

En el tercer paso para probar el efecto mediador, se introdujeron como variables independientes las variables actitud (mediadora) sobre las variables resultado alegría ($B = 0.95; p = .001$). Dado que la tercera condición también fue satisfecha, fue realizado un último análisis en el que se incluyeron como variables independientes actitud conjuntamente con la variable cumplimiento y como variables dependientes alegría. Se observa que el coeficiente beta para cumplimiento disminuye, pero lo más importante es que se vuelve no significativa ($B = 0.13; p = .576$). Por lo tanto, se acepta el modelo de mediación. La actitud media el efecto de la variable cumplimiento en las tareas sobre la variable resultado alegría.

La Tabla 25 muestra los modelos que resultaron significativos en la verificación de la mediación de actitud entre cumplimiento y mal humor al finalizar la intervención.

Tabla 25

Resumen del análisis de regresión para actitud como mediadora entre cumplimiento y mal humor

	Variable Independiente	Variable Dependiente	B	EE	β	t	p
^a 1	Cumplimiento	Mal Humor	-.35	.140	-.49	- 2.53	.020
^b 2	Cumplimiento	Actitud	.47	.00	.73	4.70	.001
^c 3	Actitud	Mal Humor	-.68	.19	-.62	- 3.60	.002
^d 4	Cumplimiento	Mal humor	-.005	.18	-.07	-.27	.783
	Actitud		-.63	.29	-.57	- 2.20	.040
^a $F_{(1,20)} = 6.39; p = .020; R^2 = .205$			^c $F_{(1,20)} = 13.04; p = .002; R^2 = .364$				
^b $F_{(1,20)} = 22.84; p = .001; R^2 = .510$			^d $F_{(2,19)} = 6.24; p = .008; R^2 = .333$				

Al igual que el análisis previo, el primer supuesto se cumple para la variable predictora cumplimiento de tareas sobre las variables resultados mal humor ($B = -.35;$

$p = .020$). Como segundo paso se introdujo cumplimiento como variable independiente sobre actitud como variable dependiente; el análisis muestra la relación entre la variable predictora cumplimiento y las supuestas mediadoras actitud ($B = 0.47; p < .001$). El cumplimiento de tareas durante la intervención afecta el mejoramiento de la actitud hacia el cuidado. En el tercer paso para probar el efecto mediador, se introdujeron como variables independientes las variables actitud (mediadora) sobre las variables resultado mal humor ($B = -0.68; p = .002$). Dado que la tercera condición también fue satisfecha, fue realizado un último análisis en el que se incluyeron como variables independientes actitud conjuntamente con la variable cumplimiento y como variables dependientes mal humor. Se observa que el coeficiente beta para cumplimiento disminuye, pero lo más importante es que se vuelve no significativo ($B = -0.005; p = .783$). Por lo tanto, se acepta el modelo de mediación. La actitud media el efecto de la variable cumplimiento en las tareas sobre las variables resultado mal humor.

La Tabla 26 muestra los modelos que resultaron significativos en la verificación de la mediación de ansiedad entre cumplimiento y alegría al finalizar la intervención. El primer supuesto se cumple para la variable predictora cumplimiento de tareas sobre las variables resultados alegría ($B = .51; p = .008$). Cuando se introdujo cumplimiento como variable independiente sobre ansiedad como variable dependiente, el modelo probó el segundo supuesto de mediación ($B = -0.46; p < .001$). Lo que significa que el cumplimiento de tareas durante la intervención afecta la reducción de la ansiedad.

Posteriormente, para probar el efecto mediador, se introdujo como variable independiente ansiedad (mediadora) sobre las variables resultado alegría ($B = -1.22; p < .001$). Dado que la tercera condición también fue satisfecha, fue realizado un último análisis en el que se incluyeron como variables independientes ansiedad conjuntamente con la variable cumplimiento y como variables dependientes alegría. Se observa que el coeficiente beta para cumplimiento disminuye y se vuelve no significativa ($B = -0.11, p = .512$). Por lo tanto, se acepta el modelo de mediación. La ansiedad media el efecto de

la variable cumplimiento en las tareas sobre las variables resultado alegría.

Tabla 26

Resumen del análisis de regresión para ansiedad como mediadora entre cumplimiento y alegría

	Variable Independiente	Variable Dependiente	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
^a 1	Cumplimiento	Alegría	.51	.17	.55	2.95	.008
^b 2	Cumplimiento	Ansiedad	-.46	.09	-.73	-4.90	.001
^c 3	Ansiedad	Alegría	-1.22	.11	-.82	-6.52	.001
^d 4	Cumplimiento	Alegría	-.11	.17	-.12	-.66	.512
		Ansiedad	-1.36	.28	-.91	-4.83	.001

^a $F_{(1,20)} = 8.75; p = .008; R^2 = .270$ ^c $F_{(1,20)} = 42.63; p = .001; R^2 = .665$
^b $F_{(1,20)} = 24.03; p = .001; R^2 = .523$ ^d $F_{(2,19)} = 20.95; p = .001; R^2 = .665$

La última serie de análisis realizada tuvo como objetivo verificar si la ansiedad mediaba el efecto de cumplimiento de tareas sobre mal humor. La Tabla 27 muestra los modelos que resultaron significativos. Como ya se mostró previamente, al introducir en el primer análisis la variable cumplimiento como variable independiente y mal humor como dependiente; el primer supuesto se cumple, es decir, cumplimiento de tareas afecta la variable resultado mal humor ($B = -.35; p = .020$).

Tabla 27

Resumen del análisis de regresión para ansiedad como mediadora entre cumplimiento y mal humor

	Variable Independiente	Variable Dependiente	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
^a 1	Cumplimiento	Mal Humor	-.35	.14	-.49	-2.53	.020
^b 2	Cumplimiento	Ansiedad	-.46	.09	-.73	-4.90	.001
^c 3	Ansiedad	Mal Humor	.88	.16	.77	5.40	.001
^d 4	Cumplimiento	Mal Humor	.12	.15	.16	.79	.439
	Ansiedad		1.02	.24	.89	4.19	.001

^a $F_{(1,20)} = 6.39; p = .020; R^2 = .205$ ^c $F_{(1,20)} = 29.17; p = .001; R^2 = .573$
^b $F_{(1,20)} = 24.03; p = .001; R^2 = .523$ ^d $F_{(2,19)} = 14.62; p = .001; R^2 = .565$

El segundo análisis muestra la relación entre la variable predictora cumplimiento y las supuestas mediadoras ansiedad ($B = -0.46; p < .001$). El cumplimiento de tareas durante la intervención afecta la reducción de la ansiedad. El tercer análisis muestra la determinación entre la supuesta variable mediadora ansiedad sobre mal humor ($B = 0.88; p < .001$). Dado que la tercera condición también fue satisfecha, fue realizado un último análisis en el que se incluyeron como variables independiente ansiedad junto con la variable cumplimiento y como variable dependiente mal humor. Se observa que el coeficiente beta disminuye, y se vuelve no significativo ($B = 0.12; p = .439$). Por lo tanto se acepta el modelo de mediación. La ansiedad media el efecto de la variable cumplimiento en las tareas sobre la variable resultado mal humor.

En resumen, las variables actitud y ansiedad median el efecto del cumplimiento de tareas sobre la variable resultado humor en las dimensiones alegría y mal humor. Sin embargo no se acepta la hipótesis dado que la participación, variable que se propuso como predictora, no mostró efecto en el primer supuesto del modelo de mediación.

Cuarta hipótesis. La cuarta hipótesis señala que en los grupos de intervención con el componente cognitivo-conductual las variables sociodemográficas y el apoyo social percibido afectan la participación de los cuidadores al programa psicoeducativo. Para verificar esta hipótesis se realizaron dos análisis de regresión múltiple a través del método de eliminación de variables hacia atrás (Backward).

