

# **Espiritualidad y religiosidad en cuidadores de personas con demencia como posibles factores protectores de maltrato**

**Spirituality and religiosity as possible protective factors against mistreatment among dementia caregivers**

**Javier LÓPEZ**

Departamento de Psicología. Facultad de Medicina  
Campus de Montepíncipe  
Universidad CEU San Pablo  
jlopezm@ceu.es

**María MÁRQUEZ-GONZÁLEZ**

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud  
Universidad Autónoma de Madrid  
maria.marquez@uam.es

**Rosa ROMERO-MORENO**

Departamento de Psicología  
Universidad Rey Juan Carlos  
rosa.romero@urjc.es

**Andrés LOSADA**

Departamento de Psicología  
Universidad Rey Juan Carlos  
andres.losada@urjc.es

Agradecimientos: La preparación de este artículo fue financiada en parte por la concesión de sendos proyectos de investigación del Ministerio de Ciencia e Innovación de España (PSI2009-08132/PSIC) y del Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2012-31293).

## **RESUMEN**

La influencia de la religión y la espiritualidad en el proceso de estrés de los cuidadores está casi sin investigar, a pesar de que se ha encontrado que estas variables proporcionan un conjunto importante de recursos para el afrontamiento de los cuidadores. El papel de la ira en el proceso de estrés y bienestar de los cuidadores, también ha sido poco estudiado. La ira está asociada con un mayor riesgo de maltrato en personas cuidadas. La espiritualidad y religiosidad podrían amortiguar el impacto de la ira de los cuidadores en el maltrato de los mayores. El objetivo de este artículo es partir del modelo de estrés del cuidado, ampliamente utilizado y remodelarlo, integrando el papel de la espiritualidad y religiosidad y sus efectos sobre maltrato de la persona cuidada. Una vez que estas relaciones sean mejor conocidas, a través de las intervenciones se podría brindar específicamente un apoyo más completo a los cuidadores de personas con demencia a las que se cuida incluyendo, si parece adecuado, elementos espirituales y de ira del cuidador.

## **PALABRAS CLAVE**

Ira, cuidadores, demencia, espiritualidad, religiosidad.

---

## **ABSTRACT**

The influence of religion and spirituality on caregivers' stress is almost unexplored, even though religion and spirituality have been found to provide an essential set of coping resources for caregivers. The role of anger in the caregiving stress process and in caregivers' well-being has also been underanalyzed. Anger is positively related with a increased risk of mistreatment of care recipients. Spirituality and religion buffer the impact of caregivers' anger on care recipient's mistreatment. This paper's objective is to take the usual caregiving stress process model, and reconfigure it to integrate the literature about the role of spirituality and religiosity, and their effects on care recipient mistreatment. Once these relationships are better understood, intervention programs could be specifically tailored to better support dementia caregivers including, if appropriate, caregivers spiritual and anger elements.

## **KEY WORDS**

Anger, caregivers, dementia, spirituality, religiosity

## 1. RELIGIOSIDAD Y ESPIRITUALIDAD EN CUIDADORES

### 1.1 Modelo teórico de partida

En el mundo en general, y en España en particular, las personas cada vez viven más, y esto es una buena noticia. Sin embargo, hay ciertas enfermedades, como el Alzheimer u otras demencias asociadas a una mayor edad de las personas. Se calcula que en la actualidad hay en todo el mundo unos 36 millones de personas afectadas por algún tipo de demencia y, se estima, que en los próximos 20 años se alcancen los 66 millones de personas afectadas de demencia y que para el 2050 sean 115 millones los afectados (Alzheimer's Disease International, 2009).

El cuidado proporcionado por la familia es la forma más antigua de los sistemas de cuidado. Sin embargo, la investigación ha documentado claramente las consecuencias físicas y psicológicas negativas que tiene el hecho de ser cuidador de un familiar mayor (Pinquart & Sörensen, 2003). Los familiares que asumen el rol de cuidador principal, se exponen a una situación de estrés que incrementa el riesgo de desarrollar problemas emocionales importantes, especialmente ansiedad y depresión (Cooper Balamurali, & Livingston, 2007; Crespo & López, 2005).

Ser cuidador ha sido considerado como una situación prototípica de estrés crónico, y la mayor parte de la investigación en este campo, se ha llevado a cabo desde el modelo teórico de estrés y afrontamiento adaptado a la prestación de cuidados. Lawton, Moos, Kleban, Glicksman, & Rovine (1991) y Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff (1990) han desarrollado modelos de estrés del cuidador particularmente útiles y ampliamente utilizados. Desde estos marcos teóricos, se propone que la evaluación o percepción de la naturaleza de una situación de cuidado y los recursos personales del cuidador juegan una influencia importante en las consecuencias que implica el cuidar.

De acuerdo con estos autores, cómo afrontan los cuidadores las situaciones estresantes (e.g. los problemas conductuales de la persona mayor) influye en su salud mental (e.g. niveles de depresión, ansiedad e ira). El modo de afrontar y ser afectado por las situaciones de estrés que implica ser cuidador, puede variar dependiendo de la forma en que se valoran los problemas (como más o menos molestos), y de los recursos personales de los cuidadores. Así, por ejemplo,

los cuidadores con mayores recursos personales (e.g., mayor autoeficacia, mayor apoyo social) es probable que valoren los estresores del cuidado como menos molestos y, por lo tanto, puedan mostrar menor vulnerabilidad a las consecuencias psicológicas negativas del cuidado. Así pues, este modelo subraya la importancia de analizar la influencia de los recursos personales sobre el malestar del cuidador.

