia personal.

Muchos autores sostienen que es posible obtener beneficios subjetivos de la situación de asistencia, llegando a percibir incluso una sensación de crecimiento personal. La posibilidad de prestar ayuda a una persona que lo necesita, y más cuando se tiene un vínculo afectivo con ella, puede experimentarse como la ocasión perfecta para desarrollarse de manera personal y trae consigo sentimientos de bienestar y satisfacción. Cohen, Colantonio y Vernich (2002) han encontrado que sobre un 73% de los cuidadores de ancianos apuntan por lo menos un aspecto positivo del hecho de cuidar, lo que viene a significar también menores niveles de carga percibida y mejores autoevaluaciones con respecto a su salud. Las mayores fuentes de satisfacción que identifican los cuidadores están relacionadas con la sensación de compañía, de utilidad, y de estar cumpliendo con su deber u obligación. Asimismo los cuidadores también refieren momentos placenteros o divertidos durante el desempeño de su labor y de conexión y redescubrimiento de la persona a la que cuidan (Cohen et al., 2002).

A grandes rasgos, todos estos aspectos positivos se incluyen bajo el término beneficioso del cuidado (uplifts), concepto que reúne a su vez sentimientos como los reflejados

en el aprecio por la cercanía que se siente con el paciente o al orgullo fruto de la capacidad de uno mismo por afrontar la crisis (Kramer, 1997).

1.2. Modelos explicativos sobre las consecuencias del cuidado

1.2.1. Modelo de predisposición e incitación (Rabins, 1997)

Rabins (1977) entiende que las diferencias entre cuidadores radica en las variables intrapersonales (desde la personalidad o el estilo de afrontamiento hasta los valores culturales), si bien es cierto que no se puede perder de vista la influencia de los factores que modifican la situación del cuidador (estatus económico, los recursos que perciba de la comunidad, y la percepción de apoyo social y familiar que experimente). Y de otro modo, no se pueden descuidar tampoco los factores que precipitan (incitadores) que influyen en las características de la situación de cuidado, volviéndola más difícil o más viable según su presencia. Con factores precipitantes se entienden las conductas problemáticas de los dependientes o las que se perciban como problemáticas para el cuidador aunque realmente no lo sean.

Este modelo resulta incompleto y criticable, pues se aprecia la necesidad de aclarar todos los factores que respaldan el estrés presentado por los cuidadores, así como, señala que los factores modificadores se pueden considerar a su vez factores de predisposición (por ejemplo el apoyo social puede ser tanto un modulador como algo presente en función de la personalidad que presente el cuidador).

2.5.2. Modelo diádico cuidador-mayor (Corbeil y cols., 1999)

En este modelo Corbeil, Quayhagen y Quayhagen (1999) explican la importancia que tiene la relación entre el cuidador y la persona en situación de dependencia para determinar si el primero está adaptado a la situación de cuidado o no, para lo cual distinguen tres partes: antecedentes, mediadores y resultados. Los antecedentes son estresores y condicionantes exógenos (por ejemplo, la frecuencia en la que el EA manifiesta problemas de conducta); después, encontramos los mediadores, que son una variable endógena y, son tanto el estrés que el cuidador percibe a causa de las conductas disruptivas que presenta el enfermo, como la reevaluación positiva que puede hacer de éstas y el apoyo social que perciba desde su entorno. Y por último, se encuentran los resultados

que son la confluencia de las variables exógenas y endógenas que pueden resultar en la adaptación del cuidador y su evaluación positiva sobre la tarea del cuidado. Este modelo se centra en los aspectos positivos que proporciona el cuidado.

Este modelo resulta escaso a la hora de aplicarlo en programas de estimulación cognitiva para cuidadores y enfermos ya que, como el modelo anterior, no recoge todas las variables implicadas y que modulan el contexto del cuidado (López, 2005).

