

Los Valores y el Significado de la Existencia. Un Estudio Observacional en Cuidadores Familiares de Pacientes Neurológicos*

*Values and the Meaning of Existence. An Observational Study
of Family Caregivers of Neurological Patients*

*Os Valores e o Significado da Existência. Um Estudo Observacional
em Cuidadores Familiares de Pacientes Neurológicos*

DORINA STEFANI
MARÍA FLORENCIA TARTAGLINI
CAROLINA FELDBERG
MARÍA ALEJANDRA CLEMENTE
PAULA DANIELA HERMIDA
CAROLINA IRIS PEREYRA GIRARDI
SILVIA DEBORAH OFMAN
PEDRO CÓFRECES

CONICET y Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Resumen

Se describe el sistema de valores en cuidadores familiares de pacientes neurológicos y se compara por género y etapas del ciclo vital. Se utilizó un diseño de investigación *ex post facto*. Se administraron a 238 cuidadores el Cuestionario Sociodemográfico y Datos del Cuidado y el Inventario de Valores. Todos los cuidadores acordaron un sistema jerárquico de valores, aunque el sensitivo-afectivo fue mejor evaluado por mujeres, el intelectual por adultos jóvenes, y el estético por adultos mayores. Se apoya la estabilidad del sistema de valores y su relativa flexibilidad según el género y las etapas del ciclo vital, lo cual aporta evidencia empírica para las perspectivas basadas en la fortaleza frente a la adversidad.

Palabras clave: valores, género, ciclo vital, cuidadores familiares, pacientes neurológicos.

Abstract

The article describes the value system in family caregivers of neurological patients, comparing them by gender and life cycle stage. An *ex post facto* research design was used. The Socio-Demographic and Care Data Questionnaire and the Values Inventory were administered to 238 caregivers. All of them agreed on a hierarchical value system; however, the sensitive-affective component was better evaluated by women, the intellectual component, by young adults, and the aesthetic component by older adults. Results support the stability of the value system and its relative flexibility depending on gender and life cycle stages, which provides empirical evidence for perspectives based on strength in the face of adversity.

Keywords: values, gender, life cycle, family caregivers, neurological patients.

Resumo

Descreve-se o sistema de valores em cuidadores familiares de pacientes neurológicos e compara-se por gênero e etapas do ciclo vital. Utilizou-se um desenho de pesquisa *ex post facto*. Foram entregues a 238 cuidadores o Questionário Sociodemográfico e Dados do Cuidado e o Inventário de Valores. Todos os cuidadores combinaram um sistema hierárquico de valores, embora o Sensitivo-Afetivo tenha sido o mais bem avaliado por mulheres, o Intelectual por adultos jovens, e o Estético por adultos mais velhos. Apóia-se a estabilidade do sistema de valores e sua relativa flexibilidade segundo o gênero e as etapas do ciclo vital, o que dá evidência empírica para as perspectivas baseadas na fortaleza diante da adversidade.

Palavras-chave: valores, gênero, ciclo vital, cuidadores familiares, pacientes neurológicos.

Cómo citar este artículo: Stefani, D., Tartaglino, M. F., Feldberg, C., Clemente, M. A., Hermida, P. D., Pereyra, C. I., ...Cófreces, P. (2013). Los valores y el significado de la existencia. Un estudio observacional en cuidadores familiares de pacientes neurológicos. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 293-306.

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a Dorina Stefani, e-mail: dstefani@fmed.uba.ar. Instituto de Investigaciones Cardiológicas "Prof. Dr. Alberto C. Taquini", Universidad de Buenos Aires, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Marcelo T. de Alvear 2270, C1122AAJ, Ciudad Autónoma Buenos Aires, Argentina.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
RECIBIDO: 14 DE SEPTIEMBRE DE 2011 – ACEPTADO: 20 DE ABRIL DE 2013

* Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación mayor que fue desarrollado a través del subsidio CONICET PIP n.º 0109/98.

Las Creencias y Valores

Rokeach (1962) define los valores, desde la perspectiva psicológica del valor, como creencias o principios que orientan la vida, resisten al cambio, que se encuentran localizados en el centro del sistema global de creencias de un individuo. Son ideales abstractos, positivos o negativos, independientes de cualquier objeto o situación específica, que representan las creencias de una persona sobre los modos deseados de conducta y sobre los fines últimos a alcanzar. El sistema de creencias está conformado, además, por un número mayor de creencias consideradas periféricas, que son progresivamente más variables y específicas. Estas, junto con las creencias centrales o valores, se organizan en forma jerárquica, constituyendo un sistema funcionalmente interconectado. Los valores se clasifican, según Rokeach (1962), en dos grandes grupos: valores terminales y valores instrumentales. Los primeros se refieren a las metas que una persona quiere lograr durante su vida, alcanzables a “largo plazo”, de mayor estabilidad y permanencia; algunos de ellos son: amistad verdadera, amor maduro, dignidad, sabiduría, seguridad familiar. Los valores instrumentales se refieren a los modos de comportamiento o los medios pertinentes para el logro de los valores terminales; entre ellos encontramos: alegría, responsabilidad, perdón, valentía y cortesía.

Por su parte, Schwartz y Bilsky (1990), al analizar diversas definiciones referidas al concepto de valor, observaron cinco componentes comunes a todas ellas. Los valores: (a) son principios o creencias muy arraigadas en la personalidad del individuo, siendo la estructura cognitiva más abstracta; (b) se refieren a estados de existencia o a modelos de conductas; (c) trascienden a objetos, grupos de personas y acciones específicas; (d) orientan la elección o la evaluación de conductas y acontecimientos y (e) expresan intereses individuales, sociales o ambos a la vez.

Moreno y Mitrece (1996) aducen que los valores son prioridades significativas que reflejan el mundo interno del sujeto y se manifiestan en sus conductas. Están estructurados en forma jerárquica en un sistema de valores, que se caracteriza por ser suficientemente estable para permitir la identidad de una personalidad única y singular, pero con cierta inestabilidad para dar lugar a cambios en la personalidad producidos por la experiencia personal o por el proceso de socialización.