Como ya se mencionó, la variable participación está integrada por la asistencia y cumplimiento. En el primer análisis la variable asistencia fungió como variable dependiente en tanto que en el segundo análisis fue la variable cumplimiento. Ambos análisis incluyeron como variables independientes el apoyo social y las variables sociodemográficas: edad del cuidador, tiempo de ser cuidador, educación e ingreso mensual familiar; el parentesco se introdujo también como variable de engaño con cada una de las categorías (esposa, hija, nuera y hermana). Para asistencia, se obtuvieron seis modelos en tanto que para cumplimiento fueron cinco. La Tabla 28 muestra el resumen de las ecuaciones de los datos de los modelos ajustados resultantes.

Tabla 28

Resumen del análisis de regresión para variables sociodemográficas y apoyo social como predictoras de la participación

	Variable Independiente	Variable Dependiente	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
^a 1	Ingresos	Asistencia	-.001	.00	-.44	-2.17	.042
^b 2	Ingresos	Cumplimiento	-.001	.00	-.49	-2.68	.015
	Apoyo Social		.31	.12	.47	2.61	.017

^a $F_{(1,19)} = 4.73; p = .041; R^2 = .157$

^b $F_{(2,18)} = 6.17; p = .009; R^2 = .341$

La primera ecuación muestra que solamente la variable ingresos económicos

determina la participación en el programa psicoeducativo ($p < .05$). El resultado de la segunda ecuación muestra que las variables ingresos y apoyo social determinan el cumplimiento en el programa psicoeducativo ($p < .05$). En conclusión, el ingreso económico mensual familiar de las cuidadoras determina la participación y el cumplimiento de tareas al programa; en tanto que el apoyo social determina sólo el cumplimiento de tareas del programa psicoeducativo. En virtud de que no todas las variables sociodemográficas afectan la participación y cumplimiento de las cuidadoras al programa psicoeducativo la hipótesis no es sustentada.

Quinta hipótesis. La quinta hipótesis expone que en los grupos de intervención, con el componente cognitivo-conductual las variables sociodemográficas y el apoyo social percibido afectan directamente la variable humor. Para probar esta hipótesis también se realizaron series de análisis de regresión utilizando el método de eliminación de variables hacia atrás (Backward) para cada una de las dimensiones que fungieron como variables dependientes. Las variables sociodemográficas y el apoyo social fueron consideradas como variables independientes (ver Tabla 29).

En el primer análisis, el humor afiliativo se introdujo como variable dependiente y se obtuvieron cinco modelos. El modelo final representado en la primera ecuación muestra que el apoyo social determina el humor afiliativo ($p < .05$). Esto significa que por cada punto que aumente el apoyo social, aumenta .32 puntos el humor afiliativo. Cuando se introdujo el humor incrementador del ser como variable dependiente, se obtuvieron seis modelos. El modelo final, representado en la segunda ecuación muestra que el apoyo social determina el humor incrementador del ser ($p < .05$); por cada punto que aumente el apoyo social, aumenta .28 puntos el humor incrementador del ser.

Cuando se introdujo la alegría como variable dependiente, se obtuvieron cuatro modelos. El modelo final, representado por la tercera ecuación muestra que la educación determina la alegría ($p < .05$); por cada año que se incremente la educación disminuye la alegría 2.03 puntos. En el último análisis, la variable mal humor se introdujo como

variable dependiente. Se obtuvieron cuatro modelos; el modelo final representado por la cuarta ecuación muestra que las variables educación y apoyo social determinan el mal humor ($p < .05$). Por cada año que se aumente a la educación se incrementa el mal humor en 1.4 puntos al mantenerse constante el resto de las variables independientes. Además, por cada punto que se incremente el apoyo social, el mal humor disminuirá en .25 puntos, cuando el parentesco y la educación permanecen constantes.

Tabla 29

Resumen del análisis de regresión para variables sociodemográficas y apoyo social como predictoras de humor

	Variable Independiente	Variable Dependiente	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
^a 1	Apoyo Social	Afiliativo	.32	.12	.51	2.58	.018
^b 2	Apoyo Social	Incrementador del ser	.28	.12	.45	2.19	.041
^c 3	Parentesco	Alegría	10.15	5.14	.37	1.97	.065
	Educación		- 2.03	.73	- .55	- 2.77	.013
	Apoyo Social		.24	.12	.40	2.03	.057
^d 4	Parentesco	Mal humor	- 7.12	3.89	- .34	- 1.83	.085
	Educación		1.43	.55	.50	2.59	.019
	Apoyo Social		- .25	.09	- .54	- 2.76	.013

^a $F_{(1,19)} = 6.69; p = .018; R^2 = .222$

^c $F_{(3,17)} = 3.78; p = .030; R^2 = .295$

^b $F_{(1,19)} = 4.82; p = .041; R^2 = .161$

^d $F_{(3,17)} = 4.17; p = .022; R^2 = .323$

En conclusión, el apoyo social afecta directamente el humor afiliativo, incrementador del ser y el mal humor; en tanto que la variable educación afecta directamente la alegría y el mal humor. En virtud de que no todas las variables

sociodemográficas propuestas afectan directamente el humor, no se sustenta la hipótesis planteada.

Sexta hipótesis. La sexta hipótesis expone que en los grupos de intervención con el componente cognitivo-conductual, las variables sociodemográficas y el apoyo social afectarán indirectamente las variables resultado a través de la participación, actitud y ansiedad. Para probar esta hipótesis se realizaron series de análisis de regresiones múltiples a través del método de eliminación de variables hacia atrás (Backward). El humor en sus cuatro dimensiones fue considerado como variable dependiente en cada regresión. En tanto que el apoyo social, la participación y cumplimiento al programa, la actitud y ansiedad fueron consideradas como variables independientes. El análisis anterior mostró que de las variables sociodemográficas solamente el ingreso económico mensual fue significativo en la determinación de la participación y cumplimiento, por lo que se introdujo como variable independiente. El resumen de las ecuaciones resultantes puede ser apreciado en la Tabla 30.

En el análisis donde se considera el humor afiliativo como variable dependiente, se generaron cinco modelos. El modelo resultante representado por la ecuación uno muestra que la variable ingresos económicos y ansiedad contribuyen a la explicación del humor afiliativo. Se destaca que el incremento de un punto en la ansiedad reduce en casi un punto el humor afiliativo. El coeficiente de determinación es de 38%.

En el segundo análisis se introdujo la dimensión humor incrementador del ser como variable dependiente. El análisis generó seis modelos. El resultado del modelo final representado por la ecuación dos muestra que únicamente la variable apoyo social afecta este humor. Al incrementarse el apoyo social en un punto, incrementa en menos de medio punto el uso del humor incrementador del ser. El incremento del apoyo social explica un 16% del coeficiente de determinación.

Tabla 30

Resumen del análisis de regresión para variables sociodemográficas y apoyo social, participación, actitud y ansiedad como predictoras de humor

	Variable Independiente	Variable Dependiente	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
^a 1	Ingresos	Humor	.00	.00	.62	3.19	.005
	Ansiedad	Afiliativo	-.95	.30	-.62	-3.18	.005
^b 2	Apoyo Social	Humor	.28	.12	.45	2.19	.041
		Incrementador del Ser					
^c 3	Ansiedad	Alegría	-1.22	.19	-.82	-6.36	.001
^d 4	Ansiedad	Mal Humor	.88	.16	.77	5.26	.001
^a $F_{(2,18)} = 7.10; p = .005; R^2 = .379$			^c $F_{(1,19)} = 40.51; p = .001; R^2 = .664$				
^b $F_{(1,19)} = 4.82; p = .041; R^2 = .161$			^d $F_{(3,17)} = 27.71; p = .001; R^2 = .572$				

El tercer análisis, donde se introdujo la alegría como variable dependiente, generó seis modelos. El resultado del modelo final representado por la ecuación tres muestra que la variable ansiedad afecta la alegría. El incremento de un punto en ansiedad reduce en más de un punto la alegría, con un coeficiente de determinación de 66%.

En el último análisis el mal humor se introdujo como variable dependiente. Se obtuvieron seis modelos; el modelo final representado por la ecuación cuatro muestra que la variable ansiedad afecta también el mal humor. El incremento de la ansiedad en un punto incrementa el mal humor en casi un punto también. La ansiedad explica el 57% del incremento del mal humor. Dado que no todas las variables contribuyeron significativamente a la explicación de los modelos, no se apoya la hipótesis.