2.5.3. Modelo sociocultural (Olshveski, Katz y Knight, 1999)

En el modelo sociocultural de Olshveski et al. (1999) se dice que lo que determina tanto las demandas a las que debe hacer frente el cuidador como el malestar que presente ante la situación de cuidado viene determinado por el grupo étnico y cultural de pertenencia. Aspectos como el sexo de pertenencia, la edad, el estatus socioeconómico del cuidador y el parentesco con la persona cuidada se verán influidos por los valores culturales que reinan en ese grupo. De este modo, tanto el estrés objetivo como la evaluación primaria (carga subjetiva) que hace el cuidador de las demandas de la situación están regulados por las normas de la cultura, y de los inconvenientes o aspectos favorables de mantenerse en esta situación también están influidos por esto, resultando más o menos estresante la situación. Y, también en este modelo se habla de que las variables mediadoras son tanto el apoyo social percibido como las estrategias de afrontamiento, siendo éstas fundamentales en la huella emocional que producen los estresores, como las estrategias de afrontamiento de aceptación, que ayudan a enfrentar la situación mientras que las evitativas, que traen consecuencias emocionales poco favorables.

Además, añadir que para estos autores la calidad del apoyo social es fundamental para mitigar el estrés ante la situación de cuidado, no siendo tan relevante la cantidad de apoyo social.

2.5.4. Modelo de los dos factores (Lawton y cols., 1991)

Este modelo explica que el estado emocional que experimente el cuidador ante el cuidado, sea positivo (obteniendo bienestar social) o negativo (obteniendo consecuencias como la depresión) será lo que explique la posibilidad de experimentar tanto sobrecarga como satisfacción con el cuidado al mismo tiempo, influyendo a su vez en el resultado experimentado estresores (como la cantidad de síntomas que experimenta el dependiente) y las variables moduladoras (como por ejemplo su salud percibida, las ayu-

das proporcionadas desde fuera, etc), pero en especial, lo que tiene más peso para las consecuencias finales es la evaluación que el cuidador realice sobre su situación.

Se ha visto que el considerar sólo dos factores (estresores y moduladores) en la evaluación de la situación de cuidado es demasiado simplista, por lo que este modelo fue replicado y otros autores (Braithwaite, 1996) extrajeron hasta 6 variables mediadoras en los cuidadores: carga objetiva que tienen los cuidadores, la percepción del cuidado como si fuese algo perjudicial, percepción de autoeficacia, atrapamiento social, los aspectos favorables del cuidado y por último, el apoyo social familiar.

2.5.5. Modelo multidimensional de agentes estresantes (Pearling et al., 1990)

Estos investigadores presentan 5 factores que consideran que están interrelacionados entre sí, y son: El primero son los antecedentes del cuidador, compuesto por su historia, las ayudas de las que dispone y la red social y familiar que lo acompaña. Todo ello influye en cómo vive el cuidado el cuidador.

El segundo y tercer factor son los agentes estresores, los cuales pueden ser primarios y dividirse en objetivos (síntomas del enfermo de alzheimer o conductas problemáticas del enfermo, por ejemplo) y en subjetivos (como la sensación de carga y de pérdida de vida social que sufre el cuidador a causa de realizar la mayoría del tiempo la actividad de cuidar) y secundarios, que son los relacionados con otras facetas de la vida del cuidador en las que indirectamente esta actividad también le influye. Algunas de ellas son el trabajo fuera de la actividad de cuidar, el cambio dentro de la familia, etc.

El cuarto factor son los problemas a nivel emocional, físico y social que se producen por la exposición a estos estresores que se comentaban más arriba, los cuales pueden traducirse en depresión, síntomas físicos como cefaleas y llegar incluso a la decisión de abandonar el cuidado. Serían el resultado de la exposición al estrés.

Y por último, se encuentran las variables mediadoras que modulan los resultados finales por exhibirse ante los agentes estresores primarios y secundarios de los que hablábamos. Algunas de estas variables moduladoras del estrés son la percepción de apoyo social o las estrategias de afrontamiento.

Como conclusión sobre este modelo se relacionarían diferentes agentes estresores con factores moduladores de la respuesta ante esos estresores y a su vez éstos con el resultado final que será la experiencia de estrés ante el cuidado o no.

Este modelo teórico ha sido el que más se ha propagado, apareciendo finalmente como referencia para quienes se dedican a realizar programas de intervención con cuidadores mayores en situación de dependencia.