Al respecto, en el campo de la sociología y de la psicología cultural, se sostiene la determinación de la cultura en el proceso de socialización, donde la familia y la escuela, como agentes primarios de este proceso, cumplen un papel fundamental en la conformación de la personalidad y en los comportamientos sociales. Esto explica, entre otros aspectos, las diferencias en el desarrollo de los valores atribuibles a los estatus o posiciones sociales de género o en relación a la edad, de acuerdo a las prescripciones de *rol* aprendidas y que corresponden a la identidad social “masculina o femenina” o de edades relativas a la infancia, niñez, pubertad, madurez o senescencia (Aierbe, Cortés, & Medrano, 2001; Cortés, 2000; Giroux, 1981; Kingsley, 1957; Walker & Barton, 1983). Por su parte, Medrano y Aierbe (2008) señalan que las variaciones culturales posibilitan la comprensión de la diversidad en el desarrollo de los valores y la construcción de la identidad en las diferentes etapas del ciclo vital.

La Determinación Social de la Personalidad

Erikson (1975) formula, en la teoría del desarrollo psicosocial de la personalidad, tres procesos complementarios que intervienen en la evolución del individuo: el biológico, el psíquico y el ético-social. Este último se refiere a la influencia social sobre los modos de comportamiento del ser humano, que implica la organización cultural de una comunidad; dicha

influencia es expresada en valores y principios sociales rectores de la conducta, en un lugar y tiempo histórico determinados. Erikson postula el desarrollo del ciclo vital en forma completa, desde la infancia a la vejez, conformado por ocho fases o estadios.

A través del modelo epigenético, este autor atribuye a cada estadio una característica central básica y una crisis psicosocial dialéctica básica. La resolución consecutiva positiva de cada crisis posibilita el paso de una fase a otra, lo cual genera virtudes o fortalezas que llevan al desarrollo de la personalidad. En cambio, de la resolución negativa emergen defectos o vulnerabilidades, un estancamiento que produciría determinadas patologías específicas para cada estadio. Las crisis correspondientes a cada estadio son denominadas: (a) *confianza básica versus desconfianza básica* (hasta el primer año de vida), (b) *autonomía versus vergüenza y duda* (primera infancia), (c) *iniciativa versus culpa* (edad del juego o años preescolares), (d) *laboriosidad versus inferioridad* (edad escolar), (e) *identidad versus confusión de rol o identidad* (pubertad), (f) *intimidad versus aislamiento* (adulto joven), (g) *generatividad versus estancamiento* (adulto) y (h) *integridad versus desesperanza* (adulto mayor).

Resulta pertinente destacar la importancia que Erikson le adjudica a la interacción social en el desarrollo psicosocial de la personalidad. A través de la presencia de personas significativas, diferentes para cada estadio, se transmiten los principios del orden social vigente, lo cual posibilita la formación cultural del individuo. Y, tal como aducen Berger y Luckmann (1972), este actor social participa, a su vez, en la construcción de las normas sociales que rigen las instituciones del sistema al que pertenece.

El Significado de la Existencia

Lo que el hombre necesita, según Frankl (1995), no es tanto el placer, sino una orientación válida y adecuada hacia la búsqueda de

significados de la propia existencia que le otorga su sentido, a través de la prosecución de tres tipos de valores que posibilitan su realización personal: experienciales, de creación y de actitud. Estos valores se refieren, respectivamente, al desarrollo de las capacidades de vivir con intensidad, de desempeñar tareas con ingenio o de índole solidario y de elegir libremente la propia postura frente a la adversidad. Así mismo, los valores cambian a lo largo de la vida, encontrándose los experienciales, de creación y de actitud, respectivamente, en la adolescencia, la adultez y la senectud (Meier & Edwards, 1974; Yalom, 1984).

En esta búsqueda de sentido, la persona ejerce la *voluntad de sentido* en el campo de tensión entre el ser y el deber ser (Frankl, 1994). Este concepto se refiere al esfuerzo que el ser humano debe realizar para hallar: (a) un significado a la propia existencia para una situación determinada, a partir de sus creencias globales y metas, con la singularidad dada por su personalidad, experiencias, recursos y expectativas frente a la vida; y (b) significados universales que pertenecen al ámbito de los valores y que están conformados por principios morales, éticos y estéticos, que orientan el comportamiento del individuo en una determinada cultura; lo anterior con el fin de otorgarle el sentido global a su vida (Rodríguez, 2008).

La voluntad de sentido es constitutiva del ser humano y representa su necesidad existencial de trascendencia. En la dimensión espiritual o noética (NOUS), representada ontológicamente por la “existencialidad” humana, el hombre manifiesta la facultad de vincularse con los valores. Es decir, la capacidad valorativa fundamental que abre la posibilidad de su autotranscendencia. La prosecución tanto de una idea, una causa, un amor, un dolor, como de una fe o un credo, en tanto valores de actitud frente a la vida, se basa en la libertad inherente del ser humano para elegir su posición ante los acontecimientos, lo que permite conservar su sentido más allá del éxito o del fracaso (Frankl, 1994).

El Cuidado Informal de Pacientes Crónicos

Una enfermedad crónica implica un tiempo prolongado de padecimiento (más de 6 meses), que puede tener un comienzo agudo o insidioso, una evolución progresiva o cíclica y un desenlace fatal, que acorte la expectativa de vida o que no la altere si la enfermedad remite (Rolland, 1994).

Si bien la enfermedad crónica de una persona es un acontecimiento que involucra a toda su familia, se destaca especialmente la figura del *cuidador familiar* (Biegel, Sales, & Schulz, 1991). En la literatura científica, se define al cuidador informal principal como aquella persona (familiar, amigo o vecino) que asiste a otra, afectada de cualquier tipo de discapacidad o incapacidad; reside, en su gran mayoría, en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña. Tanto el paciente como el cuidador forman un equipo en mutua interacción y enfrentan problemas físicos, psicológicos y sociales diferentes a los que ya conocían (Mateo et al., 2000; Pinquart & Sörensen, 2007; Tartaglino & Stefani, 2006). Si bien las mujeres históricamente cumplen esta función, el hombre está iniciando su presencia en el cuidado de su cónyuge en casos de demencia (Kramer, 1997), lo cual genera el interés en el ámbito científico por el estudio de las diferencias de género en los cuidadores informales, en particular en relación al significado de la tarea de cuidar (Miller & Cafasso, 1992).