Se suele considerar que ser cuidador de un familiar con demencia es una "carrera de fondo" con varias etapas, donde el momento más estresante llega cuando más cuidados hay que proporcionar al familiar en el domicilio o cuando este ya no reconoce al propio cuidador. Pero lo cierto es que ser cuidador tiene distintas etapas, todas ellas potencialmente estresantes (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit, & Whitlatch, 1995). En la primera etapa o de "preparación y adquisición del rol de cuidador", suele ser problemático el shock del diagnóstico que hay que ir asumiendo paulatinamente. En la segunda etapa o de "promulgación o actuación", aparecen todos los problemas relacionados con el cuidado intenso del familiar con demencia y en numerosas ocasiones también surgen problemas laborales, de pareja, familiares..., por el hecho de la intensa dedicación del cuidador. Si llega la institucionalización del familiar tampoco se acaban los problemas, pues suelen surgir dificultades económicas, de desplazamientos a la residencia, de pérdida del control sobre los cuidados proporcionados al familiar con demencia... Con el fallecimiento del familiar tampoco termina el estrés del cuidador pues tiene que rehacer su vida, su identidad sin el ser querido y, quizás, por esto se ha comprobado que el malestar emocional perdura tras abandonar el rol de cuidador.

### **1.2. Papel de la espiritualidad y religiosidad en el proceso de estrés del cuidador**

Aunque el número de estudios que analizan el estrés del cuidador ha crecido exponencialmente desde los años 80, hay algunos factores relevantes que intervienen en los efectos del cuidado que merecen una mayor atención de la que han recibido hasta ahora. Sin duda, la religiosidad y la espiritualidad de los cuidadores son factores que necesitan una mayor investigación. Entre los diferentes recursos personales que potencialmente pueden influir en el estrés de los cuidadores, Leblanc, Driscoll, & Pearlin (2004) han considerado la religiosidad como un factor que podría tener un efecto mediador y moderador sobre el malestar de los cuidadores. En concreto, la religiosidad puede mediar la expansión del estrés a través de su propia asociación independiente con el estrés, o puede moderar la expansión

del estrés si la religiosidad ejerce su influencia sólo bajo ciertas condiciones. En este sentido, se ha encontrado que la espiritualidad media parcialmente el efecto del estrés sobre los aspectos positivos del cuidado (Hodge & Sun, 2012).

Es bastante escaso el número de estudios que analizan la influencia de la religión y espiritualidad como recurso personal en el estrés del cuidador, y carecemos de estudios longitudinales, a pesar de que se ha encontrado que proporciona un conjunto importante de recursos para hacer frente al estrés por parte de los cuidadores (Hebert, Weinstein, Martire, & Schulz, 2006; López, Romero-Moreno, Marquez-González & Losada, 2012). Hasta el momento, los aspectos de la religión y espiritualidad que se han analizado en investigaciones con cuidadores van desde la mera información descriptiva (por ejemplo, adscripción a una determinada religión: ser católico, judío, musulmán...) y elementos conductuales (por ejemplo, la frecuencia con la que se reza) a aspectos más internos y personales como las actitudes y creencias (por ejemplo, importancia personal de la religión/espiritualidad), el afrontamiento (por ejemplo, el uso de estrategias religiosas para hacer frente a las dificultades) o el bienestar religioso (por ejemplo, sensación de una conexión con un "poder" más alto). Si bien es cierto que la mayoría de las investigaciones en este campo recogen efectos beneficiosos de la religiosidad y espiritualidad (Leblanc et al., 2004), hay que reconocer que la religiosidad y la espiritualidad también pueden tener un efecto negativo sobre los cuidadores si generan sentimientos de culpa, autorreproche, vergüenza, baja autoestima, pensar que nada se puede hacer pues se está siendo castigado por Dios, escrúpulos obsesivos, etc.

Esta ausencia de estudios sobre la influencia de la religiosidad y espiritualidad puede deberse en parte a la desconfianza que históricamente existe hacia estos elementos por parte de grandes pensadores de la Psicología. Aunque Freud mismo afirme que "yo tengo perfecta consciencia de la manera en la que mi pensamiento, gracias a la religión, se ha desarrollado y enriquecido" (Domínguez-Morano, 2000, p. 128), lo cierto es que primordialmente en el texto freudiano, la religión aparece, por un lado, como equivalente de represión, y por otro, como fomento de lo ilusorio, de lo no real. En primer lugar, en cuanto fuerza represora, lo religioso sería un mecanismo mediante el cual un pensamiento o impulso que amenaza con ser demasiado fuerte o desagradable para nosotros es relegado al inconsciente (parte de nuestro mundo psíquico interno, donde los contenidos no pueden hacerse conscientes, incluso aunque tratemos de dirigir nuestra aten-



ción hacia ellos) y no deja que aflore a la consciencia (Ávila, 2003; Fizzoti & Salustri, 2007; Domínguez-Morano, 1992). Freud puede tener razón al calificar como neuróticas o ilusorias ciertas conductas religiosas, pero estas conductas no se corresponden con una experiencia auténtica y una práctica de la fe desde el equilibrio y la salud. La religión es mucho más que una moral que indica lo que se debe, y sobre todo lo que no se debe hacer (López & Rodríguez, 2008). Aunque muchos psicólogos no tienen en cuenta los elementos religiosos y espirituales de sus clientes, éstos son aspectos fundamentales del proceso terapéutico (Tix & Frazier, 1998).

Lo cierto es que en nuestro contexto sociocultural la mayoría de los cuidadores (83.6%) se consideran practicantes de alguna religión (López, Márquez-González, Romero-Moreno, & Losada, 2009). De hecho, en una muestra de 134 cuidadores de personas con demencia, cuando valoran su grado de fe de 0 a 10, presentan una valoración media de 5,8 (DT= 3,39). No obstante, al indicar la frecuencia de la práctica religiosa (0 "ausencia" - 4 "varias veces por semana"), la mayoría de ellos señala que no practicaba (37,3%) o que ésta era escasa (14,2%). Tan solo un 9% dice practicar mensualmente, un 21,6% semanalmente y un 17,9% varias veces por semana.