2.5.6. Modelo Doble ABCX adaptado al cuidado informal (Hill, 1949) (¡))))))

En este modelo se pretende tener en consideración las variables familiares que expliquen las consecuencias experimentadas a causa del estrés en la situación de cuidado de una persona dependiente. Y para ello, realiza una descomposición de las relaciones que se producen entre las variables que califica como: Aa (es tanto la huella que dejan las demandas que se le exigen al cuidador como el impacto que deja el estresor), luego encontramos las Bb (que son los recursos de la familia, tanto a nivel de apoyo como socioeconómico), después encontramos las BC (que son las estrategias de afrontamiento que pone en marcha el cuidador) y por último, las variables X (que son la adaptación del familiar).

Así, las relaciones que se dan entre estas variables determinan una adaptación más o menos favorable modulando la respuesta de estrés para la familia del dependiente que lo cuida según sean sus estrategias de afrontamiento como la función que realice la familia dentro de la tarea de cuidar del mayor dependiente. (Manning et al., 2011; Stuart y Mc Grew, 2009).

3. Tipos de Intervenciones en los Cuidadores de EA

En este epígrafe se van a desarrollar los cuatro tipos de programas de intervención que se realizan con los cuidadores de personas en situación de dependencia y, más concretamente con los cuidadores de enfermos de Alzheimer (Muela, 2013). Lo sorprendente es que aún hoy día, a pesar de la gran demanda social que hay, no haya consenso sobre qué programas de intervención que se han demostrado eficaces en un grado suficiente. Se considera necesario que haya más investigación al respecto. Aun así, los tipos de programas de intervención que hoy día hay vigentes y que para nada son excluyentes entre sí son los siguientes por orden de eficacia:

3.1. Apoyo formal o “servicios de respiro”

Se trata de servicios que ofrece la comunidad para sustituir o complementar las actividades de las que se ocupan los cuidadores informales. Algunos de estos servicios son los llamados centros de día o la ayuda domiciliaria, resultando ambos un respiro durante unas horas para el cuidador. Otro de los servicios comunitarios que hay son las

residencias temporales, las cuales pueden servir para suplir el cuidado durante periodos cortos como fines de semana. Son servicios públicos en algún grado pero en su mayoría los hay privados.

En nuestro país la ayuda más solicitada es la “Ayuda a Domicilio” en la que un profesional asignado por el gobierno o costeadado de manera privada se dirige a la residencia privada de la persona mayor en situación de dependencia y lo atiende durante unas horas, generando un tiempo de respiro para la persona encargada del cuidado.

Aunque realmente las causas del poco uso que se le da a este tipo de intervención es a causa de las actitudes recelosas por parte de la persona cuidada en cuanto a la aceptación de que alguien extraño manipule sus posesiones, también por los sentimientos de culpabilidad por parte del cuidador al sentir que está dejando de lado o abandonando de alguna manera a la persona que cuida y; también porque la mayoría de estos servicios son privados, por la alta demanda que hay de los públicos y la poca oferta que se ofrecen ,generando largas esperas para la concesión de este tipo de ayudas, y la gran mayoría de familias sólo pueden costearse estos servicios a corto plazo pues son en su mayoría de clase social media.

En cuanto a la calidad que se percibe desde este tipo de servicios por los cuidadores, son una ayuda para ellos pero no mejoran en última instancia su malestar ya que generan un cambio en la rutina establecida, suponen muchas veces un estresor para el enfermo de alzheimer generando un empeoramiento de su estado y, también porque al contrario de resultar un alivio en cuanto a tareas, generan más carga en el cuidador, ya que tienen que preparar con más dedicación tanto al enfermo, si es para llevarlo al centro de día correspondiente, como adecentar el hogar para esperar al profesional que lo sustituirá unas horas si es para la asistencia domiciliaria. Otra razón que influye en la desestimación de este tipo de ayuda es que realmente no frenan la institucionalización, simplemente puede que se postergue algo, y además, tras la muerte puede generar una elaboración del duelo más angustiosa y difícil por la sensación de haberlo abandonado para tomarse un respiro de la tarea.

Aun con todo, es una de los servicios de intervención disponibles con mayor eficacia demostrada.