En síntesis, el programa psicoeducativo con el componente cognitivo-conductual

tuvo efectos positivos en la mejora de la actitud hacia el cuidado, reducción de la ansiedad y uso saludable del humor en la dimensión incrementador del ser y reducción del mal humor. Fue probado el papel mediador de las variables actitud y ansiedad sobre el efecto que tiene el cumplimiento de tareas sobre el uso saludable del humor. El ingreso económico mensual y el apoyo social determinan el cumplimiento en el programa psicoeducativo. La variable educación afecta directamente a la alegría y al mal humor. El apoyo social afecta directamente al humor afiliativo, incrementador del ser y mal humor. El ingreso económico y el apoyo social afectan indirectamente al humor afiliativo e incrementador del ser respectivamente. La variable ansiedad predice el uso saludable del humor.

Capítulo IV

Discusión

En este apartado se discuten los resultados de la intervención psicoeducativa propuesta para promover la adaptación de cuidadores de familiares con la EA bajo la perspectiva del Modelo de Adaptación de Roy (MAR). Este estudio se enfocó en el incremento de los estímulos contextuales mediante la promoción de pensamientos positivos y tareas placenteras, así como ejercicios de risa. Ello con el fin de incrementar la función del rol representada por la actitud hacia el cuidado y el autoconcepto representado por la ansiedad, para a su vez influir positivamente la adaptación general representada por el uso saludable del humor.

Tanto la intervención con el programa psicoeducativo total, como con el componente cognitivo conductual solo, mostraron efectos significativos sobre la actitud hacia el cuidado, reducción de la ansiedad y del mal humor e incremento del uso del humor incrementador del ser. Aunque al interior del grupo con el programa total la alegría se incrementó significativamente, no se observaron medias significativamente mayores respecto a los otros tres grupos. En contraparte, el grupo que recibió sólo el componente cognitivo conductual si mostró efectos significativos respecto a los otros dos grupos de comparación. El grupo de participantes que recibió la intervención con ejercicios de risa mostró disminución de la ansiedad y una tendencia a incrementar la alegría en comparación con el grupo control.

Si bien el programa total no fue efectivo para mostrar efectos sobre los otros tres grupos en las dimensiones alegría y humor afiliativo, cabe aclarar que si mostró medias más altas que el resto de los grupos tanto en al final de la intervención como al seguimiento. Lo anterior confirma la aseveración de Roy acerca de que enfermería puede ayudar a la adaptación de las personas con las que interactúa incrementando los estímulos positivos. El hecho de que se haya observado mejoría en tres de las cuatro

dimensiones del humor sugiere que el Modelo es adecuado para estudiar el fenómeno del humor en las cuidadoras de familiares con EA.

El que el estilo de humor afiliativo, que se refiere a la frecuencia con que las personas utilizan el humor para hacer bromas y reír con otras personas, no haya mostrado incrementos en comparación a los grupos que no recibieron la intervención cognitivo conductual, puede deberse a ciertos rasgos o diferencias de personalidad de las participantes. Lefcourt et al. (1997), y Matin (2003), explican que las personas utilizan el humor de formas diferentes, de acuerdo a los rasgos de personalidad. En ese sentido los individuos que prefieren el humor afiliativo son socialmente extrovertidos, alegres emocionalmente estables y sobre todo interesados en las personas; en esta investigación no fueron explorados los rasgos de personalidad. Otra posible explicación puede ser que las participantes consideren el hacer bromas y reír como conductas no acordes a la situación de su familiar con EA. Este resultado no se puede comparar con estudios de investigación porque las intervenciones psicoeducativas no han sido aplicadas para el uso del humor.

En relación a la actitud y ansiedad el tamaño de efecto obtenido es congruente con Acton y Winter (2002); Brodaty et al. (2003); Farran (2001); Whittier et al. (2002); Yin et al. (2002), quienes en sus meta-análisis y revisiones integrativas reportaron resultados positivos en cuanto a la reducción de la ansiedad, frustración, pensamientos disfuncionales, incremento de habilidades de afrontamiento y satisfacción. En ese orden de ideas, congruente con Chang (1999), y Gallagher-Tompson et al. (2001), se redujo la ansiedad y se incrementó el control de emociones negativas mediante la enseñanza de estrategias para identificar y modificar pensamientos negativos o disfuncionales por otros mas positivos o adaptativos así como, practicar actividades placenteras en las que el humor estuviera presente.

Con relación al humor, el aumento del uso del humor incrementador del ser y reducción del mal humor observado en los grupos con el componente cognitivo-

conductual confirman que el humor puede ser utilizado como mecanismo de afrontamiento positivo al regular emociones negativas, facilitar el cambio de perspectiva o la reinterpretación de una situación estresante (Carver et al., 1993; Kuiper et al., 1995; Martin, 2001; Martin et al., 2003).

En esta investigación fue incluido el efecto relajante de la risa en torno a la disminución de la tensión muscular, efecto que se evidenció en la reducción de la ansiedad en comparación al grupo control. En uno de los grupos focales, al término de la intervención, las participantes de los grupos en el que se incluía el componente de ejercicios de risa coincidieron en señalar beneficios percibidos en su bienestar emocional atribuidos a los efectos relajantes que les producían éstos ejercicios.

Los resultados mostraron que la actitud hacia el cuidado y la ansiedad mediaron el efecto del cumplimiento de tareas de las cuidadoras sobre el incremento del uso saludable del humor y reducción de la ansiedad. Este resultado confirma uno de los supuestos científicos de Roy (Roy & Andrews, 1999), que establece que los sentimientos y pensamientos median la acción humana (p 35). El papel mediador de las variables actitud y ansiedad se explica en función del rol estratégico que juegan las cogniciones y emociones sobre las conductas de las personas. Para Roy estímulos, como tener que cuidar a un familiar con la EA, activan el mecanismo de afrontamiento cognoscitivo, proceso de afrontamiento adquirido a través de la experiencia, el cual responde a través de cuatro canales cognitivos-emotivos: perceptual e informativo, aprendizaje, juicio y emociones; las respuestas resultantes son las conductas adaptativas. Aunque estos procesos no pueden ser observados directamente fueron puestos en operación por las cuidadoras al hacer valoraciones positivas y realizar tareas placenteras mostrando posteriormente conductas adaptativas al recurrir al uso saludable del humor. Los resultados sugieren que el efecto del cumplimiento de tareas sobre el humor es disminuido por la actitud y la ansiedad.

Las tareas que las cuidadoras debían practicar tenían la función de desarrollar en

ellas habilidades de autopercepción. Se buscaba que tuvieran experiencias humorísticas que les permitieran descargar emociones reprimidas, propiciar el cambio de perspectiva y la reducción de la ansiedad y que además monitorearan su estado de ánimo para que identificaran que si lo que hacían (disfrutar de eventos placenteros humorísticos) afectaba sus actitudes (sentimientos, pensamientos y conducta), en consecuencia se sentirían mejor. De manera que tal vez esto reafirmaba su actitud positiva.

Sin embargo, es probable que la intervención en su conjunto haya tenido mayor efecto para modificar la actitud hacia el cuidado y disminución de la ansiedad, que el mero cumplimiento de tareas. Durante las sesiones tenían además la oportunidad de compartir experiencias, estrategias, además de lo anterior.

Con relación a la ansiedad, el modelo cognitivo de la ansiedad (Beck, Emery & Grenberg, 1985), parte de la idea de que el sujeto a lo largo de su desarrollo adquiere una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas, que se activan en ciertas situaciones. Esa activación puede poner en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses del sujeto y su incapacidad para afrontarlos (a nivel cognitivo), que produciría a su vez la activación emocional (a nivel conductual). En ese sentido, las cuidadoras de familiares con la EA pueden percibir el comportamiento de su familiar enfermo de una forma distorsionada, basada en falsas premisas (“lo hace a propósito para hacerme enojar”) provocando en ellas ansiedad, como en la mitad de las participantes de este estudio.

