

# Personalidad resistente, estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras familiares de pacientes con cáncer terminal

## *Hardy personality, perceived stress and psychological well-being in family caregivers of terminal cancer patients*

Viviana Matus Donoso y Enrique Barra Almagiá<sup>1</sup>

### RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue examinar la relación entre personalidad resistente, estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras familiares de pacientes con cáncer. Las participantes fueron cien mujeres de entre 27 y 68 años de una comunidad chilena. Los resultados mostraron relaciones positivas entre bienestar psicológico y personalidad resistente, así como relaciones negativas entre el estrés percibido y el bienestar psicológico y la personalidad resistente. También se encontró que los componentes de compromiso y desafío de la personalidad resistente mostraron mayores relaciones con el bienestar psicológico y con el estrés percibido que el componente de control.

**Palabras clave:** Cuidadoras; Bienestar psicológico; Personalidad resistente; Estrés.

### ABSTRACT

*This study examined the relationships between hardy personality, perceived stress and psychological well-being in family caregivers of terminal cancer patients. Participants were 100 women, 27 to 68 years old, from Talcahuano (Chile). Results showed positive relationships between psychological well-being and hardy personality and negative relationships of perceived stress with both psychological well-being and hardy personality. Results also revealed that the commitment and challenge components of hardy personality had higher associations both with psychological well-being and perceived stress than the control participants.*

**Key words:** Caregivers; Psychological well-being; Resilient personality; Stress.

Los pacientes que han sido sometidos a tratamientos para el cáncer sin resultados favorables requieren continuar con la atención médica destinada a favorecer su sobrevivencia. Para ello, se han diseñado programas de cuidados paliativos y alivio del dolor que tienen como objetivo principal mejorar la calidad de vida de los pacientes que se encuentran en la fase terminal de su enfermedad, así como la de sus familias (Espinoza y Sanhueza, 2007; Undurraga, González y Calderón, 2006).

De acuerdo con Undurraga y cols. (2006), los modelos de intervención en cuidados paliativos y alivio del dolor deberían adaptarse a la disponibilidad de los centros de salud en términos de infraestructura y recursos humanos, así como también a los medios y características de cada paciente y de su familia; sin em-

---

<sup>1</sup> Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Casilla 160-C, Concepción, Chile, tel. (56)412-20-39-58, correos electrónicos: vivianamatus@udec.cl y ebarra@udec.cl. Artículo recibido el 4 de diciembre de 2012 y aceptado el 1 de febrero de 2013.

bargo, ha habido un gran desconocimiento del impacto que tiene esta enfermedad en el entorno familiar cercano (Espinoza y Sanhueza, 2007; García, Spröhnle y Sapag, 2008).

Considerando la sobrecarga y el desgaste personal que puede entrañar el cuidado de un enfermo terminal, parece relevante examinar la relación entre algunos factores individuales y el mayor o menor bienestar personal que experimentan los cuidadores sometidos a las variadas demandas en su labor. Por ende, en el presente estudio se analizaron específicamente la relación entre el nivel de bienestar psicológico de cuidadoras de enfermos terminales, los componentes que configuran la llamada “personalidad resistente” y el nivel de estrés percibido.

### El cuidador principal

Aunque toda la familia se ve afectada por una enfermedad terminal, en la mayoría de los casos es solamente un individuo –generalmente un integrante de la familia– quien asume el cuidado principal del enfermo. Se denomina “cuidador principal informal” a la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día y sin recibir retribución económica por ello (López y cols., 2009). La gran mayoría del cuidado no institucionalizado lo llevan a cabo los miembros de la familia, en especial las mujeres (esposas e hijas) (Flores, Rivas y Seguel, 2012; Larrañaga y cols., 2008).

Habitualmente, se ha analizado el cuidado informal desde la perspectiva de los efectos personales negativos asociados al hecho de proporcionar cuidados a un familiar (Larrañaga y cols., 2008; Vinaccia y cols., 2005). Tales efectos negativos pueden ser provocadas directamente por las labores propias del cuidado, pero también porque los cuidadores dejan de preocuparse de ellos mismos, lo que provoca una disminución en la adherencia a los tratamientos médicos y estilos de vida poco saludables (Flores y cols., 2012). Un estudio realizado por Tsai y Jirovec (2005) muestra que factores tales como las horas de atención, la edad y el sexo se relacionan al deterioro en la salud del cuidador. Asimismo, se ha encontrado que el estrés que vive el cuidador depende más de

variables propias (recursos personales de afrontamiento) o ambientales (apoyo social, relación con la persona que se cuida), que de las características propias de la enfermedad que padece el familiar (Montgomery y Williams, 2001); sin embargo, también se ha visto que algunos cuidadores pueden incluso encontrar beneficios en las labores de cuidado (Haley, 2003; Morano, 2003), así como un mayor crecimiento personal (Fernández y Crespo, 2011).