Con todo, la religiosidad/espiritualidad es ciertamente relevante para estos cuidadores a la hora de explicar los motivos por los que están cuidando al familiar con demencia, pues cuando se les pregunta la intensidad para cuidar a su familiar por motivos religiosos (CJCS, Dilworth-Anderson et al., 2005), la mayoría (63,4%) está algo o totalmente de acuerdo en que "cuida de su familiar debido a sus creencias religiosas y espirituales" y tan solo una cuarta parte (37,4%) está algo o totalmente en desacuerdo con esta afirmación.

Si bien es cierto que la importancia de la religiosidad o espiritualidad depende en gran parte de cómo se conciben, y estas concepciones pueden cambiar a lo largo de las distintas generaciones (Blazer, 2012), una investigación pionera en el estudio de la influencia de la religiosidad en el afrontamiento de situaciones estresantes en los cuidadores, revela que casi tres cuartas partes de los cuidadores (74%) consideran la oración como su principal estrategia de afrontamiento (Baines, 1984).

Una revisión reciente de estudios que analizan el papel de la religiosidad y la espiritualidad en el malestar de los cuidadores mostró que la mayoría de estos estudios informan de una ausencia de aso-



ciación entre estas variables y el malestar emocional o una asociación mixta (combinación de resultados positivos, negativos o no significativos) (Hebert et al., 2006). Es probable que la heterogeneidad de las medidas utilizadas para evaluar la religiosidad y la espiritualidad, y las diferentes variables dependientes o de resultado incluidas en los estudios, puedan explicar parcialmente la inconsistencia de los hallazgos de la investigación.

También parece necesario establecer una distinción clara entre los conceptos de religiosidad y espiritualidad, ya que hay una superposición significativa entre ambos términos. La religiosidad puede ser definida como la experiencia espiritual que cristaliza en una determinada religión formal (es decir, con unas creencias, prácticas y rituales) (Holland et al., 1998).

Si bien el concepto de religiosidad está generalmente bien acotado, no ocurre lo mismo con el concepto de espiritualidad. La espiritualidad es un concepto más abstracto y difícil de aprehender que el de religiosidad, que se refiere a la respuesta individualizada y personal a asuntos tales como el sentido de la vida, la muerte, la enfermedad y las preocupaciones existenciales (Holland et al., 1998). Es la búsqueda personal para comprender las cuestiones últimas sobre la vida, el significado y la relación con lo sagrado o trascendente. Se puede ver que comprende elementos de significado y conexión con un poder superior o algo más grande que uno mismo (Fetzer Institute/National Institute on Aging, 1999). Si la religiosidad es un proceso personal más externo, la espiritualidad es ciertamente un proceso más interior (Farran, Paun, & Elliott, 2003). Pongamos un ejemplo para tratar de aclarar esta distinción entre espiritualidad y religiosidad. En una persona que está rezando una oración durante la eucaristía (e.g. el Padre Nuestro), los aspectos de religiosidad de esta conducta incluyen el hecho de que la oración se transmite y se recita junto con un grupo de personas, mientras que los aspectos espirituales de esta conducta incluyen el sentido de transcendencia y recogimiento que el individuo puede experimentar mientras reza.

La depresión ha sido el trastorno psicopatológico más frecuentemente estudiado en su relación con la religiosidad, en parte por el solapamiento de cómo se expresan ambas realidades. Así, por ejemplo, la culpa asociada con la depresión se asocia frecuentemente con el conjunto de creencias religiosas y síntomas aparentemente depresivos (tales como la "noche oscura del alma") se asocian con experiencias religiosas (Blazer, 2012).

Aunque, en su investigación, Leblanc et al. (2004) no encontraron ninguna evidencia que sugiera que la religiosidad se relacione con el estrés o el malestar del cuidador, es necesario señalar que, en este estudio, el malestar del cuidador se midió mediante una escala de depresión y una medida de salud autopercibida de un único ítem. Por otra parte, sólo tres preguntas evaluaban las diferentes dimensiones de la religiosidad, como la percepción subjetiva de la religiosidad, la asistencia a los servicios religiosos y la frecuencia de la oración. Cuando un constructo complejo se mide con un solo elemento, es probable que los aspectos importantes del constructo no sean evaluados (Chang, Noonan, & Tennstedt, 1998; Hebert et al., 2006).

La influencia de la espiritualidad en el proceso de estrés del cuidador ha sido escasamente explorada. Una revisión de estudios que analizan el papel de la espiritualidad en el bienestar de los cuidadores, mostró que la mayoría de ellos (78%) han informado de la ausencia de asociación entre la espiritualidad y el bienestar (por ejemplo, depresión) o una asociación mixta (combinación de resultados positivos, negativos y no significativos) (Hebert et al., 2006).

Tal y como se ha señalado previamente, es probable que la heterogeneidad de las medidas utilizadas para evaluar la espiritualidad, explique en parte la inconsistencia de los hallazgos en este campo de investigación. A pesar de que la espiritualidad es un constructo multidimensional (Sentido, Perdón, Afrontamiento Espiritual, Historia Espiritual, Compromiso...) (Fetzer Institute/ National Institute on Aging, 1999), por lo general es operativizado con medidas generales, un hecho que puede contribuir al hallazgo de resultados "poco claros" (Hebert et al., 2006). Con el fin de evitar resultados ambiguos de investigación, es necesario ser específico acerca de la dimensión de la espiritualidad evaluada con los cuidadores.

## 2. IRA Y CUIDADORES

También ha sido infraanalizado el papel que la ira que tiene en el proceso de estrés del cuidador, aunque se ha resaltado como parte de los sentimientos que "normalmente" suelen surgir en el cuidado de personas con demencia (MacNeil et al., 2010; Vitaliano, Russo, & Niaura, 1995). De hecho, los investigadores han encontrado que los cuidadores de familiares con demencia están más irritados que los no cuidadores (Vitaliano et al., 1995), mostrando un 40% de los cuidadores de familiares con demencia estar irritados alguna o la mayoría



de las veces (Flaskerud, Carter, & Lee, 2000). Estos cuidadores se muestran irascibles por muy diversos motivos. Algunos de estos motivos tienen que ver con problemas de memoria o de conducta del familiar con demencia (e.g. que nunca muestre aprecio por lo que el cuidador hace y se queje continuamente), mientras que otros motivos tienen que ver con pensamientos que asaltan al propio cuidador cuando analiza su situación (e.g. preguntarse ¿por qué yo? en lugar de ¿por qué yo no?) (Farran et al., 2003).