Inicialmente, los investigadores estudiaron la problemática del cuidador de pacientes con demencias desde la perspectiva de la teoría del estrés. Desde ese enfoque, se considera a la prestación continua de asistencia al familiar como la situación negativa generadora del estado de estrés psicológico del cuidador, y la consecuente sobrecarga, como su manifestación emocional, que incrementa la probabilidad de padecer trastornos físicos y psíquicos (Collins & Jones, 1997;

Muela, Torres, & Peláez, 2002; Schulz & Martire, 2004; Vitaliano, Zhang, & Scanlan, 2003), en particular, ansiedad y depresión (Ávila-Toscano, García-Cuadrado, & Gaitán-Ruiz, 2010; Carrasco et al., 2002; Dueñas et al., 2006; Pinquart & Sörensen, 2004). Frente a estos riesgos, se desarrollaron diversos tipos de estrategias de intervención para resguardar el bienestar general del familiar cuidador: apoyo formal, programas psicoeducativos, grupos de ayuda mutua o acciones psicoterapéuticas (López & Crespo, 2007).

El Significado en la Tarea de Cuidar

En las últimas décadas, se ha enfocado la problemática del cuidador de pacientes desde la perspectiva de la fortaleza del individuo (Rapp, 1998; Saleebey, 2009). La atención se ha orientado a los aspectos positivos de la experiencia de cuidar, que posibilitan al cuidador un afrontamiento diverso ante una situación penosa que debe manejar (Farran, Hagerty, Salloways, Kupferer, & Wilken, 1991; Farran, Miller, Kaufman, Donner, & Fogg, 1999; López & Rodríguez, 2007; Teri, Logsdon, Uomoto, & Mc Curry, 1997).

La literatura científica informa acerca de la mayor importancia que le otorga el cuidador al significado de la tarea, en comparación a la cantidad de cuidados que debe proveer en la determinación de su bienestar (Motenko, 1989). Sobre la asociación entre el sentido hallado por el cuidador familiar en la tarea que desempeña y mayores niveles de bienestar psicológico, en cuanto a menor depresión y ansiedad y mayor autoestima, se señala que el sentido morigeró los efectos negativos en la salud psicofísica del cuidador (Fernández-Capo & Gual-García, 2005; Noonan & Tennstedt, 1997). Esto coincide con el surgimiento del enfoque de la psicología positiva entre fines del siglo XX y principios del siglo XXI (Fernández, 2008; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Este enfoque alude a los valores, esperanzas, aspiraciones y conocimientos que, en el caso del cuidador familiar, se fortalecen

ante una situación difícil, como cuidar a un familiar con demencia (Berg-Weger, Rubio, & Tebb, 2001; Farran, 1997).

Peacock et al. (2009) hallaron que los aspectos positivos de cumplir con el rol de cuidar a un familiar con demencia, informados por un grupo de 30 cuidadores, se referían a la oportunidad de poder retribuir al paciente lo que él les había brindado, descubrir la fortaleza personal y generar un vínculo más cercano con el enfermo (Peacock et al., 2009). Por su parte, López y Rodríguez (2007), a partir del enfoque de Frankl (1994), señalan que, en el caso de los cuidadores familiares de pacientes con cáncer, hallar sentido en esta situación penosa les posibilita la realización personal, a través de la prosecución de: (a) los valores creativos en el desempeño de la tarea con eficacia hacia el familiar, (b) los valores experienciales en el fuerte compromiso emocional que tienen en su interacción con el enfermo y (c) los valores de actitud en la adecuada y libre elección de la posición personal frente a la adversidad.

Sobre la base de los enfoques planteados por Rokeach, Frankl y Erikson, este estudio se propone describir, en cuidadores familiares de pacientes con enfermedad neurológica, las creencias acerca del sentido de la vida o principios que la orientan, que aluden a los sistemas de valores ordenados jerárquicamente, y cuya prosecución les otorga un sentido global de su existencia, aun frente a la adversidad. El estudio busca, además, evaluar si estas creencias se modifican de acuerdo a la variable sociodemográfica adscripta género (Varones vs. Mujeres) y a dos etapas diferentes del ciclo de vida (Adultos Jóvenes vs. Adultos Mayores).

La hipótesis de trabajo señala que el sistema de valores ordenado jerárquicamente varía de acuerdo al género y las etapas del ciclo vital de la adultez y la senescencia. Es decir, que los hombres se diferencian de las mujeres y los adultos jóvenes lo hacen en comparación con los adultos mayores.

Método

Diseño

Se siguieron los pasos correspondientes al estudio *ex post facto* de carácter retrospectivo simple (Montero & León, 2005).

Participantes

La población objetivo del estudio consistió en cuidadores familiares de pacientes con enfermedad neurológica, de diferentes edades y género, de nivel socioeconómico medio y que acompañaron al enfermo al servicio de neurología de alguna institución de salud privada o pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina) para su diagnóstico y tratamiento. Las enfermedades neurológicas de los pacientes asistidos se distribuían entre traumatismo encéfalo craneano, esclerosis múltiple y demencia. La selección de la muestra fue efectuada a través de la estrategia no probabilística de muestreo estadístico denominada accidental, y quedó conformada por 238 cuidadores familiares. Para fines del estudio, la muestra de cuidadores se distribuyó, según el género, en 83 varones y 55 mujeres, y según las etapas del ciclo vital analizadas, en 31 adultos jóvenes y 57 adultos mayores.

Todos los participantes del estudio habitaban en un gran centro urbano y zonas de influencia (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, Argentina). Además, debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión para formar parte del estudio: (a) los pacientes a quienes asistían los cuidadores familiares debían estar diagnosticados con traumatismo encéfalo craneano, esclerosis múltiple o demencias, por los servicios de neurología de la institución de salud a la que concurrían; (b) debían tener adecuadas capacidades cognitivas para comprender las preguntas e instrucciones impartidas por el entrevistador y responder a estas; y (c) firmar el consentimiento informado, en el cual se describe el objetivo del estudio y se informa sobre la

participación voluntaria y el anonimato de las respuestas, en cuanto forman parte de descripciones generales que responden al propósito del estudio. Se incluyó este último criterio dado el rechazo manifestado por algunos participantes potenciales ante el cumplimiento de este requisito.

Descripción de variables sociodemográficas y situación de cuidado de la muestra. El promedio de las edades de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad neurológica entrevistados fue de 56.32 años ($DE=16.09$ años). Prevalían el género femenino (70%); nacionalidad argentina (92%); adhesión a creencias religiosas (88%), con un 52% no practicante, de los cuales la gran mayoría profesaba la fe católica (86%); consanguinidad de primer grado: padres, hermanos, cónyuges e hijos (98%); estar en pareja: casado/unido de hecho (75%); tener hijos (84%) y convivir con el familiar enfermo (60%). Por último, el 42% había cursado el ciclo de estudios primarios y el 31% el de estudios secundarios; el 51% se había desempeñado como empleado, docente o comerciante, y el 35% en oficios varios.