3.2. Programas Psicoeducativos

Son charlas en las que se pone en conocimiento de los cuidadores las características y el curso que suele presentar la enfermedad de alzheimer, y también

sobre qué técnicas usar en cada situación. Se ofertan en sedes de asociaciones a nivel grupal pero también de manera individual cada vez más, por medio de material audiovisual. Su duración oscila entre seis y diez semanas.

Suelen utilizarse textos, ejercicios y se hace presente un educador profesional a quien consultar las dudas que puedan surgir y las sugerencias que aclarar. Lo malo es que en ocasiones se generan tensiones innecesarias en lugar de reducirse, a causa de la anticipación de problemas que aún no están presentes al exponer el curso que suele seguir la EA y, eso puede generar una visión negativa en el cuidador y sobre las repercusiones que tendrá para él el mantenimiento de esta ocupación diaria a medio y largo plazo. Pero se hace este tipo de intervención al asumir que un conocimiento adecuado para el cuidador hace éste disminuya su incertidumbre y pueda realizar de manera más óptima su labor, pero se ha visto que las mejoras son muy modestas y a veces incluso se ha visto que a más conocimiento del curso de la enfermedad se puede generar más malestar e incertidumbre para lo que se espera. Así, ofrecer información es necesario y positivo, pero no debe ser la única intervención que se realice, pues no será efectiva por sí sola. También se ofrecerán técnicas de manejo del estrés, técnicas de autocontrol, relajación, etc.

3.3. Grupos de Autoayuda

Después, encontramos dentro de este primer tipo de intervención los llamados “Grupos de Autoayuda”, los cuales tienen como objetivo brindar el apoyo mutuo entre cuidadores y la parte instrumental de intercambiar estrategias para la realización del cuidado.

Se trata de reuniones en las que los cuidadores se encuentran y comparten experiencias propias, reduciendo así el posible aislamiento, generando empatía hacia la situación de los demás y normalizando preocupaciones e ideas que pueden verse que son compartidas y comunes a todos los que realizan esta actividad, generando a su vez un clima de red de apoyo social para todos los participantes.

Se suele realizar en las asociaciones con un moderador profesional o un cuidador experto, pero también por internet a través de foros.

Las dificultades que plantea son la “transmisión” de emociones negativas que algunos pueden no haber traído de casa; también algunos pueden utilizarlo más como una herramienta para expresar sus emociones y aprender de las de los demás, y otros sólo como forma de aprender estrategias para el cuidado, de una manera más práctica,

surgiendo dentro del grupo intereses distintos. Y por último, se ha visto que a pesar de lo satisfechos que se encuentran los participantes en este tipo de grupos, no se consigue reducir la sensación de carga, depresión, ira o ansiedad, ni tampoco postergar la institucionalización de la persona a la que se cuida.

3.4. Intervención Psicoterapéutica

Están basados sobre todo en modelos cognitivo-conductuales, sirviendo para que el cuidador sea más consciente de la situación en la que está, pueda hacer reestructuración de sus pensamientos si hiciese falta, cultive estrategias para solucionar problemas, para organizar su tiempo y aprender a premiarse a sí mismo llevando a la par la tarea de cuidar. Todo esto se consigue por medio de herramientas para manejar el estrés, beneficiando tanto a los cuidadores como a los mayores de los que se hacen cargo, pues les influye indirectamente.

Pero por otro lado, este tipo de intervenciones también presentan disfuncionalidades, pues a veces son demasiado breves (duran entre 8 y 10 semanas), pero por otro lado se ha visto que si se extendiese más en el tiempo los cuidadores dejarían de participar en ellos, así que tampoco conviene. De todas formas, otro problema que presenta es que no tiene en cuenta el apoyo formal que pueda estar percibiendo el cuidador, y son en ocasiones demasiado individualistas y heterogéneos, saltando de un tema a otro a tratar (terapia cognitiva, resolución de problemas, habilidades sociales, etc).

Ahora bien, para el presente trabajo, se ha decidido realizar una propuesta de programa de intervención consultándose diferentes estudios en los que se han recopilado los resultados obtenidos de su aplicación y cogiéndose para éste los más favorables para prevenir las consecuencias negativas tanto para el cuidador como para el enfermo e incrementar el conocimiento sobre la enfermedad, las herramientas para el cuidado, la búsqueda de apoyo y el autocuidado del cuidador.