Los estímulos externos como las conductas del familiar con la EA o los internos como algunas sensaciones corporales o pensamientos (cogniciones) en relación a la conducta del familiar enfermo o hacia si mismo, se perciben con aprehensión y miedo, lo que hace que aumente el nivel de ansiedad y aparezcan nuevas sensaciones corporales y pensamientos negativos. Basándose en esta cadena de acontecimientos, se enseña a las participantes a interrumpir las cogniciones negativas a través de una serie de pasos que

implican el reconocimiento de los pensamientos y sensaciones corporales asociados con las situaciones que viven como cuidadoras, para posteriormente mostrarles el desarrollo de otro tipo de pensamientos menos amenazantes y más adecuados como respuesta a los síntomas de la ansiedad. Por lo tanto, las tareas que deben realizar se centran en la identificación de hechos reales y acontecimientos concretos que experimentan como cuidadoras, intentando delimitar y detallar lo más posible el tipo de cogniciones (pensamientos) asociados a cada situación amenazante. Posteriormente debe intentar la reestructuración cognitiva propia (reordenación de sus pensamientos) mediante la identificación del pensamiento negativo asociado al suceso, puede entonces analizarse hasta qué punto éste es inadecuado o exagerado, descubriendo sus efectos negativos sobre conductas y sentimientos. Una vez conseguido esto, se incentiva a las cuidadoras a considerar otras hipótesis menos amenazantes para explicar estos hechos.

Roy señala que las respuestas humanas o conductas adaptativas se generan en función de los estímulos y del nivel de adaptación. Las tareas como estímulos afectaron los modos función del rol y autoconcepto, y el cambio en estos modos, generó la respuesta adaptativa, es decir, el uso saludable del humor. Los resultados mostraron que las cuidadoras con menores ingresos económicos fueron las que registraron mayor asistencia y cumplimiento de las tareas. Así mismo, las que percibían mayor apoyo social manifestaron mayor cumplimiento de las tareas.

Estos resultados por una parte contradicen lo reportado por Gallagher-Thompson, Solano et al. (2003), y Moreno y Bravo (2002), quienes indican que los ingresos bajos de los cuidadores constituyen una barrera en la retención de intervenciones y utilización de servicios formales de apoyo. Lo anterior puede explicarse porque son justamente las personas con escasos recursos las que tienen menos oportunidades de interacción social, de aprendizaje, entre otros. Por ello, responden al ser tomadas en cuenta.

Por otra parte, los resultados de esta investigación apoyan esos mismos estudios

con relación al apoyo social como un factor que facilita el involucramiento de los cuidadores en estudios de intervención. En este orden de ideas, es importante señalar que en esta investigación el apoyo social percibido se relacionó positivamente con el número de personas que apoyan a las cuidadoras y que en concordancia con Chang (2001), las casadas presentaron menor dificultad para obtener ayuda.

Roy, señala que los estímulos contextuales afectan las respuestas de las personas, en este estudio el apoyo social y la participación al programa psicoeducativo representaron los estímulos contextuales; los resultados obtenidos apoyan este supuesto. No obstante, no todas las variables sociodemográficas propuestas afectaron la participación de las cuidadoras al programa psicoeducativo y la varianza explicada fue relativamente baja. De manera que el supuesto se mantiene sólo para las variables de ingresos económicos y apoyo social. Una posible explicación puede ser por la homogeneidad de las participantes en el resto de variables contextuales.

Sin duda existen otros factores no contemplados que pudieron haber influido en la retención de las participantes en el programa. En los grupos focales realizados al finalizar la intervención las cuidadoras participantes expresaron que los factores que contribuyeron a permanecer y participar en el programa fueron: a) percibir que participaban activamente en un proceso de enseñanza-aprendizaje “las enfermeras nos ayudan a reflexionar sobre lo que hacemos, pensamos y sentimos” “aquí podemos conocer mas de lo que nos sucede”, “ es como ir a la escolita”; b) el interactuar con los pares “yo pensé que sólo a mí me sucedían estas cosas”, “puedo hablar con otras personas que viven lo mismo que yo”; c) beneficios percibidos “aunque no me apoyaran con el transporte, yo vendría de todas formas pues se que esto me ayuda mucho” “ahora ya me siento mejor”. Estas expresiones de las cuidadoras confirman lo que Roy expone con relación a las intervenciones de enfermería. De acuerdo a Roy, el alterar un estímulo permite que el proceso de afrontamiento del sistema humano responda positivamente. Enfermería puede afectar el proceso de afrontamiento cognoscitivo a través del cambio

de percepción lo que contribuye al bienestar de las personas. Por otra parte, de acuerdo al modelo de estrés y afrontamiento (Wenzel, Glanz & Lerman, 2002), discutir los sentimientos en un ambiente de apoyo minimiza las respuestas emocionales negativas a un estresor.

Se exploró también el efecto directo e indirecto de variables sociodemográficas y apoyo social sobre las variables resultado. Roy expresa que ciertos estímulos contextuales como los aspectos culturales en los que se incluye el status socioeconómico y la estructura social familiar afectan el nivel de adaptación del ser humano por lo que es importante medir su impacto en el nivel de adaptación. De acuerdo a Frank-Stromberg & Olsen (2004), el apoyo social toma un rol mediador al promover el afrontamiento al estrés e inducir resultados positivos de salud, asimismo tiene un efecto directo en la salud y bienestar de las personas independientemente del estrés.

Las pruebas estadísticas indican que el apoyo social afecta directamente tres dimensiones del humor: afiliativo, incrementador del ser y mal humor en tanto que la variable sociodemográfica educación afecta la alegría y mal humor. En esta investigación se conceptualizó que la adaptación general de las cuidadoras, es decir, el ajuste emocional y actitudinal se refleja en el uso saludable del humor (el humor provee un sentido de bienestar). Entonces, el impacto directo encontrado del apoyo social sobre el humor es congruente a las investigaciones que muestran que el apoyo social percibido es un predictor de la salud psicosocial y bienestar de los cuidadores (Chang et al., 2001). Con relación a la escolaridad, los resultados muestran que niveles bajos predicen el uso de la alegría y reducción del mal humor. Estos hallazgos son contrarios a los reportados por Buffum y Brod (1998), que indican que un mayor nivel de escolaridad esta relacionado con el uso del humor y predice el bienestar de los cuidadores. Una posible explicación son las diferencias culturales respecto a estas cuidadoras. Por un parte, las investigaciones realizadas con cuidadores en su mayoría son en poblaciones de países con niveles educativos más altos por otra parte, la forma en que las personas utilizan el

humor puede ser afectada por diferencias culturales. Es conocido el sentido humorístico que manifiesta la población mexicana ante situaciones críticas como la muerte, desastres, problemas económicos o personales. Por lo tanto, el impacto del nivel educativo en la participación a intervenciones y su impacto directo en el humor debe ser estudiado con mayor profundidad.

Es importante señalar que el apoyo social y el nivel educativo explican aproximadamente un tercio de la varianza del uso saludable del humor; además, el resto de las variables sociodemográficas no tuvieron efecto directo sobre las variables resultado. El efecto principal en las variables resultado es dado por el programa psicoeducativo.

Por último, se mostró el efecto indirecto de la variable sociodemográfica ingresos económicos y apoyo social en los estilos de humor afiliativo e incrementador del ser. En cambio, no se obtuvo efecto para las dimensiones alegría y mal humor dimensiones que resultaron ser afectadas sólo por la ansiedad. El apoyo social actúa como un recurso ambiental que aportan otras personas y que conjuntamente con el nivel de ingresos son elementos protectores que favorecen indirectamente los procesos de afrontamiento y la adaptación del cuidador. Asimismo, la presencia de esta red social en conjunción con el nivel educativo constituyen predictores fundamentales del nivel de adaptación. Con relación a las dimensiones alegría y mal humor, los resultados confirman el papel estratégico que juega la reducción de la ansiedad en el mejoramiento de estas dos dimensiones del humor.