### Personalidad resistente

El constructo de *personalidad resistente* fue formulado originalmente por Kobasa, Maddi y Puccett (1982) para señalar que hay ciertas características de los individuos que hacen que las experiencias estresantes tengan un menor efecto negativo en ellos. Dicho patrón está conformado por tres elementos: compromiso, control y desafío. El compromiso implica la tendencia a involucrarse en las diversas actividades –incluido el trabajo–, las relaciones sociales y las instituciones. La característica de control se refiere a la tendencia a pensar y actuar con la convicción de la influencia personal que se tiene en el curso de los acontecimientos. El desafío, por último, tiene que ver con la capacidad para entender el cambio como una oportunidad y un incentivo para el crecimiento personal.

Tener una personalidad resistente permite que se perciba el estímulo como menos amenazante; conlleva mejores estilos de afrontamiento; mejora indirectamente las estrategias de afrontamiento al buscarse un mayor apoyo social; implica hábitos de vida más saludables, y ejerce efectos fisiológicos positivos que disminuyen la reactividad psicofisiológica ante el estrés (Delahaij, Gaillard y Van Dam, 2010; Hernández, Ehrenzweig y Navarro, 2009; Peñacoba y Moreno, 1998). Las personas con personalidad resistente son menos propensas a padecer enfermedades físicas, más optimistas, menos estresadas, con una mayor variedad de estrategias de afrontamiento y menos desgastadas profesionalmente (Latorre, 2008; Moreno, Garrosa, Corso, Boada y Rodríguez, 2012; Moreno, Morett, Rodríguez y Morante, 2006).

Se ha visto que las mujeres con altos niveles de personalidad resistente se preocupan más

por la salud de los otros —especialmente sus familiares— que por la propia, lo que se relaciona con el hecho de que por lo general el cuidado ha estado a cargo justamente de las mujeres (Hernández, 2009; Molina y Meléndez, 2006). Lo anterior coincide con estudios hechos a cuidadoras de pacientes terminales (Larrañaga y cols., 2008; Vinaccia y cols., 2005), en los que se ha observado que aquellas tienden a involucrarse con un alto nivel de compromiso en las labores del cuidado, asumiendo cabalmente la responsabilidad por el bienestar del familiar enfermo.

### Estrés percibido

El modelo transaccional de estrés planteado por Lazarus y Folkman (1986) establece que la valoración de un suceso como estresante es el resultado de la interacción entre el individuo y el ambiente (cf. Barra, 2003). El estrés percibido corresponde al grado en que las situaciones de la vida se perciben como impredecibles e incontrolables, y por tanto se valoran como estresantes (Remor, 2006).

El estrés percibido ha sido una variable que se ha estudiado extensamente en relación con diversos aspectos relacionados con la salud y el bienestar; entre ellos, la ansiedad y la depresión (Spada, Nikcevic, Moneta y Wells, 2008), la adherencia al tratamiento (Álvarez y Barra, 2010) y el *burnout* en amas de casa (Moral, González y Landero, 2011). En cuanto al rol de cuidador, Skok, Harvey y Reddihough (2006) informaron que la gravedad de la enfermedad del hijo no se relaciona significativamente con el bienestar de la madre; en cambio, el estrés y el apoyo social percibidos predecían adecuadamente dicho bienestar. Por su parte, Wilks y Croom (2008) encontraron que el estrés percibido influía negativamente en la resiliencia que mostraban los cuidadores de pacientes con Alzheimer. De forma similar, Malinauskas (2010) halló que el estrés tuvo un efecto desfavorable en el ajuste psicológico de atletas universitarios que sufrían lesiones de diversos grados de gravedad.

### Bienestar psicológico

En el modelo de Ryff (Ryff y Singer, 2008), el concepto de *bienestar psicológico* está directamente relacionado con el desarrollo del potencial del individuo y sus capacidades, así como de su crecimiento personal. Este constructo es, pues, un indicador de funcionamiento psicológico positivo del individuo e incluye seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (Díaz y cols., 2006).

Varios estudios han apoyado la noción del bienestar psicológico como un concepto multidimensional, relacionando dicho bienestar psicológico con variables tales como edad, sexo, nivel socioeconómico y hasta ciertos indicadores biológicos (Ryff y Singer, 2008). Se ha encontrado que las personas casadas manifiestan un mayor bienestar psicológico que las solteras (Molina y Meléndez, 2006), y que los cuidadores de pacientes terminales que asumen este rol como una forma de encontrar sentido a su vida y enriquecerse como personas muestran mayores niveles de bienestar psicológico (Vinaccia y cols., 2005).