Aunque la ira ha sido considerada generalmente como un efecto psicológico negativo del cuidado que no está relacionado con otros resultados observados normalmente en los cuidadores (e.g. depresión, ansiedad), algunos estudios han encontrado una asociación significativa entre la ira y las puntuaciones en los síntomas depresivos, lo que sugiere que los cuidadores altamente irritados pueden estar en mayor riesgo de padecer problemas emocionales (Flaskerud & Lee, 2001). Aun cuando se considera que los efectos desadaptativos de ira desempeñan un papel importante en la etiología de la depresión en los adultos (Pasquini, Picardi, Biondi, Gaetano, & Morosini, 2004; Spielberg, Ritterband, Sydeman, Reheiser, & Unger, 1995), la relación entre la ira y la depresión de los cuidadores rara vez ha sido el foco de investigación.

Ha habido todavía menos estudios que se hayan centrado en analizar el papel que la religión y la espiritualidad puede jugar en la ira de los cuidadores. Algunos informes sugieren que el tipo de religión profesada no está asociada con la ira experimentada por cuidadores de familiares con SIDA, cáncer o demencia (Flaskerud et al., 2000). Sin embargo, se ha encontrado que los cuidadores de personas con cáncer que asisten a la iglesia presentan menores puntuaciones de ira (Taylor, Baird, Malone, & McCorkle 1993).

Los cuidadores se dan cuenta progresivamente de que el cuidado está plagado de incertidumbre, pocas soluciones y cierta ilusión de control. La espiritualidad y religiosidad parece que ayudan a los familiares irascibles a encontrar sentido y propósito en la adversidad, un asidero para la identidad y un fundamento para afrontar el cambio, la pérdida, la incertidumbre y la imposibilidad de controlar todo. Espiritualidad y religiosidad ofrecen coherencia, perdón, absolución y animan a dar gracias por lo que todavía se tiene en lugar de las insuperables carencias, trascendiendo las circunstancias más difíciles. También pueden ofrecer al cuidador una interpretación para su sufrimiento, esperanza de reconciliación, sentido de reciprocidad y permiso

para ser imperfecto. Fortalecen los sentimientos de recursos internos y la conexión con otras personas (Gwyther, 2006).

Cuando los distintos estudios se han preguntado por qué es útil un afrontamiento religioso de los problemas para reducir el malestar de las personas (en el cual la ira es un elemento generalmente presente), se han encontrado tres respuestas: porque el marco de creencias religiosas facilita la reinterpretación de los sucesos con sentido, porque otorga una sensación de control sobre los problemas, o porque se recibe apoyo social de la comunidad religiosa de cada cual (Tix & Frazier, 1998). En nuestra opinión, las dos primeras respuestas tienen que ver con la valoración de la situación como controlable de alguna manera y, por tanto, se podría decir que hay dos maneras en las que la religiosidad o espiritualidad influyen en el control de la ira: modificando la valoración de la situación o de los recursos personales por un lado, y ampliando el apoyo social recibido por otro.

La participación en una comunidad religiosa a menudo proporciona a las personas un sentido de pertenencia con otros miembros de la comunidad y asegura un alto nivel de apoyo social de los individuos que comparten prácticas y rituales similares (Gwyther, 2006; Leblanc et al., 2004). Como el apoyo social es un factor crucial en la adaptación positiva a las situaciones de estrés (Varona, Saito, Takahashi, & Kai, 2007), la religiosidad podría estar relacionada con menores niveles de ira, ya que podría proporcionar a los cuidadores un mayor acceso al apoyo social.

En cuanto a la espiritualidad, las creencias existenciales han sido durante mucho tiempo consideradas como uno de los muchos factores personales que pueden contribuir a que existan diferencias individuales en la valoración de estrés (Lazarus & Folkman, 1984). Estas creencias brindan a las personas respuestas a las preguntas del sufrimiento, la muerte y la existencia, lo que puede facilitar la reestructuración del significado de los acontecimientos negativos, que a su vez puede contribuir a la disminución de la ira (Hebert et al, 2006; Tix & Frazier, 1998). Incluso cuando hay evidencia que muestra que la espiritualidad se asocia con menores niveles de angustia en las personas que enfrentan enfermedades crónicas (e.g., Laubmeier, Zakowski, & Bair, 2004), esta hipótesis no ha sido comprobada con los cuidadores de familiares con demencia.

En un estudio realizado por los autores de este artículo (Márquez-González, López, Romero-Moreno & Losada, 2012), se plan-

teó analizar las relaciones entre la ira y la depresión de los cuidadores y (a) una variable de religiosidad, a la que se puede denominar el apoyo social de la comunidad religiosa, y (b) una variable la espiritualidad, a la que se puede denominar el significado espiritual o atribuciones filosóficas/ religiosas/ espirituales asociadas con la experiencia de cuidado (Farran, Miller, Kaufman, Donner, & Fogg, 1999).

El significado espiritual o sentido último es una dimensión espiritual específica relacionada con la perspectiva existencialista. El significado espiritual en el contexto de los cuidados se refiere a las atribuciones espirituales asociadas con la experiencia de cuidado (Farran et al., 1999). El significado espiritual o sentido último se refiere a los cuidadores que experimentan un sentido de propósito gracias a sus creencias en un poder espiritual. Un elemento central de la espiritualidad es la provisión de sentido último. La espiritualidad permite a las personas dar sentido a los acontecimientos y experiencias terrenas por su vinculación a un sentido más amplio (Farran et al., 1999; Quinn, Clare, & Woods, 2010).