Conforme a los resultados obtenidos en esta investigación, se puede concluir que la teoría de rango medio que se derivó del MAR es pertinente para explicar el fenómeno del humor en la adaptación de las cuidadoras de familiares con la EA. Es necesario considerar que las variables sociodemográficas educación, e ingresos juegan un papel importante en la relación de las variables de estudio. La asistencia fue una condición necesaria para el aprendizaje, asignación y recuperación del cumplimiento de tareas. Sin

embargo, la asistencia no mostró efectos sobre las variables de interés. Finalmente, la relación de conceptos de acuerdo a los hallazgos en esta investigación puede ser observada en la Figura 8.

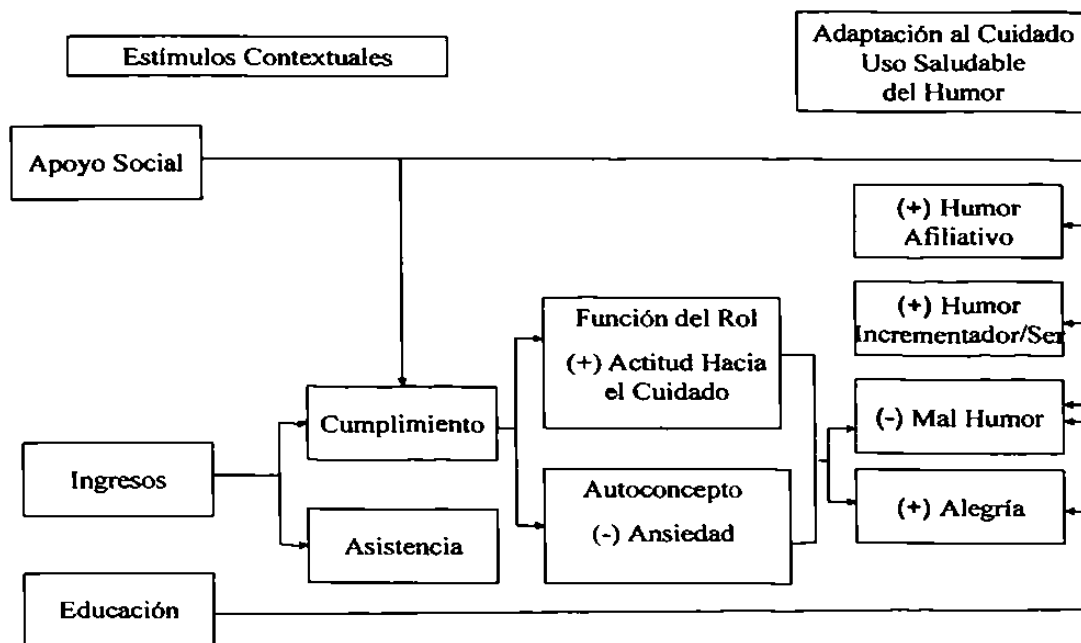


Figura 8 Esquema final de relación de conceptos

Conclusiones

Para Roy enfermería es una profesión que a través de conocimiento especializado contribuye a resolver las necesidades de salud de los individuos y grupos por lo que su objetivo es promover la adaptación positiva. Para promover la adaptación positiva enfermería puede intervenir modificando los estímulos o fortaleciendo los modos adaptativos. A través de la investigación, el modelo de adaptación de Roy no sólo aumenta la capacidad y habilidad de las enfermeras para identificar necesidades de salud además, guía el entendimiento para determinar intervenciones más efectivas en la modificación de estímulos que contribuyan a la adaptación.

El modelo permitió profundizar en el entendimiento de la adaptación del

cuidador de familiares con al EA utilizando como estímulo contextual un programa psicoeducativo que buscaba afectar el proceso cognoscitivo a través del uso del humor y cambio de pensamiento encaminada a modificar los modos autoconcepto y función del rol para obtener así la adaptación positiva. Los resultados de esta investigación prueban algunas relaciones de la teoría de rango medio que fue derivada del MAR para este propósito. El programa psicoeducativo mostró efectos significativos sobre la actitud hacia el cuidado, reducción de la ansiedad y del mal humor e incremento del uso del humor incrementador del ser.

Otro hallazgo importante fue probar el supuesto científico de Roy que establece que los sentimientos y pensamientos median la acción humana. El papel mediador de las variables actitud y ansiedad se explica en función del rol estratégico que juegan las cogniciones y emociones sobre las conductas de las personas.

También fue confirmado parcialmente la afirmación de Roy con relación a que las respuestas humanas o conductas adaptativas se generan en función de los estímulos y del nivel de adaptación de la persona. Con relación a la participación al programa, se probó que las tareas que las cuidadoras realizaron en el programa psicoeducativo afectaron los modos función del rol y autoconcepto, sin embargo, la actitud y la ansiedad disminuyen el efecto de las tareas sobre la respuesta adaptativa, es decir, el uso saludable del humor. Fue posible probar que los ingresos y el apoyo social como estímulos contextuales afectaron la participación al programa, así como el efecto directo e indirecto en la adaptación.

Limitaciones

En virtud de que las participantes en esta investigación representan un conjunto de personas con características muy específicas, no es posible la generalización por lo que los resultados deben ser tomados con cautela y ser considerados para poblaciones con características muy similares a la muestra estudiada.

Referencias

- Acton, G. & Kang, J. (2001). Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: a meta-analysis. *Research in Nursing & Health*, 24, 349-360.
- Acton, G. & Winter, C. (2002). Interventions for family members caring for an elder with dementia. *Annual Reviewing Nursing Research*, 20, 149-179.
- Aranda, M. P., & Knight, B. G. (1997). The influence of ethnicity and culture on caregiver stress and coping process: A sociocultural review and analysis. *The Gerontologist*, 37(3), 342-354.
- Azevedo dos Santos, S. (2002). *Idosos, familia e culture: um estudo sobre a construcao do papel do cuidador*. Brasil: Alínea.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(6), 1173-1182.
- Barrera-Ortiz, L. (2000). *Cuidado y práctica de enfermería*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Beck, A., Emery, G. & Grenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York, Basic Books.
- Bellon-Saameno, J.A., Delgado-Sánchez, A., Luna-del-Castillo, J.D. & Lardelli-Claret, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-63.
- Berk, L. S., Tan, S. A., Fry, W. F., Napier, B. J., Lee, J. W., Hubbard, R. W., et al. (1989). Neuroendocrine and stress hormone changes during mirthful laughter. *American Journal of the Medical Sciences*, 298, 390-396.
- Berk, L. S., Felten, D. L., Tan, S. A., Bittman, B. B. & Westengard, J. (2001). Modulation of neuroimmune parameters during the eustress of humor-

associated mirthful laughter. *Alternative Therapies*, 7(2), 62-76.

- Brodaty, H., Green, A. & Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 51(5), 657-664.
- Buffum, M. D. & Brod, M. (1998). Humor and well being in spouse caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Applied Nursing Research*, 11(1), 12-18.
- Burns, N. & Grove, S. (2001). The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. (4th ed.). Philadelphia, Saunders.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., et al. (1993). How coping mediate the effects of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(2), 375-390.
- Chang, B. L. (1999). Cognitive behavioral intervention for homebound caregivers of persons with dementia. *Nursing Research*, 48(3), 173-182.
- Chang, B. L., Brecht, M. L. & Carter, P. A. (2001). Predictors of social support and caregiver outcomes. *Women Health*, 34, 39-61.
- Cohen, C., Colantonio, A. & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caring: Rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 184-188.
- Connell, C. M., Janevic, M. R. & Gallant, M. P. (2001). The cost of caring: impact of dementia on family caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 14(4), 179-187.
- Coon, D. W., Thompson, L., Steffen, A., Sorocco, K. & Gallagher- Thompson, (2003). Anger and depression management: Psychoeducational skill training interventions for woman caregivers of a relative with dementia. *Gerontologist*, 43(5), 678-689).
- Crocker, S. (2002). Methodological issues in male caregiver research: an integrative