En consecuencia, el presente estudio tuvo como propósito analizar la relación que existe entre personalidad resistente, estrés percibido y bienestar psicológico en cuidadoras informales de pacientes terminales, con el fin de contribuir a aumentar el nivel de conocimientos que hay actualmente sobre la forma en que se relacionan estas variables en una población específica.

## MÉTODO

### Participantes

La población escogida para el estudio fueron las cuidadoras principales de pacientes con cáncer en fase terminal<sup>2</sup> atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor (UCPyAD) del Hospital Las Higueras de Talcahuano (Chile). Se logró la participación de cien cuidadoras, con edades de entre 27 y 68 años y un promedio de 48.4. De la muestra, 33% tenía educación media y 42%

<sup>2</sup> Todos los pacientes ya habían pasado por tratamientos curativos.

educación superior (11% incompleta y 31% completa). La mitad de las participantes realizaba algún tipo de trabajo remunerado. La mayoría de las participantes (63%) vivía en pareja (ya fuese como casada o conviviente), 26% eran solteras y 11% de las mujeres eran viudas o estaban separadas. En cuanto a la relación de parentesco con el paciente cuidado, 46% de las cuidadoras principales eran hijas, 15% esposas y 14% hermanas. La mayoría de las cuidadoras (68%) contaba con la colaboración de personas que podían remplazarlas en el cuidado del enfermo. En relación al inicio de la tarea de cuidado informal e ingreso a la UCPyAD, se observó que la gran mayoría de los pacientes había enfermado más de seis meses atrás (71%) y que 64% había sido derivado a la unidad hacía más de tres meses.

### Instrumentos

En este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

*Cuestionario de Personalidad Resistente* (Moreno y cols., 2006). Es este un instrumento constituido por 21 ítems, con formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos. Se puede obtener un puntaje global de personalidad resistente y un puntaje en cada una de las dimensiones (compromiso, control y desafío). En la presente investigación, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.79, 0.79 y 0.83 en las mencionadas dimensiones, respectivamente.

*Escala de Estrés Percibido* (Remor, 2006). Esta escala de autorreporte evalúa el nivel de dicho constructo durante el último mes. Consta de

catorce ítems tipo Likert con cinco alternativas de respuesta. En este estudio, se obtuvo un coeficiente alfa de .83.

*Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff* (Díaz y cols., 2006). Se utilizó la adaptación española, que cuenta con un total de seis escalas y 39 ítems que se responden utilizando un formato de respuesta tipo Likert de seis puntos. Se puede obtener un puntaje global de bienestar psicológico, y también en cada una de las seis dimensiones. En el presente estudio cuatro de las escalas mostraron coeficientes alfa adecuados, que variaron entre .75 (Propósito en la vida) y .70 (Autoaceptación). En cambio, se observaron confiabilidades bajas en las dimensiones de Crecimiento Personal (.59) y Dominio del Entorno (.50).

### Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se realizó en forma individual en la sala de espera de la UCPyAD. Las participantes aceptaron participar en el estudio de manera voluntaria tras la firma de un oficio de consentimiento informado.

### RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran los rangos y valores promedio obtenidos por el grupo de participantes en cada una de las variables medidas por los instrumentos, junto con la estimación del porcentaje aproximado que representan dichos valores promedio respecto al puntaje máximo posible de obtener en cada variable.

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos de las variables consideradas.

Variables	Mín.	Máx.	Prom.	% del máximo
Personalidad resistente	36	84	68.62	81
Compromiso	13	28	23.27	83
Desafío	10	28	22.63	80
Control	13	28	22.72	81
Estrés percibido	6	43	24.33	43
Bienestar psicológico	80	189	145.17	74
Autoaceptación	12	30	22.18	74
Relaciones positivas	9	30	20.05	67
Autonomía	18	40	29.45	74
Dominio del entorno	12	30	22.86	76
Propósito en la vida	9	30	24.05	80
Crecimiento personal	13	35	26.58	76

Se puede observar en dicha tabla que el puntaje promedio obtenido en Personalidad resistente corresponde a 81% del máximo posible, lo que indica un alto nivel de esas características en este grupo, y así también cada una de las dimensiones de dicho constructo. En cuanto al estrés percibido, el valor promedio obtenido corresponde a 43% del máximo posible, lo que indica un nivel relativamente bajo de esta variable en las participantes. Respecto al bienestar psicológico global, el promedio correspondió a 74% del máximo posible, lo que evidencia un nivel relativamente alto

de bienestar en la muestra. Los valores promedios en las dimensiones del bienestar psicológico representan entre 80 y 67% de los valores máximos posibles, observándose el mayor valor en Propósito en la vida, y el menor en Relaciones positivas.