3.4.1. Propuesta de Programa de intervención multicomponente

Fase 0 “Evaluativa”:

En esta fase se medirán variables relevantes asociadas tanto al cuidado como al estado del enfermo de Alzheimer (EA) . Estas variables se han mencionado anteriormente en el trabajo, y podrían ser para el cuidador: ansiedad, depresión, carga, irritabilidad (en el aspecto psicoemocional), cansancio, cefaleas, dolores musculares,

inmunodeficiencia (en el aspecto físico).

Fase 1: Psicoeducativa:

Aquí se informará sobre aspectos relevantes de la enfermedad y de su cuidado a grupos de unas cinco familias sin que esté presente el EA. Se fomentará la creación de grupos de autoayuda y se dará la posibilidad de que durante la asistencia a estas sesiones los EA no se queden solos sino que estén cuidados por un cuidador formal, subvencionado por el organismo que financie este programa. Esta fase estará constituida por cinco sesiones con una periodicidad de una por semanas (son más que la mayoría de los programas que utilizan psicoeducación pero se ha escogido así primero para que la psicoeducación sea más completa, segundo para fomentar la creación de grupos de autoayuda, y tercero para dar a conocer la posibilidad del uso de un cuidador formal).

Fase 2: De intervención individualizada

En esta fase se intervendrá sobre cada familia, incluyendo al EA que le sea posible asistir y se enseñaran en ella técnicas para controlar la comunicación y trato con el EA, manejo de estrés y situaciones estresantes, técnicas de autocuidado para el cuidador, y todas aquellas que sean necesarias en función de lo realizado en la fase cero o de evaluación. Esta fase tendrá una duración de diez o doce sesiones en función de la familia (el número de sesiones viene determinado por ser una media aproximada de las sesiones realizadas en otros trabajos y se ha escogido este número porque cuando son menos el entrenamiento resulta más pobre y menos duradero a largo plazo, y cuando son más se ha visto que la tasa de abandono aumenta entre los participantes) y la metodología de cada sesión será muy parecida entre sí: una primera parte para revisar si se cumplieron las tareas para casa; una segunda parte para enseñar a abordar nuevos problemas con la prescripción de nuevas tareas para la próxima sesión; y la sesión terminará con la firma de un contrato conductual en el que cada parte (familia, psicólogo y EA, cuando sea posible) se comprometen a realizar lo acordado en esa sesión.

Fase 3: Reevaluación y Seguimiento

Al terminar las sesiones de la fase anterior, se reevaluará la familia y al EA con los mismos instrumentos empleados en la fase cero. Posteriormente y cada seis meses se volverá a realizar una evaluación de seguimiento.

Referencias

Almanza, J., Monroy, M., Bimbela, A., Payne, D.K., and Holland, J.C. (2000). Spanish

- Version of the Systems of Belief Inventory (SBI-15-R): Cross Cultural Research on Spiritual and Religious Beliefs. *Psychosomatics*, 41, 158.
- Andrés, J. (2010). *Atención y apoyo psicosocial domiciliario. Técnicas de rehabilitación psicosocial, apoyo a las gestiones cotidianas y comunicación con el dependiente y su entorno*. Vigo. Ideas propias.
- Bandura, A. (1999). *Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Bartone, R.T., Ursano, R.J., Wright, K.M. y Ingraham, L.H. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance workers: A prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 317-328.
- Baruth, K. y Carroll, J. (2002). A formal assessment of resilience: The Baruth Protective Factors Inventory. *Journal of Individual Psychology*, 58, 235-244.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Berkes, F., Colding, J. y Folke, C. (eds.) (2003). *Navigating social-ecological systems. Building resilience for complexity and change*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Boletín Oficial del Estado-BOE (2006). Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *BOE*, 299 de 15/12/2006, pp.44142 a 44156.
- Boletín Oficial del Estado-BOE (2003). Real Decreto 496/2003, 2 de Mayo, por el que se establece el estatuto de Técnico de Atención Sociosanitaria y las correspondientes enseñanzas comunes. *BOE*, 24/05/2003, pp 19956 a 20000.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Braithwaite, V. (1996). Between stressors and outcomes: Can we simplify care giving process variables. *Gerontologist*, 36, 42-53.
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3, 145-151.
- Calhoun, L., y Tedeschi, R. (2000). Early Posttraumatic Interventions: Facilitating Possibilities for Growth. En J.Violanti, D. Patton, y D.Dunning. *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives* (pp.135-152). Springfield, IL, USA: Charles C. Thomas Publisher.
- Clark, P.C. and King, K. B. (2003). Comparison of family caregivers: stroke survivors vs. Persons with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 29, 45-53.
- Connor, K.M., y Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Corbeil, R.R., Quayhagen, M.P. y Quayhagen, M. (1999). Intervention effects on dementia caregiving interaction: a stress-adaptation modeling approach. *Journal of Aging and Health*, 11, 79-95.
- Cuesta Benjumea, C. (2009). El cuidador familiar: una revisión crítica. *Revista de investigación y educación en enfermería*, 27 (1), 96-102.
- Delicado, M.V. (2003). *Familia y cuidadores de salud. Calidad de vida en cuidadores y repercusiones sociofamiliares de la dependencia*. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante.
- Diputación de Granada (2009). *Guía para los cuidadores y cuidadoras en el entorno familiar*. Granada: Área de bienestar y derechos de la ciudadanía.