- review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 40(6), 626-640.
- Dibartolo, M. C. (2002). Exploring self-efficacy and hardiness in spousal caregivers of individuals with dementias. *Journal of Gerontological Nursing*, 4, 24-29.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48(4), 384-392.
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (1969). The repertorie of non-verbal behavior, categories, origins, usage, and coding. *Semiotica*, 1, 49-97.
- Elashoff, J. D. (2000). nQuery Advisor (Version 4.0) (Software de cómputo). Boston, M.A.: Statistical Solutions Ltd.
- Farran, C. (1997). Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elderly persons with dementia; stress adaptation and existentialism. *The Gerontologist*, 37(2), 250-256.
- Farran, C. (2001). Family caregiver intervention research: Where are we going? *Journal of Gerantological Nursing*, 27(7), 38-45.
- Farran, C., Keane-Hagerty, Salloway, S., Kupferer, S. & Wilken, C. (1991). Finding meaning: an alternative paradig for Alzheimer's disease family caregiver's. *The Gerontological Society of America*, 31 (4), 483-489.
- Farran, C. & Loukissa, D. (2004). Caring for self while caring for others: The two-track life of coping with Alzheimer's disease. *Journal of Gerantological Nursing*, 5, 38-46.
- Farran, C., Miller, B., Kaufman, J., Donner, E. & Fogg, L. (1999). Finding meaning through caregiving: Development of an instrument for family caregivers of persons with Alzheimer Disease. *Journal of Clinical Psychology*, 55(9), 1107-1125.
- Fernández-Capo, M. (2005). *Sentido del cuidado en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer*. Disertación doctoral no publicada. España.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: a practical

- method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
- Frank-Stromborg, M. & Olsen, S. (2004). *Instruments for clinical health-care research*. (3rd ed.). Massachusetts, E. U.: Jones and Bartlett Publishers.
- Fry, W. F. (1992). The physiologic effects of humor, mirth and laughter. *JAMA*, 26(13), 1857-1858.
- Fry, W. F. (1994). The biology of humor. *Humor: International Journal of Humor Research*, 7, 111-126.
- Gallagher-Thompson, D., Arean, P., Rivera, P., Thompson, L. W. (2001). A psychoeducational intervention to reduce distress in hispanic family caregivers: results of a pilot study. *Clinical Gerontologist*, 23 (1/2), 17-32.
- Gallagher-Thompson, D. Haley, W., Guy, D. Rupert, M., Arguelles, T. Zeiss, L., et al. (2003). Tailoring psychological interventions for ethnically diverse dementia caregivers. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(4), 423-438.
- Gallagher-Thompson, D. Solano, N., Coon, D. & Arean, P. (2003). Recruitment and retention of Latino dementia family caregivers in intervention research: issues to face, lessons to learn. *The Gerontologist*, 40(3), 45-51.
- Gelkopf, M. & Kreidler, S. (1996). Is humor only fun, an alternative cure or magic? The cognitive therapeutic potential of humor. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10(4), 235-254.
- Glanz, K., Rimer, B. & Lewis, M. (2002). *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. 3rd ed. San Francisco, California, E. U.: Jossey-Bass.
- González, H. M., Haan, M. N. & Hinton, L. (2001). Acculturation and the prevalence of Depression in Older Mexican-Americans: Baseline results of the sacramento Area Latino Study on Aging, *Journal of American Geriatric Society*. 49(7), 948-453.

- Henderson, J. N., & Gutiérrez-Mayka, M. (1992). Ethnocultural themes in caregiving to Alzheimer's patients in Hispanic families. *Clinical Gerontologist, 11*, 59–74.
- Karasawa, K., Hatta, T., Gushiken, N. & Hasegawa, J. (2003). Depression among Japanese informal caregivers for elderly people. *Psychology, Health & Medicine, 8*(3), 371-376.
- Kuiper, N. A., McKenzie, S. D., & Belanger, K. A. (1995). Cognitive appraisals and individual differences in sense of humor: motivational and affective implications. *Personality & Individual Differences, 19*(3), 359-372.
- Lakey, B. & Cohen, S. (2000). *Social support measurement and intervention*. New York, E. U.: Oxford University Press.
- Letelier, L. M., Manríquez, M. & Claro, J. C. (2004). Blinding for clinical trials. Does it matter? *Revista Médica de Chile, 132*, 1137-1139.
- Levenson, R. & Ekman, P. (2002). Difficulty does not account for emotion-specific heart rate changes in the directed facial action task. *Psychophysiology, 39*, 397-405.
- Lieberman, M. A. & Fisher, L. (1995). The impact of chronic illness of the health and well being of family members. *The Gerontologist, 35*(1), 94–102.
- Lilly, M. L., Richards, B. S. & Buckwalter, K. C. (2003). Friends and social support in dementia caregivers. *Journal of Gerontological Nursing, 1*, 29-36.
- Lipsey, M. (1990). Design sensitivity: Statistical power for experimental research. California, E. U: Sage. Publications.
- Losada-Baltar, A., Izal-Fernández de Trocóniz, M., Montorio-Cerrato, I., Márquez-González, M. & Pérez-Rojo, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurologia, 38*(8), 701-708.
- Louderback, P. (2000). Elder care: a positive approach to caregiving. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 12*(3), 97-99.

- Lyman, O. (1988). *An introduction to statistical methods and data analysis*. Boston, E.U.: PW. S-Kent.
- Manassero, M. A., Vázquez, A., & Acevedo, J. (1999). La evaluación de las actitudes CTS. *Arbor*, 637, 45-72.
- Martin, R. A. (2001). Humor, laughter, and physical health: Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*, 127, 504-529.
- Martin, R. A., Kuiper, N. A., Olinger, L., & Dance, K. A. (1993). Humor, coping with stress, self-concept, and psychological well-being. *Humor: International Journal of Humor Research*, 6 (1), 89-104.
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Gwen, L., Gray, J. & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37, 48-75.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25(2), 32-37.
- Millán-Calenti, J. C., Gandoy-Creco, M., Antelano-Martelo, M., López-Martínez, M., Rivero-López, M. P., & Mayán-Santos, J. M. (2000). Helping the family caregivers of Alzheimer's patients: From theory to practice. A preliminary study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 30, 131-138.
- Mittelman, M. Roth, D. Haley, W, & Zarit, H. (2004). Effect of caregiver intervention on negative caregiver appraisals of behavior problems in patients with Alzheimer disease: results of randomized trial. *Journal of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 59(1), 27-34.
- Mobbs, D., Greicius, M. D., Abdel-Azim, E., Menon, V. & Reiss, A. L. (2003). Humor the mesolimbic reward centers. *Neuron*, 40(4), 1041-1048.
- Moran, C. (1996). Short-term mood change, perceived funniness, and the effect of humor stimuli. *Behavioral Medicine*, 20, 32-38.

- Moreno, C. & Bravo, M. (2002). A psychoeducational model for Hispanic Alzheimer's disease caregiver. *The Gerontologist*, 42(1), 122-126.
- Neter, J. Kutnen, M. Nachtsheim, Ch. & Wasserman, W. (1996). *Applied linear stadistical models*. Boston, E.U: McGraw-Hill.
- Olson, J. M. (1992). Self-perception of humor: evidence for discounting and augmentation effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(3), 369-377.
- Ostrosky-Solís, F. López-Arango, G. & Ardila, A. (2000). Sensitivity and specificity of the Mini-Mental State Examination in a spanish-speaking population. *Applied Neuropsychology*, 7(1), 25-31.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2005). Ethnic differences in stressors, resources, and psychological outcomes of family caregiving: A meta-analysis. *The Gerontologist*, 45(1), 90-106.
- Polit, D. F. & Beck, Ch, T. (2004). *Nursing research: principles and methods*. 7th ed. Philadelphia, E. U.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Reyes-Ortega, M., Soto-Hernández, A. L., Milla-Kegel, J. G., García-Ramírez, A., Hubard-Vignau, L., Mendoza-Sánchez, H. et al. (2003). Actualización de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. (CES-D). *Salud Mental*, 26(1), 59-68.
- Rodríguez-Alvarez, C. A., Magallanes-Molina, A., Estañol-Vidal, B., García-Ramos, G. & Valencia-Flores, M. (2002). Aspectos neurológicos y neurofisiológicos de la risa. *Archivos de Neurociencias*, 5(1), 43-49.
- Roesch, S. C., Weiner, B. & Vaughn, A. (2002). Cognitive approaches to stress and coping. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(6), 627-632.
- Roy, C. & Andrews, H. (1999). *The Roy Adaptation Model*. Connecticut, E. U.:

Appleton & Lange.