En lo concerniente a la situación de cuidado, el mayor porcentaje de los cuidadores llevaba entre 1 y 5 años asistiendo al paciente (45.45%), le dedicaban en promedio 8.14 horas diarias y lo hacían predominantemente durante 6 días de la semana. La mayoría (73.5%) recibía ayuda de su red social personal, la cual estaba destinada, en el 55.5%, a la asistencia del familiar enfermo y, en el 42.5%, a la tarea de cuidado y a la ayuda económica.

A partir de la información acerca de la educación y ocupación, todos los cuidadores familiares fueron ubicados en las categorías correspondientes al nivel socioeconómico medio (NES II y NES III), de la versión abreviada del Índice de Nivel Económico Social (NES), de Gino Germani (Grimson et al., 1972). Este índice consta de cuatro indicadores: (a) nivel educacional, (b) nivel ocupacional, (c) nivel de ingresos y (d) nivel de vivienda. Para los fines del estudio, en el que no se evalúan diferencias de acuerdo al nivel

socioeconómico de los sujetos, fueron considerados los dos primeros indicadores. Se entiende por nivel educacional el grado de educación formal alcanzado, y por nivel ocupacional, la jerarquía que se adjudica a una ocupación de acuerdo a una escala de prestigio ocupacional. Estos dos indicadores están jerarquizados en siete categorías en forma ascendente. El puntaje del sujeto en el NES resulta de ponderar el nivel educacional por 2, el nivel ocupacional por 3 y dividir este resultado por la suma de las ponderaciones. Este puntaje permite ubicar al sujeto en uno de los siguientes cuatro niveles económicos sociales: (a) NES I (entre 1 y 1,99), (b) NES II (entre 2 y 3,99), (c) NES III (entre 4 y 5,99) y (d) NES IV (entre 6 y 7).

Material y Procedimiento

Instrumentos de evaluación utilizados.

1. Cuestionario Sociodemográfico y de Datos del Cuidado del Cuidador Informal Principal (construido ad hoc). Este cuestionario consta de 20 preguntas abiertas y cerradas con alternativas fijas, que recaban información, por un lado, acerca de la edad, género, nacionalidad, religión, estado civil, educación, participación en el mercado laboral, ocupación principal del cuidador, hijos y si convive con el familiar enfermo; y, por otro lado, sobre años dedicados al cuidado del paciente, cantidad de días a la semana y horas dedicadas por día, además de apoyo social percibido.

2. Inventario de Valores (Stefani, 2005). Con el objeto de describir el sistema de valores ordenados jerárquicamente, se seleccionó este inventario, que fue construido sobre la base de la versión D de la Prueba de Valores de Rokeach (1967). Consta de ocho enunciados que expresan los siguientes principios o creencias que orientan la vida: (a) "Tener un ideal o una meta en la vida", (b) "Dedicación al estudio y a la búsqueda del saber", (c) "Fe en Dios y en la vida eterna", (d) "Belleza de la naturaleza y de las creaciones artísticas", (e) "Cuidado de los débiles, asistencia social", (f) "Ser dirigente, tener capacidad para

mandar y hacer el bien común”, (g) “Una vida agradable, cómoda y con suficiente tiempo libre” y (h) “Poseer bienes materiales, dinero”. Estos principios aluden, respectivamente, a los valores filosófico, intelectual, religioso, estético, humanístico, político, sensitivo-afectivo y económico.

La consigna solicita que se ordenen los enunciados mencionados de acuerdo a la importancia que el sujeto les adjudica como rectores de su vida, asignando el número 1 al de mayor importancia, el número 2 al siguiente y así sucesivamente hasta el número 8, que corresponde a muy poca o ninguna importancia. De este modo, se obtiene el perfil de la importancia o jerarquía adjudicada a cada principio con su valor correspondiente.

Los elementos fueron sometidos a un juicio experto, con el fin de analizar evidencias de validez relativas al contenido. Esto dio como resultado la forma que aquí se presenta del acuerdo intersubjetivo de cinco jueces, en cuanto a la pertinencia de ítems que apunten, en forma unívoca, a los valores propuestos (Stefani, 2003). Se calcularon índices Aiken, con el criterio de conservar solamente aquellos ítems que expresaran acuerdo mayoritario en cuanto a su representatividad teórica, admitiéndose coeficientes iguales o mayores al .80, que indican el acuerdo del 80% de los jueces (Martínez, 2005). A continuación, se llevó a cabo el análisis de la validez aparente del instrumento, a través de un estudio piloto con una muestra pequeña de 10 sujetos con características sociodemográficas homogéneas respecto a las de la población-objetivo. Ellos aportaron sus comentarios para mejorar el instrumento bajo la coordinación de un moderador entrenado. Esta instancia posibilitó el ajuste de significados connotativos y denotativos, vocablos y jergas, de modo tal que se asegurara que el material fuera comprensible y apropiado a los modismos locales (Tornimbeni, Pérez, & Olaz, 2008).

Recolección de datos. En un primer momento, se entrevistaron a directivos o jefes de

servicios de las distintas instituciones que colaboraron en el presente estudio, con el objeto de obtener la autorización para llevar a cabo la administración de los instrumentos a los cuidadores que concurren dichos establecimientos. Una vez logrado el consentimiento de las autoridades pertinentes y la aprobación de los respectivos comités de ética de las instituciones de salud¹, se entrevistaron a aquellos cuidadores que manifestaron libremente su aprobación para participar en la presente investigación y firmaron el consentimiento informado.

Luego de introducir a los participantes en el tema, se les informó acerca del estado anónimo de sus respuestas y se les agradeció su valiosa colaboración. Por último, se estableció el compromiso de transmitir las conclusiones que se obtuvieran al final del estudio a las autoridades y a las personas interesadas.

La administración de los instrumentos se llevó a cabo en 238 cuidadores familiares que conformaron la muestra del estudio. El cuestionario fue aplicado de modo individual y como entrevista estructurada, y con una duración de 30 minutos aproximadamente.

Análisis estadístico. Se obtuvieron los valores de la mediana de los principios que orientan la vida, correspondientes al Inventario de Valores, con el propósito de describir el sistema de valores ordenados jerárquicamente al que adhiere el grupo de cuidadores familiares en su totalidad, de acuerdo al género (83 varones y 155 mujeres) y a los dos grupos de diferentes etapas de ciclo vital analizados: adultos jóvenes (31 casos, edad promedio 28 años, $DE=5$ años) y adultos mayores (57 casos, edad promedio 76 años, $DE=4$ años).