En el estudio de Márquez-González et al. (2012) se evaluaron 128 cuidadores. Para poder participar en el estudio, los cuidadores tenían que autodescribirse como la fuente principal de ayuda para su familiar y estar más de tres meses cuidando y dedicando al menos una hora al día a la atención.

El Significado Espiritual se midió a través de la subescala Sentido Último del Inventario de Actitudes hacia Cuidado (Farran et al., 1999). Esta escala se compone de cinco elementos ("El Señor no te dará más de lo que puedas manejar", "Creo en el poder de la oración: sin ella no podría hacer esto", "Yo creo que el Señor proveerá", "Tengo fe en que el buen Dios tiene razones para esto", "Dios es bueno"), con respuestas que van desde 0 ("muy en desacuerdo") a 4 ("muy de acuerdo"). Se encontró una buena consistencia interna de esta escala (alfa de Cronbach = 0,92).

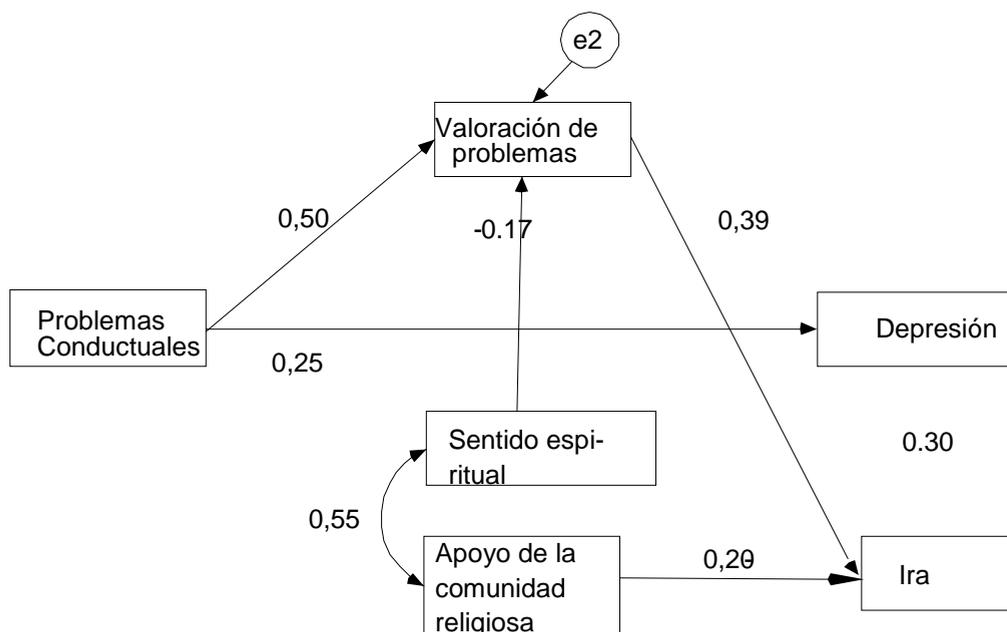
El Apoyo obtenido de la Comunidad Religiosa se midió a través de la sub-escala de Apoyo Social del Inventario de los Sistemas de Creencias (Holland et al., 1998). Los cuidadores calificaron su acuerdo con el contenido del ítem (por ejemplo, "Me gusta asistir a las celebraciones religiosas de mi grupo religioso o espiritual" o "Busco gente en mi comunidad religiosa o espiritual cuando necesito ayuda ") en una escala tipo Likert de 4 puntos - que va de 0 ("muy en desacuerdo" o "nada de tiempo") a 3 ("muy de acuerdo" o "todo el tiempo").



Se evaluó la presencia de una red de apoyo o de acciones de apoyo, las actitudes y el clima emocional proporcionado por la comunidad religiosa o espiritual de un individuo. Se encontró una buena consistencia interna de esta escala (alfa de Cronbach = 0,91).

La frecuencia y valoración de los problemas conductuales fue evaluada con la Escala Revisada de Problemas conductuales y de memoria (Teri et al., 1992). La subescala Ira Estado del Inventario de Ira Estado-Rasgo de Expresión (Spielberger, 1988) se utilizó para medir la percepción de nivel de ira. La depresión se evaluó a través de la escala CES-D (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, Radloff, 1977). Todas estas escalas demostraron buenas propiedades psicométricas.

Basándose en el modelo de proceso de estrés de cuidadores de familiares con demencia, se llevó a cabo un "análisis de senderos" (path analysis). Siguiendo la estrategia de generación de modelo (Jöreskog, 1993), sólo las asociaciones significativas entre las variables se incluyeron en el modelo final (Figura 1).



La Figura 1 muestra el modelo encontrado

La asociación entre la valoración de problemas y la depresión no fue significativa. El efecto indirecto de la valoración sobre la depresión a través de la ira fue significativa (Sobel test= 2,94;  $p < 0,01$ ), lo que sugiere un papel de mediador de la ira en esta relación.

Un patrón similar de resultados se encontró en la asociación entre el sentido espiritual y la ira. La asociación no fue significativa pero el test de Sobel sugería que los efectos del sentido espiritual sobre la ira estaba mediada por la valoración de los problemas (Sobel test= -2,08,  $p < 0,01$ ) y el apoyo de la comunidad religiosa (Sobel prueba = -2,24,  $p < 0,01$ ).

Los índices de ajuste del modelo probado sugieren un muy buen ajuste del modelo a los datos. En concreto, se encontró un valor  $\chi^2$  de 6,04 (gl= 8,  $p = 0,64$ ).