Ruch, W., Köhler, G. & van Thiel, C. (1997). To be in good bad humor: construction of the State Form of the State-Trait-Cheerfulness-Inventory-STCI. *Personality and Individual Differences*, 22(4), 477-491.

Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/sep04/html>.

Secretaría de Salud (2004, septiembre). Día mundial del Alzheimer. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/sep04/comunicado.html.

Secretaría de Salud (2001). Programa de acción para la atención del deterioro intelectual y las demencias. México.

Schneider J, Murray J, Banerjee S, & Mann, A. (1999). Eurocare: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I- Factors associated with carer burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 651-661.

Simon, D., Kradwezyk, C. & Holyoak, K. J. (2004). Construction of preferences by constraint satisfaction. *American Psychological Society*, 15(5), 331-336.

Smith, J. A. (2000). *Humor and therapy: A matter of laughing, not a laughing matter*. Tesis de maestría no publicada. Kansas State University, E. U.

Solano, N., Cárdenas, V., Day, S. M., Gallagher-Thompson, D. (2002). Reduciendo su tensión y mejorando su calidad de vida: una clase para cuidadoras. Stanford University School of Medicine, California. E. U.

Sörensen, S., Pinquart, M. & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356-372.

Soussignan, R. (2002). Duchenne smile, emotional experience, and autonomic reactivity: a test of the facial feedback hypothesis. *Emotion*, 2(1), 52-74.

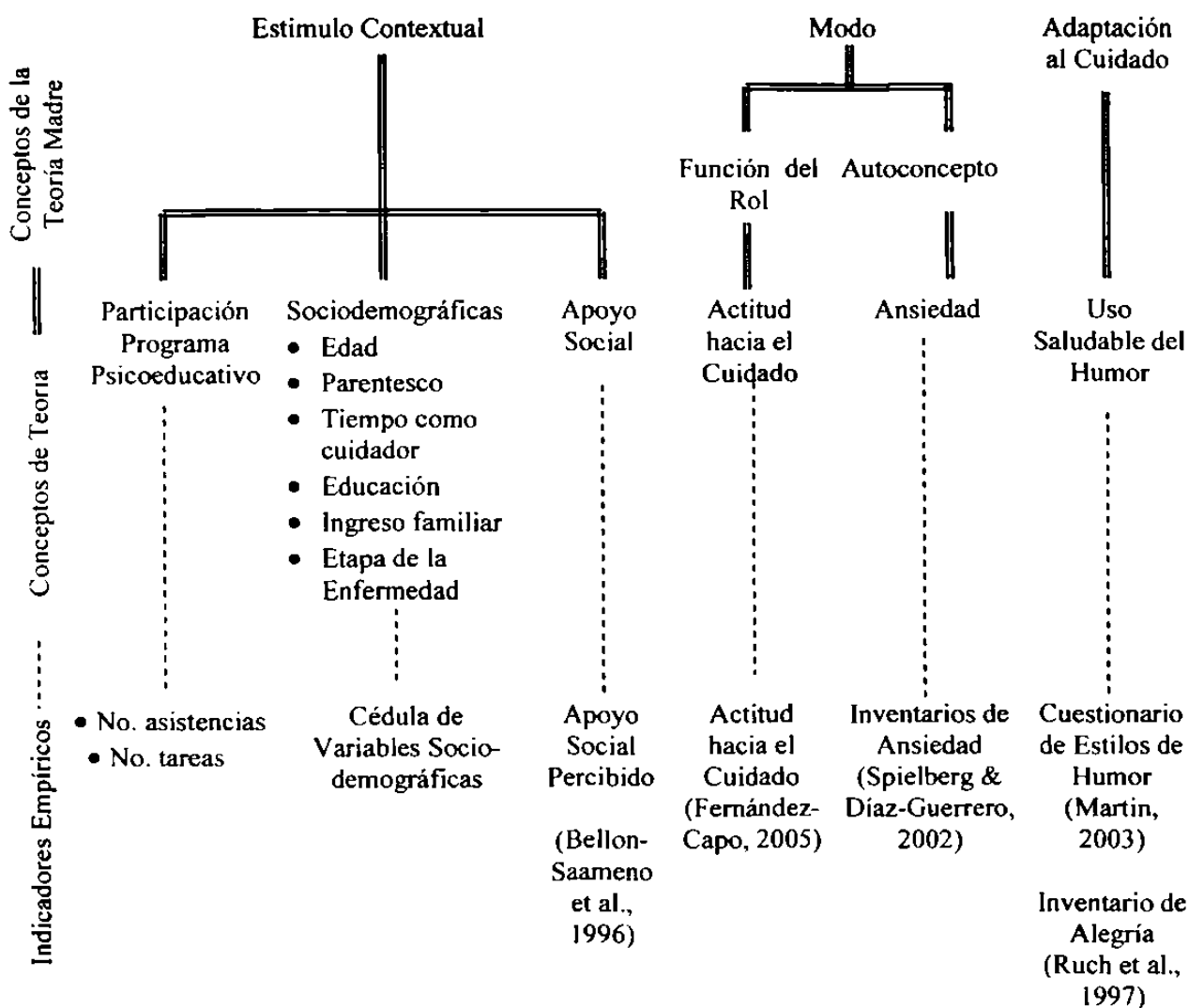
Spielberger, C. D. & Díaz-Guerrero, R. (2002). *IDARE: Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. México: El manual Moderno.

- Spradly, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. New York, NY, E. U.: Holt, Rinehart and Winston.
- Sultanoff, S. M. (2003). Integrating humor into psychotherapy. In Ch. E. Schaefer (Ed.), *Play therapy with adults*. New Jersey, E. U.: Wiley.
- Thompson, R. L., Lewis, S. L., Murphy, M. R., Hale, J. M., Blackwell, P. H., Acton, G. J., et al. (2004). Are there sex differences in emotional and biological responses in spousal caregivers of patients with Alzheimer's Disease? *Biological Research for Nursing*, 5(4), 319-330.
- Villarreal, M., Champion, J. D. & Salazar, B. C. (2006). *Experiencias cotidianas de cuidadoras de personas con la enfermedad de Alzheimer*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Whittier, S., Coon, D. & Aker, J. (2002). *Caregiver support interventions* (Research brief No. 10). Washington, DC, E. U.: National Association of State Units of Aging.
- Wenzel, L., Glanz, K. & Lerman, C. (2002). Stress, coping and health behavior. En K. Glanz, B. K. Rimer & F. M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. 3rd ed. San Francisco, California, E. U.: Jossey-Bass.
- Wooten, P. (1999). Humor, laughter and play: Maintaining balance in a serious world. In *Holistic nursing: A handbook for practice*. (3rd ed.). Maryland, E. U.: Aspen Publisher.
- Yin, T., Zhou, Q. & Bashford, C. (2002). Burden on family members caring for frail elderly: A meta-analysis of intervention. *Nursing Research*, 51(3), 199-208.

Apéndices

Apéndice A

Estructura Conceptual-Teórica-Empírica



Apéndice B

Consentimiento Informado

María de los Ángeles Villarreal Reyna, estudiante del Programa de Doctorado en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León me ha invitado a participar voluntariamente en la prueba de un programa psicoeducativo para familiares cuidadores de personas con la enfermedad de Alzheimer (EA) y me ha informado que el objetivo del programa psicoeducativo es probar su efecto en cuidadores de personas con la EA.

Soy cuidadora de un familiar con la EA y dedico a esta actividad una gran parte de mi tiempo diariamente; no tengo ningún impedimento para participar en este estudio y tampoco estoy participando en ningún otro estudio para cuidadores.

Se me ha informado que para la prueba del programa psicoeducativo, se formarán cuatro grupos: dos en Monterrey y dos en Saltillo los cuáles se reunirán una vez a la semana hasta por 120 minutos, es decir, dos horas.