1 Las siguientes instituciones de salud colaboraron con el estudio: Hospital Interzonal General Agudos Eva Perón, Hospital General de Agudos “Dr. Abel. Zubizarreta”, Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía, Instituto de Neurociencias Buenos Aires (INEBA), Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP), Centro Médico de Rehabilitación Ulme y Asociación de Lucha Contra la Esclerosis Múltiple (ALCEM).

Para efectuar la comparación de los perfiles jerárquicos de los principios que orientan la vida y que denotan los sistemas de valores, entre los dos grupos de cuidadores familiares de distinto género y los dos grupos de diferente ciclo vital, se aplicó para cada principio el Test U de Mann-Whitney para muestras independientes, dado el nivel de medición ordinal de cada uno de ellos. Se fijó un valor de probabilidad de error menor o igual a .05.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan los valores de la mediana correspondientes a los principios que orientan la vida que conforman el Inventario de Valores, para la muestra total de cuidadores y para los grupos de diferente género (Varones vs. Mujeres). En la Tabla 2 se consignan los mismos valores estadísticos para los grupos de diferentes etapas del ciclo vital (Adultos Jóvenes vs. Adultos Mayores).

Tabla 1

Perfiles jerárquicos de los principios que conforman los sistemas de valores de los cuidadores familiares, según el género (mediana y Test U Mann-Whitney)

Valores	Principios	Muestra	Género		Test U Mann-Whitney	
		Total	Masculino	Femenino	U	Z
(Jerarquía: 1 – Primer orden de importancia; 8 – Último orden de importancia)		Mdn	Mdn	Mdn		
Filosófico	Tener un ideal o meta en la vida	3	3	2	5497.5	-1.00
Humanístico	Cuidado de los débiles, asistencia social	3	3	3	5675.5	-0.62
Religioso	Fe en Dios y en la vida eterna	4	4	3	5208	-1.59
Intelectual	Dedicación estudio y a la búsqueda del saber	4	5	4	5339	-1.25
Estético	Belleza de la naturaleza y de las creaciones artísticas	5	5	5	5459.5	-1.07
Sensitivo-Afectivo	Una vida agradable, cómoda y con tiempo libre	5	5	4	5020	-1.98*
Económico	Poseer bienes materiales, dinero	6	6	6	5869.5	-0.15
Político	Ser dirigente, tener capacidad para mandar y hacer para el bien común	7	6.5	7	5532.5	-0.93

Nota: * $p \leq .05$.

Tabla 2

Perfiles jerárquicos de los principios que conforman los sistemas de valores de los cuidadores familiares, según las etapas del ciclo vital adultos jóvenes-adultos mayores (mediana y Test U Mann-Whitney)

Valores	Principios	Grupos etarios		Test U Mann-Whitney	
		Adultos jóvenes (hasta 35 años)	Adultos mayores (70 años o más)	U	Z
(Jerarquía: 1 – Primer orden de importancia; 8 – Último orden de importancia)		Mdn	Mdn		
Filosófico	Tener un ideal o meta en la vida	2	3	833.5	-0.58
Humanístico	Cuidado de los débiles, asistencia social	4	3	650.5	-1.94
Religioso	Fe en Dios y en la vida eterna	3	3	833.5	-0.57
Intelectual	Dedicación estudio y a la búsqueda del saber	3	6	588.50 **	-2.60
Estético	Belleza de la naturaleza y de las creaciones artísticas	6	4	524 *	-3.27
Sensitivo-Afectivo	Una vida agradable, cómoda y con tiempo libre	5	4	781.5	-1.02
Económico	Poseer bienes materiales, dinero	5	6	765	-1.17
Político	Ser dirigente, tener capacidad para mandar y hacer para el bien común.	7	7	794	-0.92

Nota: * $p \leq .001$, ** $p \leq .01$.

Con respecto a la totalidad de los cuidadores, las medianas muestran que los valores más jerarquizados fueron el filosófico (“Tener un ideal o una meta en la vida”) y el humanístico (“Cuidado de los débiles, asistencia social); le siguen el religioso (“Fe en Dios y en la vida eterna”) y el intelectual (“Dedicación al estudio y a la búsqueda del saber”); a continuación, los valores estético (“Belleza de la naturaleza y de las creaciones artísticas”) y sensitivo-afectivo (“Una vida agradable, cómoda y con suficiente tiempo libre”); luego, el económico (“Poseer bienes materiales, dinero”) y, en último lugar de importancia, el valor político (“Ser dirigente, tener capacidad para mandar y hacer el bien común”).

En las Tablas 1 y 2 se consignan, respectivamente, los valores *U* de la Prueba de Mann-Whitney y sus valores *Z*, obtenidos para los análisis comparativos de los perfiles jerárquicos de los principios que orientan la vida de los cuidadores, de acuerdo al género y a los dos grupos de diferentes etapas del ciclo vital. Estos resultados indican similares respuestas tanto en hombres y mujeres, como en adultos jóvenes y adultos mayores; excepto, en cuanto al género, que el principio “Una vida agradable, cómoda y con suficiente tiempo libre” (valor sensitivo-afectivo) fue significativamente más jerarquizado por las mujeres que por los hombres y, en cuanto a las etapas del ciclo vital, que el principio “Dedicación al estudio y a la búsqueda del saber” (valor intelectual) fue evaluado más importante por los adultos jóvenes. Por su parte, el principio “Belleza de la naturaleza y de las creaciones artísticas” (valor estético) fue más ponderado por los adultos mayores.

En resumen, los valores más jerarquizados por todos los cuidadores fueron el filosófico y el humanístico y, los menos, el político y el económico. La prueba de Mann-Whitney indica repuestas semejantes según género y etapas del ciclo vital, excepto que el valor sensitivo-afectivo fue significativamente más jerarquizado por las mujeres que por los varones; el intelectual, por los adultos jóvenes y el estético, por los adultos mayores.