Este estudio proporcionó nuevos datos sobre la relación entre religiosidad, la espiritualidad y el malestar de los cuidadores, aportando pruebas en apoyo de la asociación entre estas variables y las consecuencias de los cuidados. Este estudio encontró una relación negativa entre el apoyo de la comunidad religiosa y la ira. Resultados similares se han encontrado en cuanto al apoyo de la comunidad religiosa que, en consonancia con los resultados anteriores (Taylor et al., 1993), también presentaba una relación significativa con la ira. Las variables religiosidad y espiritualidad estaban significativamente correlacionadas entre sí, lo que sugiere que los elementos intrínsecos o relacionados con la fe (significado espiritual), y los extrínsecos o más pragmáticos (el apoyo social de la comunidad religiosa) son aspectos íntimamente relacionados, y que en su conjunto (las dos a la vez) parecen estar relacionados con el estado emocional de los cuidadores.

Tanto el significado espiritual como el apoyo de la comunidad religiosa desempeñaban un rol importante en los niveles de depresión y de ira de los cuidadores aunque de maneras diferentes.

El apoyo social de la comunidad estaba directamente relacionado con la ira, lo que sugiere que este tipo especial de apoyo social podría funcionar como un factor de amortiguación, proporcionando una forma de paliar o aliviar los sentimientos de ira en los cuidadores. Este efecto de amortiguación no ha sido, sin embargo, probado en el estudio reseñado, y debe ser analizado en futuros estudios.

Con respecto al significado espiritual, su asociación con la ira es más distante, y parecía estar mediada por valoraciones de los cuida-

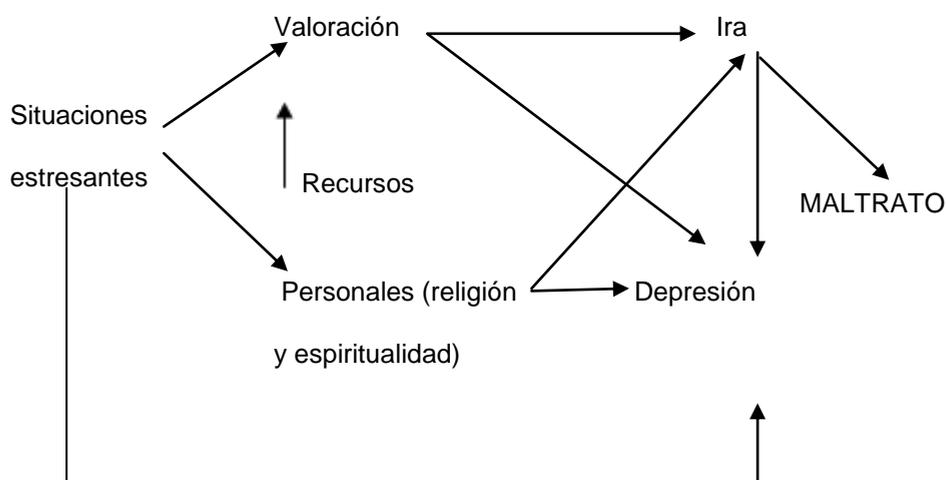
dores de los problemas de comportamiento del familiar con demencia. Este hecho sugiere que las creencias espirituales pueden ayudar a los cuidadores a encontrar sentido en las experiencias del cuidado, y así ayudarles a valorar los comportamientos problemáticos de la persona cuidada como menos estresantes.

Así pues, en consonancia con otros estudios, la espiritualidad y religiosidad pueden tener una influencia tanto directa como indirecta sobre los efectos del estrés de los cuidadores (Chang et al., 1998; Hebert et al., 2006). Se ha mostrado también relevante tener en cuenta la naturaleza multidimensional de la religiosidad y espiritualidad. En el presente estudio se han tenido en cuenta dos dimensiones posibles (apoyo social y significado), pero el Instituto Nacional de Envejecimiento de los Estados Unidos reconoce hasta 12 dimensiones de religiosidad y espiritualidad relacionadas con el bienestar (Fetzer Institute/National Institute on Aging, 1999).

En resumen, este estudio apoyaba la hipótesis de que la religiosidad y la espiritualidad pueden estar relacionadas con la ira, ya que proporcionan, respectivamente, más apoyo social y capacidad de encontrar sentido en experiencias estresantes del cuidado (Hebert et al., 2006; Tix & Frazier, 1998).

### **3. IRA, RELIGIOSIDAD / ESPIRITUALIDAD Y MALTRATO EN CUIDADORES**

A partir de los resultados expuestos se puede hipotetizar, tal como se recoge en la figura 2, que la espiritualidad y la religiosidad pueden ser factores protectores del maltrato, pues si disminuyen los niveles de ira, están disminuyendo la probabilidad del maltrato (Marrriott, 1997).



La **Figura 2** muestra un modelo adaptado a partir de los modelos propuestos por Leblanc et al. (2004), MacNeil et al. (2010) y Pearlin et al. (1990). En este modelo, la religión, la espiritualidad y la ira se incluyen, junto con las variables generalmente más estudiadas en cuidadores, a saber, las situaciones estresantes (problemas de conducta), la valoración y la depresión, como elementos importantes del proceso de estrés de cuidado.

Las personas irritadas están frecuentemente más frustradas y su frustración proviene de cómo y cuándo se proporciona el cuidado. Así por ejemplo, cuidadores irritados pueden gritar con mayor facilidad al mayor, tener unos movimientos más toscos con el mayor, e incluso tener una mayor propensión a abusar físicamente del mayor, en función de su propensión a la agresión y de su habilidad para manejar sus emociones más intensas (MacNeil et al., 2010). La ira es un estado emocional que puede dar pie a la agresión, es decir, a actos físicos o verbales de violencia. De hecho, la ira rasgo ha sido relacionada con la presencia de agresiones tanto en familiares cuidadores como en profesionales (Adelman, Siddiqui & Foldi, 1998; Gates, Fitzwater & Succop, 2003).

De hecho, un estudio llevado a cabo en nuestro contexto socio-cultural con cuidadores de personas con demencia (Pérez Rojo, Izal, Montorio, & Nuevo, 2008) permite señalar que el riesgo de maltrato está influido por la combinación de factores de diferente naturaleza, aunque con un mayor peso los procedentes del cuidador. En este



sentido, los resultados indicaron que el riesgo de maltrato aumentaba cuando existía mayor expresión de la ira por parte de los cuidadores.