- Durán, M.A. (Ed.) (2000). *La contribución del trabajo no remunerado a la economía española. Alternativas metodológicas*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ewart, C., Jorgensen, R., Suchday, S.Chen, E. y Matthews ,K.(2002). Measuring stress resilience and coping in vulnerable youghth: The social competence interview. *Psychological Assessment, 14*, 339-352.
- Feldberg, C. Tartaglini, M. F., Clemente, M.A., Petracca, G., Cáceres, F., y Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina, 3*(1), 11-17.
- Fergusson, D.M. y Kynskey, M.T.(1996). Adolescent resiliency to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*, 281-292.
- Fernández-Lasac, V. y Crespo, M. (2011). Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: una revisión. *Clínica y Salud, 22*, 21-40.
- Fernández de Larrinoa Palacios, P., Martínez Rodríguez, S., Ortiz Marqués, N., Carrasco Zabaleta, M., Solabarrieta Eizaguirre, J., y Gómez Marroquín, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema, 23* (3), 388-393.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J.H., y Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources vend healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 72*, 65-76.
- Forés, A. y Grané, J. (2008). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma actual.
- Fornés, J. (1994). Respuesta emocional al estrés laboral. *Rol de Enfermería, 186*, 31-39.
- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria, 18* (2), 83-92.
- Garmezy, N. (1974). Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 8*, 14-90.
- Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed enviroments. *Pediatrics, 20*, 459-466.
- Garmezy, N. and Masten, A.S. (1994). *Chronic adversities*. Oxford: Pergamon Press.
- Garmezy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry, 41*, 101-116.
- González-Bono, E., De Andrés-García, S., y Moya-Albiol, L. (2011). The cortisol awakening response in caregivers of schizophrenic offspring shows sensitivity to patients status. *Anxiety Stress Coping, 24* (1), 107-120.
- Grotberg, E. (1995): *Fortaleciendo el espíritu humano*. La Haya. Fundación Bernard Van Leer.
- Grotberg, H.E. (Comp.) (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa.
- Heilemann, M.V., Lee, K., y Kury, F.S. (2003). Psychometric properties of the Spanish versión of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 11*,61-72.
- Hill, R., (1949). *Families under stress*. New York: Harper and Row.
- Holland, J.C., Kash, K.M., Passik, M.K., Gronert, M.K., Sison, A., Leder-berg, M., Russak, S.M. Baider, L. y Fox, B (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in Life-Threatening Illness. *Psychooncology, 7*,

460-469.