Discusión

Estudios epidemiológicos, llevados a cabo en el último siglo en la sociedad occidental, revelan el desplazamiento de altos índices de prevalencia de las enfermedades infecciosas por nuevos índices de prevalencia de enfermedades no infecciosas, causadas fundamentalmente por el comportamiento humano y por procesos neurodegenerativos (traumatismo encéfalo craneano, Alzheimer, esclerosis múltiple, etc.). Dichas enfermedades incrementan su prevalencia en forma sostenida, y esta tendencia modificará el nivel de demanda de cuidadores y las políticas sanitarias durante las primeras décadas del siglo XXI (Bloch, 1993). Como consecuencia de este fenómeno, se ha incrementado el interés por identificar los factores psicológicos y sociales de mayor peso que intervienen en el complejo fenómeno de la calidad de vida de los actores sociales involucrados en una situación de enfermedad crónica (Jiménez & Arguedas, 2004; Mateo et al., 2000). Para Bonilla y Mata (1998), la calidad de vida de un individuo se relaciona con el reconocimiento de sus fortalezas y la clarificación del significado que le otorgan a su propia vida.

Al analizar los hallazgos del estudio, se plantea que los datos apoyan parcialmente la hipótesis formulada. Todos los cuidadores entrevistados coincidieron en la evaluación jerárquica de casi todas las creencias acerca del sentido de la vida o principios que la orientan, los cuales conforman, según Rokeach (1962), el sistema central de creencias que aluden a los valores ordenados jerárquicamente. Los cuidadores hombres y mujeres se diferencian significativamente solo en la jerarquización del valor sensitivo-afectivo. Mientras que los cuidadores adultos jóvenes y adultos mayores, solo en los valores intelectual y estético. Este hallazgo indica, desde la perspectiva de la psicología del valor, la estabilidad del sistema de valores, cuya prosecución otorga, según Frankl (1995), el sentido global de la existencia en concordancia con el sentido situacional, si bien hay algún aspecto flexible en

cuanto al género de los cuidadores (Canary & Emmer-Sommer, 1997; Mier, Romeo, Canto, & Mier, 2007) y las diferentes etapas del ciclo vital (Medrano & Aierbe, 2008; Yalom, 1984).

Con respecto a la estabilidad del sistema jerárquico de valores, es probable, siguiendo el pensamiento de Frankl, que todos los cuidadores familiares entrevistados hallaran el sentido global de su existencia, aun frente a esta extrema situación, en la prosecución de los valores espirituales humanístico y filosófico, los cuales fueron jerarquizados en primer lugar. La realización de estos valores otorga un factor protector para el cuidador, que le posibilita la fortaleza necesaria para cumplir su *rol*, y resulta así un recurso de afrontamiento positivo. Esta respuesta adaptativa le permite una mejor comprensión y aceptación de la experiencia de cuidado y, consecuentemente, una mayor permanencia en el cumplimiento de su *rol*, tal como se señala en los trabajos de Dyson, Cobb y Forman (1997), Farran et al. (1991), López y Rodríguez (2007), Seeman, Fagan y Seeman (2003) y Wink y Dillon (2003). Para Rodríguez (2008), el sentido situacional de la vida se correspondería con el concepto de evaluación cognitiva de Lazarus y Folkman (1984), en cuanto el sujeto reevalúa una situación estresante en función de su bienestar, condicionando las respuestas de un afrontamiento positivo ante la misma.

Resulta interesante destacar que el valor político, que se refiere al principio “Ser dirigente, tener capacidad para mandar y hacer el bien común” y que resultó jerarquizado por todos los cuidadores en el último lugar, denota probablemente el descrédito actual que existe en nuestra población hacia el hecho político. Por otro lado, el valor económico, reflejado en el principio “Poseer bienes materiales, dinero” y que también se encuentra en los últimos rangos, indica un probable desinterés de los cuidadores entrevistados hacia lo material y pragmático, frente a otras demandas que resultan más importantes de acuerdo a la gravedad de la enfermedad del familiar, de la cual no se conoce la curación y

requiere cuidados especiales (Barrera, Blanco, Figueroa, Pinto, & Sánchez, 2006). Este último hallazgo puede ser justificado en algún aspecto por el hecho de que los cuidadores entrevistados informaran pertenecer al nivel socioeconómico medio; lo cual hace esperable que las necesidades económicas básicas para la atención del paciente resulten adecuadamente satisfechas.

Con respecto a la relativa flexibilidad del sistema de valores en relación al género de los cuidadores, se plantea que la única diferencia hallada en el valor sensitivo-afectivo (“Una vida agradable, cómoda y con suficiente tiempo libre”), evaluado por las mujeres como más importante respecto a los hombres, podría deberse a la falta de tiempo y privacidad para sí mismas. A lo anterior se agrega el retraimiento de sus relaciones sociales, como consecuencia del cumplimiento de las demandas de estos pacientes, bajo el mandato, socialmente establecido, del rol femenino. Dicho mandato se refiere fundamentalmente al cuidado y contención emocional de la prole, cónyuge y familiares ancianos (Canary & Emmer-Sommer, 1997), cumplido aun con mayor intensidad frente a la percepción de una fuerte dependencia del paciente neurológico (Tartaglino, Clemente, & Stefani, 2008). Estos resultados coinciden, además, con estudios que señalan que las mujeres cuidadoras destinan su energía vital a la satisfacción de las necesidades de los otros, con alta implicación de su responsabilidad y a expensas de su propio bienestar, postergando sus proyectos y motivaciones cotidianas (Mier et al., 2007; Roberto & Jarrott, 2008). Al tener en cuenta el contexto de la penosa situación de cuidar a un familiar con alguna enfermedad neurológica, y al dar más jerarquía a este principio, es probablemente que las mujeres manifiesten más el deseo de recuperar el dominio de sus propias vidas, tanto en lo personal como en lo social, que un anhelo puramente hedonista: añoran un entorno familiar sin situación de enfermedad crónica discapacitante de uno de los miembros de su familia. Los resultados del presente estudio coinciden con la recomendación

de Miller y Cafasso (1992) sobre la importancia de analizar el papel que cumple el género en la asignación del significado del cuidado.

En lo concerniente a las diferencias halladas de acuerdo a las etapas de ciclo vital, con respecto a la evaluación del valor intelectual (“Dedicación al estudio y a la búsqueda del saber”), que los cuidadores adultos jóvenes jerarquizaron como más importante que los cuidadores adultos mayores, se podría decir, entre otros aspectos, que el requisito de un mayor desarrollo intelectual en una sociedad en la que se valora la ciencia y la tecnología posibilitaría al adulto joven, de nivel socioeconómico medio, su auto-desarrollo acorde a las demandas de la sociedad en general y del mundo del trabajo en particular. Siguiendo a Frankl (1995) y a Yalom (1984), en cuanto a la variación de los valores a lo largo del ciclo vital, el valor de creación, realizado a través de tareas, trabajos y ocupaciones, alcanza su máxima expresión en la etapa de la adultez. Incluido en la segunda edad o edad psicológica y social del proceso de maduración espiritual o noética, el logro del cuidador adulto joven lo representaría alcanzar una de las metas sociales a través de la prosecución del valor intelectual.