Existe un reconocimiento cada vez mayor de que el maltrato al mayor es un problema que, en numerosas ocasiones, permanece oculto (Bradley 1996; Mellor & Brownell, 2006). Si los profesionales de la salud tuviesen contacto regular con los cuidadores, estarían en condiciones de dar al cuidador la oportunidad de manejar sus dificultades en el cuidado.

La investigación respecto de los tratamientos que reducen el malestar emocional en personas que abusan o pueden abusar de las personas mayores, está todavía en sus inicios, existiendo pocas intervenciones centradas en estos aspectos. A través de intervenciones de manejo de la ira se podría reducir el malestar emocional de los perpetradores de abuso a los mayores (Coon, Thompson, Steffen, Sorocco, & Gallagher-Thompson, 2003; Gallagher-Thompson & DeVries, 1994) y de esta manera reducir el riesgo de maltrato (Reay & Browne, 2002). Los profesionales de la salud que trabajan con cuidadores de personas con demencia se beneficiarían de la evaluación del rol que juega la espiritualidad y religiosidad, así como de la inclusión de estos elementos en las intervenciones que se lleven a cabo. Cuando se acompaña a los cuidadores de personas con demencia en muchas ocasiones surgen temas de conversación relacionados con la religiosidad y espiritualidad. Algunos de estos temas surgen desde la ira de los cuidadores hacia ellos mismos, hacia las instituciones religiosas, hacia el mundo en general, hacia Dios... Otras veces surgen como un recurso, motivo para cuidar o fortaleza de los cuidadores. Lo cierto es que, en muchas ocasiones, pese a su relevancia, estos temas no son abordados en terapia pues se considera que son de la incumbencia de otro tipo de profesionales. La extensión en la que el terapeuta decida abordar temas religiosos y espirituales del paciente dependerá de su voluntad para hacerlo, de su conocimiento de estos temas y de la habilidad para manejarlos de una manera respetuosa sin forzar las actitudes o creencias de los pacientes. La búsqueda de sentido religioso es asunto profundamente personal, completamente vinculado a la libre voluntad de cada individuo (Koenig, 1990). Que los psicólogos tengan en cuenta la religiosidad y espiritualidad de los cuidadores de personas mayores con demencia es, sin ninguna duda, un reto y un camino de futuro para la investigación e intervención en este ámbito.

Asimismo, cada vez son más los estudios centrados en los aspectos positivos experimentados por los cuidadores (Farran et al., 2003;

López, López-Arrieta & Crespo, 2005) y quizá sea una futura línea de investigación la del estudio de la relación de la espiritualidad y religiosidad con el buen trato dispensado a los familiares con demencia por parte de sus cuidadores.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- ADELMAN, R., SIDDIQUI, H. & FOLDI, N. (1998). Approaches to diagnosis and treatment of elder abuse and neglect. En M. HERSEN & V.B. VAN HASSELT (Eds.), *Handbook of Clinical Geropsychology* (pp. 27-41). Nueva York: Plenum Publishing Company.
- ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL (2009). *World Alzheimer Report 2009*. Londres: Alzheimer's Disease International.
- ANESHENSEL, C. S., PEARLIN, L. I., MULLAN, J. T., ZARIT, S. H., & WHITLATCH, C. J. (1995). *Profiles in caregiving. The unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- ÁVILA, A. (2003). *Para conocer la psicología de la religión*. Estella: Verbo Divino.
- BAINES, E. (1984). Caregiver stress in the older adult. *Journal of Community Health Nursing*, 1, 257-263.
- BLAZER, D. (2012). Religion/spirituality and depression: what can we learn from empirical studies? *The American Journal of Psychiatry*, 169, 10-22.
- BRADLEY, M. (1996). Caring for Older People: Elder abuse. *British Medical Journal*, 313, 548-550.
- CHANG, B. H., NOONAN, A. E., & TENNSTEDT, S. L. (1998). Role of religion/spirituality in coping with caregiving for disabled elders. *Gerontologist*, 38, 463-470.
- COON, D. W., THOMPSON, L., STEFFEN, A., SOROCCO, K., & GALLAGHER-THOMPSON, D. (2003). Anger and depression management: psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *Gerontologist*, 43, 678-689.



- COOPER, C., BALAMURALI, T.B., & LIVINGSTON, G. (2007). A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 19, 175-195.
- CRESPO, M., & LÓPEZ, J. (2005). Estrés y estado emocional en cuidadores de familiares mayores con y sin demencia. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 40, 55-61.
- DILWORTH-ANDERSON, P., BRUMMENTT, B.H., GOODWIN, P., WALLACE-WILLIAMS, S., WILLIAMS, R.B. & SIEGLER, I.C. (2005). Effect of Race on Cultural Justifications for Caregiving. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60, 257-262.
- DOMÍNGUEZ-MORANO, C. (1992). *Crear después de Freud*. Madrid: Paulinas.
- DOMÍNGUEZ-MORANO, C. (2000). *Psicoanálisis y Religión: dialogo interminable. Sigmund Freud y Oskar Pfister*. Madrid: Trotta.
- 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.
- FARRAN, C. J., PAUN, O., & ELLIOTT, M. H. (2003). Spirituality in multicultural caregivers of persons with dementia. *Dementia*, 2, 353-377.
- FETZER INSTITUTE, National Institute on Aging Working Group (1999). *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research*. Kalamazoo: Fetzer Institute Publications.
- FIZZOTI, E. & SALUSTRI, M. (2007). *Psicología de la religión. Con antología de textos fundamentales*. Barcelona: Claret.
- FLASKERUD, J. H., CARTER, P. A., & LEE, P. (2000). Distressing emotions in female caregivers of people with AIDS, age-related dementias, and advanced-stage cancers. *Perspectives in Psychiatric Care*, 36, 121-130.