A través de un sorteo, he sido asignada a uno de los grupos en el que estaré participando. Independientemente si mi participación sea en cualquiera de los grupos del programa, contestaré una serie de instrumentos la semana 0, 4, 8 y 12. Se me ha asegurado que la información será tratada en forma confidencial y que los resultados se darán a conocer en forma grupal sin identificar a quienes participamos.

Se me ha informado que de aceptar, mi participación será voluntaria y si lo requiero, contaré con un apoyo económico para cubrir gastos de transportación o estacionamiento. El beneficio de participar en este proyecto es colaborar en el estudio de la adaptación del cuidador y esto servirá en un futuro para promover el bienestar de personas como yo. También estoy enterada de que en el remoto caso de que durante mi participación en el estudio mi estado de ánimo se quebrante, es decir, perciba mi estado de ánimo decaído, si lo deseo, seré referida a un centro de atención; el enlace se realizará

con la Doctora Adelina Alcorta Garza en el Centro de Investigación en Educación Médica y Atención a la Salud (CIEMAS) de la Facultad de Medicina de la U.A.N.L.

Una vez habiendo sido informada satisfactoriamente de todos los aspectos anteriormente mencionados, concedo mi consentimiento mediante la firma de este documento.

Nombre y Firma:

Fecha:

Testigo. Nombre y Firma:

Testigo. Nombre y Firma

Apéndice C
Mini-Mental State (MMSE - E)

Apéndice D
Escala de Depresión (CES-D)

Apéndice E
Cedula de Variables Sociodemográficas

clave Fecha _____

1. Edad (años cumplidos): _____
2. Estado civil: _____
3. Ocupación: _____
4. Hijos: _____
5. Parentesco que tiene con la persona con la enfermedad de Alzheimer: _____
6. Tiempo de ser cuidador del familiar con la enfermedad de Alzheimer (años):

7. Educación (años): _____
8. Ingreso mensual familiar (pesos) _____
9. Etapa de la enfermedad _____
10. Estado de salud:

¿Esta usted tomando tratamiento actualmente? Sí: ____ No: ____

Si su respuesta es sí, por favor explique:

¿Presenta usted alguna de las siguientes condiciones de salud?

Diabetes: ____	Problemas de rodilla: ____
Alta presión: ____	Problemas de pie: ____
Osteoporosis: ____	Problemas de sueño: ____
Cáncer: ____ Tipo: ____	Otras: _____
Enfermedad del hígado: _____	_____

Por favor indique, en una escala del cero al 100 ¿cómo percibe su actual estado de salud? _____

Apéndice F
Apoyo Social (Duke-UNC-11)

Apéndice G

Escala de Actitudes Hacia el Cuidado

Apéndice H

Inventario de Ansiedad: Estado (IDARE)

Apéndice I

Cuestionario de Estilos de Humor

Apéndice J
Inventario de Alegría-Estado

Apéndice K

Análisis de Tukey para Actitud, Ansiedad y Humor

Análisis post hoc de Tukey T3 y T4

Variable	Comparaciones Múltiples				Intervalo de Confianza	
	Diferencia de Grupos	Diferencia de Medias	Error Típico	Valor de <i>p</i>	Inferior	Superior
Actitud						
T3	G1 vs G3	16.60	4.27	.002	5.16	28.05
		G4	16.17	4.10	.002	5.19
	G2 vs G3	14.08	3.92	.003	4.43	23.72
		G4	13.64	3.77	.003	4.36
T4	G1 vs G4	14.23	4.03	.005	3.44	25.02
	G2 vs G4	12.70	3.83	.006	3.26	22.14
Ansiedad						
T3	G1 vs G3	-19.29	5.20	.003	-33.21	- 5.37
		G4	-27.90	4.99	.000	-41.25
	G2 vs G3	-16.51	5.44	.014	-30.06	- 2.96
		G4	-25.12	5.29	.0001	-38.17
T4	G1 vs G4	-21.22	6.56	.012	-38.78	- 3.66
	G2 vs G4	-22.75	6.67	.005	-39.19	- 6.32

Fuente: AC, IDARE

Análisis post hoc de Tukey T3 y T4 (continuación)

Comparaciones Múltiples					Intervalo de Confianza		
					Límite		
Variable	Diferencia de Grupos	Diferencia de Medias	Error Típico	Valor de <i>p</i>	Inferior	Superior	
Humor Afiliativo	T3	G1 vs G4	21.63	6.89	.016	3.19	40.07
		G2 vs G4	23.44	7.83	.015	4.15	42.72
	T4	G1 vs G4	25.01	8.32	.022	2.75	47.28
		G2 vs G4	23.95	9.30	.039	1.04	46.86
Incrementador/ser	T3	G1 vs G3	23.18	7.22	.013	3.84	42.52
		G1 vs G4	27.22	6.95	.002	8.60	45.83
		G2 vs G3	23.18	7.67	.014	4.28	42.07
		G2 vs G4	27.22	7.39	.002	9.03	45.41
	T4	G1 vs G4	23.20	6.19	.003	6.63	39.76
		G2 vs G4	36.02	6.61	.0001	19.74	52.30
Alegría	T3	G1 vs G3	34.52	8.10	.001	12.82	56.21
		G1 vs G4	37.97	7.77	.0001	17.16	58.77
		G2 vs G3	24.57	8.92	.026	2.61	46.53
		G2 vs G4	28.02	8.59	.007	6.88	49.16
	T4	G1 vs G3	25.27	7.57	.009	5.00	45.55
		G1 vs G4	36.81	7.26	.0001	17.37	56.26
G2 vs G4		29.20	7.92	.002	9.71	48.69	

Fuente: IA

Análisis post hoc de Tukey T3 y T4 (continuación)

Comparaciones Múltiples					Intervalo de Confianza	
					Límite	
Variable	Diferencia de Grupos	Diferencia de Medias	Error Típico	Valor de <i>p</i>	Inferior	Superior
Mal Humor T3	G1 vs G3	-23.00	7.48	.019	-43.01	-2.99
	G1 vs G4	-28.22	7.17	.002	-47.42	-9.03
	G2 vs G3	-21.61	8.37	.038	-42.22	-1.00
	G2 vs G4	-23.63	7.07	.009	-42.54	-0.47
T4	G1 vs G3	-26.41	6.75	.002	-44.48	-8.34
	G1 vs G4	-30.98	6.47	.0001	-48.31	-13.65
	G2 vs G3	-23.63	7.99	.016	-43.31	-3.95
	G2 vs G4	-28.20	7.69	.003	-47.14	-9.26

Fuente: IA

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Candidato a obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería.

Tesis: PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN FAMILIARES CUIDADORES DE PERSONAS CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Biografía: Nacida en la ciudad de Saltillo, Coahuila el 28 de Julio de 1956, hija del Sr. Santiago Villarreal Carrillo y la Sra. Francisca Reyna de Villarreal.

Educación: Egresada de la Facultad de Mercadotecnia de la Universidad Autónoma de Coahuila con el grado de Licenciado en Mercadotecnia en 1988, obteniendo Diploma al Mérito Universitario y Medalla Juan Antonio de la Fuente otorgados por el H. Consejo Universitario así como del Gobierno del Estado de Coahuila por lograr el primer lugar de la generación.

Estudios de Maestría en Ciencias de la Educación en la Facultad de Ciencias de la Educación y Humanidades de la Universidad Autónoma de Coahuila en 1995, obteniendo Diploma al Mérito Universitario y Medalla Juan Antonio de la Fuente otorgados por el H. Consejo Universitario.

Becaria PROMEP por la Universidad Autónoma de Coahuila para cursar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería de 2003 a 2006 en esta Facultad de Enfermería de la UANL.

Experiencia Profesional: Profesor de Tiempo Completo en la Escuela de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Coahuila de 1981 a la fecha. Secretaria Administrativa de la Escuela de Licenciatura en Enfermería de 1992 a 2003. Profesor de asignatura en la Universidad Autónoma del Noreste de 1991 a 1993.

E-mail: mced_us@yahoo.com