- Infante, F. (2002). La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En: A., Melillo y N. Suárez (Comp.) *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas* (pp. 56-69). Buenos Aires: Paidós.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales – IMSERSO (2004). *I Plan Nacional de Accesibilidad*. Madrid: IMSERSO.
- Kaplan, H. (1999): “toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models”, en Glantz, M. y Johnson, J. (eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*, Nueva York, Plenum Publisher, pp. 17-84.
- Kramer, B.(1997). Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. *The Gerontologist*, 37, 239-249.
- Kobasa, S.C. Maddi, S.R. y Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Kobasa C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kotliarenco, M.A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Lawton, M. P., Moos, M., Kleban, M.H., Glicksman, A. y Rovine, M. (1991). A two-factor model of care giving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, 181-189.
- López-Cepero, J., Fernández, E. y Senín, C. (2009). Diez referencias destacadas en Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 49-55.
- López, M., Ariza, G., Sánchez del Corral, F., Sanz, E., Ripoll, M., y García, M. (2005). Proyecto para mejorar la calidad asistencial al paciente geriátrico en la urgencia hospitalaria. Primera fase: priorización de problemas. *Geriatría Gerontología*, 40 (1), 63-118.
- López, M.J., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona de la Morena, J. y Alonso, F.J. (2009). El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2, 332-339.
- López, J. (2005). Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa. Madrid. P. 64.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D. y Knight, B.G. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología conductual*, 15, 57-76.
- Lovell, B., Wetherell, M., (2011). The courage and strategies of hardiness as helpful in growing despite major, disruptive stresses. *American Psychologist*, 63 (6), 563-564.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience: *A critical evaluation and guidelines for future work*. *Child Development*, 71, 543-562.
- Luthar, S. y Cushing, G. (1999): “Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview”, en Glantz, M. y Johnson, J. (eds), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations*, Nueva York, Plenum Publishers, pp. 129-160.
- Luthar, S.S. (2006). *Resilience in development: A síntesis of research across five decades*. New York: Wiley.
- Maddi, S. (2005). On hardiness and other pathways to resilience. *American*

- Psychologist*, 60, 261-262.
- Manning, M.M., Wainwright, L. y Bennet, J., (2011). The double ABCX model of adaptation in racially diverse families with school-age child with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41 (3), 320-331.
- Masten, A. y Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In Lahey, B. y Kazdon, A. (eds). *Advances in clinical child psychology* (pp.1-52). New York Plenum Press.
- Masten, A.S. and Coatsworth, J.D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environment. Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- Masten, A.S. (1999). Resilience comes of age: *Reflections on the past and Outlook for the next generation of research*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Press.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Menezes de Lucena, V., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F., y Contador, I. (2006). Resiliencia y modelo de burn-out: Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18, 791-796.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-MTAS (2005). *Libro blanco de la Dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Moya-Albiol, L., De Andrés-García, S., Romero-Martínez, A., Sanchis-Calatayud, M.V., Sariñaña-González, P. y González-Bono, E. (2010). Factores moduladores del sistema cardiovascular en cuidadores informales de personas con esquizofrenia. VII Congreso de la Sociedad Española de Psicofisiología y Neurociencia Cognitiva y Afectiva. Valencia, septiembre 15-18.
- Muela, J.A. (2013). *Atención a los cuidadores de personas mayores dependientes*. Material no publicado. Comunicación personal.
- Olshevski, J.L., Katz, A. D. y Knight, B. G. (1999). *Stress reduction for caregivers*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Osborn, A. (1994). *Resiliencia y estrategias de intervención*. Suiza: BICE
- Pearling, L.I., Mullan, J. T., Semple, S.J. y Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583-594.
- Pentland, W.E. y McColl, M.A. (1999). *Application of time use research to the study of life with a disability*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Peñacoba, C., y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-96.
- Pulido Martínez, A. (2010). El derecho a la ciudadanía del enfermo mental, un desafío al Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. *Cuaderno de Trabajo Social*, 23, 361-379.
- Rabins, P. V. (1997). Caring for person with dementing illnesses. A current perspective. En L.L. Heston (Ed.), *Progress in Alzheimer's disease and similar conditions* (pp. 277-289). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Reynolds, A. (1998). Resilience among black urban youth: Prevalence, intervention effects, and mechanisms of influence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 84-100.
- Rigsby, L. (1994): "the americanization of resilience: Deconstructing research practice", en Wang, M. y Gordon, E.(eds), *Educational Resilience in Inner-City America: Challenges and Prospects*, Nueva Jersey, Lawrence Erlbaum, pp.85-92.
- Robles-Bello, M^a A. y Sánchez-Teruel, D. (2011). Atención temprana en España y su