- FLASKERUD, J. H., & LEE, P. (2001). Vulnerability to health problems in female informal caregivers of persons with HIV/AIDS and age-related dementias. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 60-68.
- GALLAGHER-THOMPSON, D., & DE VRIES, H. M. (1994). "Coping with frustration" classes: Development and preliminary outcomes with women who care for relatives with dementia. *Gerontologist*, 34, 548-552.
- GATES, D., FITZWATER, E., & SUCCOP, P. (2003). Relationship of stressors, strain and anger to caregiver assault. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 775-793.
- GWYTHER, L. P. (2006). Spirituality and caring for older family member. *Southern Medical Journal*, 10, 1180-1181.
- HEBERT, R. S., WEINSTEIN, E., MARTIRE, L. M., & SCHULZ, R. (2006). Religion, spirituality and the well-being of informal caregivers: a review, critique, and research prospectus. *Aging & Mental Health*, 10, 497-520.
- HODGE, D.R., & SUN, F. (2012). Positive feelings of caregiving among Latino Alzheimer's family caregivers: Understanding the role of spirituality. *Aging & Mental Health*, 16, 689-698.
- HOLLAND, J. C., KASH, K. M., PASSIK, S., GRONERT, M. K., SISON, A., LEDERBERG, M., FOX, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology*, 7, 460-469.
- JÖRESKOG, K. G., 1993. Testing structural equation models. En K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 294-316). Newbury Park: Sage.
- KOENIG, H.G. (1990). Research on religion and mental health in later life: A review and commentary. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 23-53.
- LAUBMEIER, K. K., ZAKOWSKI, S. A., & BAIR, J. P. (2004). The Role of Spirituality in the Psychological Adjustment to Cancer: A Test of the Transactional Model of Stress and Coping. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11, 48-55.

- LAWTON, M. P., MOOS, M., KLEBAN, M. H., GLICKSMAN, A., & RO-VINE, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, P181-P189.
- LAZARUS, R. S., & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- LEBLANC, A. J., DRISCOLL, A. K., & PEARLIN, L. I. (2004). Religiosity and the expansion of caregiver stress. *Aging & Mental Health*, 8, 410-421.
- LÓPEZ, J., LÓPEZ-ARRIETA, J. & CRESPO, M. (2005). Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 81-94.
- LÓPEZ, J., MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M., ROMERO-MORENO, R. & LOSADA, A. (2009). Espiritualidad/religiosidad de los cuidadores de personas con demencia y problemas emocionales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44, 114.
- LÓPEZ, J. & RODRÍGUEZ, M.I. (2008). Una respuesta a la crítica de Freud a las religiones. *ITER*, 47, 59-78.
- LÓPEZ, J., ROMERO-MORENO, R., MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M., & LOSADA, A. (2012). Spirituality and Self-Efficacy in Dementia Family Caregiving: Trust in God and in Yourself. *International Psychogeriatrics*, 24, 1943-1952.
- MACNEIL, G., KOSBERG, J. I., DURKIN, D. W., DOOLEY, W. K., DECOSTER, J., & WILLIAMSON, G. M. (2010). Caregiver Mental Health and Potentially Harmful Caregiving Behavior: The Central Role of Caregiver Anger. *Gerontologist*, 50, 76-86.
- MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, M., LÓPEZ, J., ROMERO-MORENO, R & LOSADA, A. (2012). Anger, spiritual meaning and support from the religious community in dementia caregiving. *Journal of Religion & Health*, 51, 179-186.
- MARRIOTT, A. (1997). The psychology of elder abuse and neglect. En P. Decalmer & F. Glendenning (Eds). *The mistreatment of el-*

*derly people* (pp. 129-140). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

MELLOR, M. J., & BROWNELL, P. J. (2006). *Elder abuse and mistreatment: policy, practice, and research*. New York: Haworth Press.

PASQUINI, M., PICARDI, A., BIONDI, M., GAETANO, P., & MOROSINI, P. (2004). Relevance of anger and irritability in outpatients with major depressive disorder. *Psychopathology, 37*, 155-160.

PEARLIN, L. I., MULLAN, J. T., SEMPLE, S. J., & SKAFF, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist, 30*, 583-594.

PÉREZ ROJO, G., IZAL, M., MONTORIO, I. & NUEVO, R. (2008). Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 8*, 105-117.

PINQUART, M., & SÖRENSEN, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging, 18*, 250-267.

QUINN, C., CLARE, L. & WOODS, RT (2010). The impact of motivations and meanings on the wellbeing of caregivers of people with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics, 22*, 43-55.

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.

REAY, A.M.C. & BROWNE, K.D. (2002). The effectiveness of psychological interventions with individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Journal of Interpersonal Violence, 17*, 416-431.

SPIELBERGER, C. D., (1988). *State-trait anger expression inventory*. Research edition. Psychological Assessment Resources, Odessa.

- SPIELBERGER, C. D., RITTERBAND, L., SYDEMAN, S., REHEISER, E., & UNGER, K., (1995). Assessment of emotional states and personality traits: Psychological vital signs, En J. N. BUTENER (Ed.), *Clinical Personality Assessment: Practical Approach* (pp. 42-58). New York: Oxford University Press.
- TAYLOR, E. J., BAIRD, S. B., MALONE, D., & MCCORKLE, R. (1993). Factors associated with anger in cancer patients and their caregivers. *Cancer Practice*, 1, 101-109.
- TERI, L., TRUAX, P., LOGSDON, R., UOMOTO, J., & ZARIT, S. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *Psychology and Aging*, 7, 622-633.
- TIX, A. P., & FRAZIER, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 411-422.
- VARONA, R., SAITO, T., TAKAHASHI, M., & KAI, I. (2007). Caregiving in the Philippines: A quantitative survey on adult-child caregivers' perceptions of burden, stressors, and social support. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45, 27-41.
- VITALIANO, P., RUSSO, J., & NIAURA, R. (1995). Plasma lipids and their relationships with psychosocial factors in older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50, 18-24.