De forma similar, Erikson (1968) señala que espera del adulto joven la consolidación de su identidad y el inicio del proyecto de vida. En el ámbito social, este proyecto se centra fundamentalmente en el compromiso de la definición de la pareja, la formación laboral y el trabajo (Bordignon, 2005). Por otro lado, en un contexto existencial diferente, está el proyecto de vida del adulto mayor, que se retira del mundo del trabajo. Una actitud contemplativa y la experiencia de todo lo vivido caracterizan, según Frankl (1995), al adulto mayor, que en este estudio manifiesta su capacidad valorativa en la prosecución del valor estético (“Belleza de la naturaleza y de las creaciones artísticas”), en forma más intensa que el cuidador adulto joven.

Incluido el adulto mayor en la tercera edad del proceso de maduración espiritual o noética,

en la que el valor de actitud alcanza su máxima expresión (Yalom, 1984), el cuidador senescente entrevistado manifiesta su capacidad valorativa para la búsqueda/descubrimiento del sentido global de la existencia. El logro de la “integridad personal” es su tarea fundamental (García, 1994). Al respecto, García (1993) afirma que la propia transitoriedad de la vida le permite al senescente expresar su riqueza espiritual o noética. Esta etapa de la vida es la edad del arte, de la sabiduría y del amor. Al respecto, Erikson (1975) aduce que, en el desarrollo positivo de esta fase, el adulto mayor lograría la integración del yo, que resulta del sentimiento de seguridad acumulado a través de toda la vida, respecto de la existencia de un orden y significado de la propia existencia. La mejor expresión de la integridad del yo es, según este autor, la fuerza de la sabiduría y una actitud contemplativa que, acompañada por el juicio maduro y justo, ubica a la muerte lejos de su carácter atormentador (Álvarez & Flórez, 2007).

La limitación del trabajo reside en aquellas cuestiones que son propias de un estudio *ex post facto*. Se agrega, además, la falta de generabilidad de los resultados, dado que la estrategia de muestreo estadístico utilizada no garantiza la representatividad de la población objetivo, en la muestra seleccionada. Para poder contrastar la hipótesis sustantiva formulada, se entrevistó al mayor número posible de cuidadores familiares, con el objetivo de obtener en la muestra las variaciones poblacionales propias de las características relevantes del estudio. Se señala la dificultad de la poca disponibilidad de los cuidadores familiares para participar de la investigación. Debido a la importancia de la investigación de esta temática, en el campo de la psicología social, la salud, entre otros, se seguirá indagando sobre aquellos factores internos y externos del binomio paciente-cuidador, cuya interacción en el proceso de estrés impacta negativamente en el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual de ambos actores sociales.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las autoridades del Instituto de Neurociencias Buenos Aires (INEBA) por el interés y apoyo brindados para la realización de esta investigación, que se llevó a cabo en dicha institución; al Dr. José Milei, director del Instituto de Investigaciones Cardiológicas “Prof. Dr. Alberto C. Taquini” (UBA – CONICET), por facilitar la comunicación de los hallazgos al ámbito científico; a la Dra. María Mercedes Fernández Liporace, investigadora independiente del CONICET en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, por el asesoramiento en Psicometría; a las autoridades de las instituciones de salud que colaboraron en la realización del trabajo de campo del proyecto de investigación y, especialmente, a los cuidadores familiares que participaron del estudio.

Referencias

- Aierbe, A., Cortés, A., & Medrano, C. (2001). Desarrollo de los valores en la tercera edad. Un estudio desde el marco cultural-contextual. *Revista Psicodidáctica, 11*(12), 119-132.
- Álvarez, L. Y. & Flórez, Z. (2007). Actitudes hacia la muerte en un grupo de adultos intermedios y mayores con enfermedad crónica (hipertensión, diabetes y cáncer) en la ciudad de Bucaramanga. *Revista Colombiana de Psicología, 17*, 75-82.
- Ávila-Toscano, J. H., García-Cuadrado, J. M., & Gaitán-Ruiz, J. (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista Colombiana de Psicología, 19*(1), 71-84.
- Barrera, L., Blanco, L., Figueroa, P., Pinto, N., & Sánchez, B. (2006). Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Mirada internacional. *Aquichan, 6*(1), 22-33.
- Berg-Weger, M., Rubio, D. M., & Tebb, S. (2001). Strengths-based practice with family caregivers of the chronically ill: Qualitative insights. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services, 82*, 263-272.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1972). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Biegel, D. E., Sales, E., & Schulz, R. (1991). *Family caregiving in chronic illness*. USA: Sage Publication.
- Bloch, D. A. (1993). The “full-service” model: An immodest proposal. *Family Systems Medicine, 11*, 1-19.
- Bonilla, F. & Mata, A. (1998). *Plenitud después de los 60: proyecto de toda una vida*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Erik Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación, 2*(2), 50-63.
- Canary, D. J. & Emmer-Sommer, T. M. (1997). *Sex and gender. Differences in personal relationship*. New York: Guilford Press.
- Carrasco, M., Ballesteros, J., Ibarra, N., Loizaga, C., Serrano, B., Larumbe, M. J., ... Belenguer, C. (2002). Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico: una asociación relegada en la valoración de las demencias. *Actas Españolas de Psiquiatría, 30*(4), 201-206.
- Collins, C. & Jones, R. (1997). Emotional distress and morbidity in dementia carers: A matched comparison of husbands and wives. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 12*, 1168-1173.
- Cortés, A. (2000). Un estudio sobre el desarrollo moral de los adultos. *Revista Psicodidáctica, 10*, 5-16.
- Dueñas, E., Martínez, M. A., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A. S., & Herrera J. A. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicancias psicosociales. *Colombia Médica, 37*(1), 31-38.
- Dyson, J., Cobb, M., & Forman, D. (1997). The meaning of spirituality: A literature review. *Journal of Advanced Nursing, 26*, 1183-1188.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1975). *Life history and the historical moment*. New York: Norton.
- Farran, C. J. (1997). Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elderly persons with dementia: Stress/adaptation and existentialism. *The Gerontologist, 37*, 250-256.
- Farran, C. J., Hagerty, E. K., Salloways, S., Kupferer, S., & Wilken, C. S. (1991). Finding meaning: An