- estructuración territorial. En M^aA. Robles-Bello y D. Sánchez-Teruel (2011) (Coord). *Evaluación e intervención en Atención Infantil Temprana: hallazgos recientes y casos prácticos* (pp. 19-43). Jaén: Servicio de Publicaciones de la Universidad.
- Rogero, J. (2009). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Colección estudios: serie dependencia.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectationcies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, (número incompleto).
- Rotter, J.B.(1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- Rodríguez-Castedo, A. (2005). Políticas sociales y prestación de servicios a las personas dependientes y a sus familias. *Revista de Administración Sanitaria*, 3, 253-264.
- Rodríguez, M., Pereyra, M.G., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M. y Labiano, L.M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar*, 9, 72-82.
- Rodríguez, M., Pereyra, M.G., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M. y Labiano, L.M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar*, 9, 72-82.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some Conceptual Considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 12-19.
- Salgado, A. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Revista de Psicología*, 11,41-48.
- Sánchez-Teruel, D. (2009). *Actualización en inteligencia emocional*. Madrid. Editorial CEP.
- Sánchez-Teruel, D. (2009). *Actualización en Inteligencia Emocional*. Madrid. CEP
- Savage, S. y Bailey, S. (2004). The impact of caring on caregiver's mental health: A review of the literature. *Australian Health Review* 27, 111-117.
- Seligman M.E.P. y Peterson, C. (2003). Positive clinical psychology. En L.G. Aspinwall and U.M. Staudinger (Eds.). *A Psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 305-317). Washington, D.C: American Psychological Association
- Sinclair, V. y Wallston, K. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment* 11,94-101.
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. and Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200.
- Steffen, A.M. (2000). Anger management for dementia caregivers: a preliminary study using video and telephone interventions. *Behavios Therapy*, 31, 281-299.
- Stuart, M., y McGrew, J.H. (2009). Caregiver burgen after receiving a diagnosis of an Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 86-97.
- Suárez-Ojeda, E.N. y Krauskopf, D. (1995). *El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente: Una perspectiva psicosocial*. Publicación Científica No. 552, OPS/OMS. Washington, D.C., EE.UU.
- Tarter, R.E. and Vanyukov, M. (1999). Re-visiting the validity of the construct of resilience. In: M.D. Glantz y J.L. Johnson, (eds). *Resiliency and development: Positive life adaptations* (pp. 85-100). New York: Plenum.

- Tedeschi, R., y Calhoun, L. (2004). Target Article: "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Thomas, A., y Chess, S. (1977). Temperament and developmental desviations. En A. Thomas y S.Chess (Eds.), *Temperament and development* (pp.48-65). New York: Brunner/Mazel.
- Tomkiewicz, S. (2004). *El surgimiento del concepto*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Torres, J., (2008). *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés*. Tesis doctoral universidad de Huelva. Departamento de Psicología.
- Úbeda Bonet, I., y Roca Roger, M. (2008). Los cuidados familiares. *Nursing*, 26 (9), 55-59.
- Uriarte, J.D. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10, 61-80.
- Vázquez, C. (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S, 2001 (EE.UU.) y del 11M, 2004 (Madrid, España): Mitos y realidades. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 9-25.
- Vaishnavi, S., Connor, K., y Davidson, J.R.T. (2007). An abbreviated versión of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC-2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, 152, 293-297.
- Vega, J. (1992). *Relaciones entre generaciones*. Badajoz: Psicoex. IFAD.
- Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M.L. (2006). La experiencia traumática desde la Psicología Positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27, 40-49.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Young, H.M., Teri, L. y Maiuro, R.D. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 6, 392-402.
- Wagnild, G.M. y Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resiliency Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Walker, A. J., Pratt, C.C. y Eddy, L. (1995). Informal caregiving to ageing family members: A critical review. *Family Relations*, 44, 402-411.
- Weissberg, R.P., Caplan, M. y Hardwood, R.L. (1991). Promoting competent Young people in competence hancing enviroments: A systems-based perspectives on primary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 830-8
- Werner, E.E. y Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Mc-Graw-Hill.
- Werner, E.E. y Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birht to adulthood*. Ithaca, New York: Cornell University Press.
- Windle, G., Bennett, K.M. y Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9,1-18.