- alternative paradigm for Alzheimer's disease family caregivers. *Gerontologist*, 31, 483-489.
- Farran, C. J., Miller, B. H., Kaufman, J. E., Donner, E., & Fogg, L. (1999). Finding meaning through caregiving: Development of an instrument for family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1107-1125.
- Fernández, L. (2008). Una revisión crítica de la psicología positiva: historia y concepto. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 116-176.
- Fernández-Capo, M. & Gual-García, P. (2005). Sentido del cuidado y sobrecarga. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40, 24-29.
- Frankl, V. E. (1994). *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (1995). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- García, C. C. (1993). *El círculo de la vejez*. Buenos Aires: Almagesto.
- García, C. C. (1994). Sobre la rehumanización de la psicología y el proceso de maduración noética. En E. S. Lukas y C. C. García Pintos, *De la vida fugaz* (2da parte, pp. 59-145). Buenos Aires: Almagesto.
- Giroux, H. (1981). *Ideology, culture and the process of schooling*. London: Falmer Press.
- Grimson, W. R., Blanco de, A. C., Estrugamou, M., Lastres, E., Necchi, S., Phillpott E., & Teisaire, A. M. (1972). Investigaciones epidemiológicas de entidades psiquiátricas. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, 79, 572-585.
- Jiménez, F. & Arguedas, I. (2004). Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 4(2). Recuperado de http://revista.inie.ucr.ac.cr/uploads/tx_magazine/rasgos.pdf
- Kingsley, D. (1957). *La sociedad humana*. New York: MacMillan.
- Kramer, B. J. (1997). Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. *Gerontologist*, 37, 239-249.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- López, J. & Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19(1), 72-80.
- López, J. & Rodríguez, M. I. (2007). La posibilidad de encontrar sentido en el cuidado de un ser querido con cáncer. *Psicooncología*, 4(1), 111-120.
- Martínez, R. (2005). *Psicometría: teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.
- Mateo, I., Millán, A., García, M. M., Gutiérrez, P., Gonzalo, E., & López, L. A. (2000). Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones del impacto de cuidar. *Atención Primaria*, 3(26), 25-34.
- Medrano, C. & Aierbe, A. (2008). Valores y contextos de desarrollo. *Revista Psicodidáctica*, 3(1), 56-68.
- Meier, A. & Edwards, H. (1974). Purpose in life test: Age and sex differences. *Journal of Clinical Psychology*, 30(3), 384-386.
- Mier, I., Romeo, Z., Canto, A., & Mier, R. (2007). Interpretando el cuidado. Por qué cuidan solo las mujeres y qué podemos hacer para evitarlo. *Revista de Servicios Sociales*, 42, 29-38.
- Miller, B. & Cafasso, L. (1992). Gender differences in caregiving: Fact or artifact? *Gerontologist*, 32, 498-507.
- Montero, I. & León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y Salud*, 2(3), 115-127.
- Moreno, J. E. & Mitrece, M. S. (1996). *Los valores. Una aproximación desde la psicología*. Buenos Aires: EDUCA.
- Motenko, A. K. (1989). The frustrations, gratifications, and well-being of dementia caregivers. *Gerontologist*, 29, 166-72.
- Muela, J. A., Torres, C. J., & Peláez, E. M. (2002). Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*, 14(3), 558-563.
- Noonan, A. E. & Tennstedt, S. L. (1997). Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. *Gerontologist*, 37, 785-94.
- Peacock, S., Forbes, D., Markle-Reid, M., Hawranik, P., Morgan, D., Jansen, L., ...Henders, S. (2009).

- The positive aspects of the caregiving journey with dementia: Using a strengths-based perspective to reveal opportunities. *Journal of Applied Gerontology*, 29(5), 640-645.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2004). Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: A meta-analytic comparison. *Aging and Mental Health*, 8, 438-449.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. *Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62, 126-137.
- Rapp, C. (1998). *The strengths model: Case management for people suffering from severe and persistent mental illness*. New York: Oxford University Press.
- Roberto, A. & Jarrott, E. (2008). A life span perspective. *Family Relations*, 57(1), 100-111.
- Rodríguez, M. I. (2008). *La cuestión del sentido y su repercusión en la vida psíquica*. Trabajo presentado en el 9º Congreso Virtual de Psiquiatría "Interpsiquis 2008". Resumen recuperado de <http://www.psiquiatria.com/congreso/2008/otras/articulos/34339>
- Rokeach, M. (1962). *The open and closed mind*. New York: Basic Books.
- Rokeach, M. (1967). *Value survey*. Sunnyvale, California: Halgren Tests.
- Rolland, J. (1994). *Family, illness and disability*. New York: Basic Books.
- Saleebey, D. (2009). Introduction: Power in the people. En D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice* (pp. 1-23). New York: Pearson.
- Schulz, R., & Martire, L. (2004). Family caregiving of persons with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 240-249.
- Schwartz, S. H. & Bilsky, W. (1990). Toward a theory of the universal content and structure of values: Extensions and cross-cultural replications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 878-891.
- Seeman, T. E., Fagan, L., & Seeman, E. (2003). Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychology*, 58(1), 55-63.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American psychology*, 55, 5-14.
- Stefani, D. (2003). *El efecto de las creencias acerca del sentido de la vida en la participación social del senescente* [Tesis doctoral]. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Stefani, D. (2005). Participación social de la persona de edad: un análisis a partir de las creencias acerca del sentido de la vida. *Psico-Logos*, 15, 67-76.
- Tartaglino, M. F., Clemente, M. A., & Stefani, D. (2008). El efecto de la severidad de la demencia en el sentimiento de sobrecarga, en esposas cuidadoras. *Revista Neurológica Argentina*, 33, 80-85.
- Tartaglino, M. F. & Stefani, D. (2006). Cuidador informal de pacientes con demencia: avances de investigadores en los últimos 20 años. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 52, 9-18.
- Teri, L., Logsdon, R. G., Uomoto, J., & Mc Curry, S. M. (1997). Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled clinical trial. *Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52, 159-166.
- Tornimbeni, S., Pérez, E., & Olaz, F. (2008). *Introducción a la psicometría*. Buenos Aires: Paidós.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 946-972.
- Walker, S. & Barton, L. (1983). *Gender, class and education*. Lewes: Falmer Press.
- Wink, P. & Dillon, M. (2003). Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychology and Aging*, 18(4), 916-924.
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.