En la Tabla 2 se presentan los resultados del análisis de correlación entre el bienestar psicológico y la personalidad resistente mediante el coeficiente de rangos de Spearman, observándose que hay relaciones significativas entre estos constructos, tanto globalmente como respecto a las dimensiones que los componen.

**Tabla 2.** Correlaciones de la personalidad resistente y sus dimensiones, con el bienestar psicológico y sus dimensiones.

	<b>Personalidad resistente</b>	<b>Compromiso</b>	<b>Desafío</b>	<b>Control</b>
Bienestar psicológico	.59**	.56**	.60**	.42**
Autoaceptación	.54**	.52**	.55**	.40**
Relaciones positivas	.33**	.33**	.36**	.24*
Autonomía	.42**	.40**	.44**	.29**
Dominio del entorno	.47**	.42**	.41**	.44**
Propósito en la vida	.56**	.51**	.56**	.42**
Crecimiento personal	.53**	.54**	.54**	.34**

\*p < 0.05; \*\*p < 0.01

En lo que concierne a las relaciones entre las dimensiones de la personalidad resistente y el bienestar psicológico global, se aprecia que las dimensiones de Desafío y Compromiso muestran mayores relaciones con el bienestar que la dimensión de Control. Este mismo patrón se observa en las relaciones entre los componentes de la personalidad resistente y las dimensiones del bienestar psicológico, excepto en el caso de la dimensión Dominio del entorno. También se puede notar que la personalidad resistente tiene una mayor relación con las dimensiones Propósito en la vida, Autoaceptación y Crecimiento personal, mientras que la menor es con Relaciones positivas.

En la Tabla 3 se muestran las correlaciones entre el nivel de estrés percibido y las otras variables obtenidas mediante el coeficiente de rangos de Spearman.

Como se puede ver en dicha tabla, hay relaciones negativas entre el estrés percibido y el bienestar psicológico global y cada una de sus dimensiones, destacándose como la relación de mayor magnitud la que hay con la dimensión de

Autoaceptación. En cambio, su relación de menor magnitud es con Crecimiento personal. También el estrés percibido se relaciona negativamente con la personalidad resistente y cada una de sus dimensiones, presentando relaciones más negativas con las dimensiones Compromiso y Desafío que con Control.

**Tabla 3.** Correlaciones del estrés percibido con el bienestar psicológico y sus dimensiones, y con la personalidad resistente y sus dimensiones (p < 0.01).

	<b>Estrés percibido</b>
<b>Bienestar psicológico</b>	<b>-.64</b>
Autoaceptación	-.72
Relaciones positivas	-.46
Autonomía	-.46
Dominio del entorno	-.56
Propósito en la vida	-.54
Crecimiento personal	-.41
<b>Personalidad resistente</b>	<b>-.39</b>
Compromiso	-.40
Desafío	-.39
Control	-.31

## DISCUSIÓN

En este grupo de cuidadoras se encontraron altos niveles de bienestar psicológico y de personalidad resistente, lo que indica que el rol de cuidador principal de un enfermo terminal puede ser conceptualizado desde una perspectiva más provechosa debido a los efectos positivos que puede tener el desempeño de este rol. Además, se halló un nivel relativamente bajo de estrés percibido, lo que concuerda con los resultados de Martínez, Ramos, Robles, Martínez y Figueroa (2012) en cuidadores de niños con parálisis cerebral severa. En este sentido, no solo debe considerarse que el cuidado informal genera altos niveles de estrés o el desgaste personal en el cuidador, sino que es necesario ampliar la mirada e incluir también los posibles beneficios que trae aparejados este rol. Lo anterior es consistente con lo informado por Fernández y Crespo (2011) en su revisión de los estudios hechos en cuidadores de personas con demencia, en la que se encuentra que muchos cuidadores describen experiencias de crecimiento personal derivadas de la asunción de su rol de cuidador.

Los resultados muestran una relación significativa entre la personalidad resistente y el bienestar psicológico de las cuidadoras, lo que indica que aquellas que presentan mayores niveles de bienestar psicológico también tienen mayores niveles de personalidad resistente, en especial en lo referente al compromiso y el desafío. Ello se podría explicar porque dichos componentes de la personalidad resistente son factores que se relacionan significativamente con la percepción que tiene una persona respecto a las situaciones estresantes y los recursos personales que posee para hacer frente a dichas situaciones (Delahaij y cols., 2010).

La relación con menor magnitud se observó entre la dimensión de Relaciones positivas del bienestar psicológico y la dimensión de Control de la personalidad resistente, lo que puede estar asociado a la menor dedicación a otras relaciones sociales, producto de las exigencias del cuidado de un enfermo terminal; es decir, el rol de cuidador puede tener un costo inmediato en la interacción con los otros, en tanto que una dedicación considerable al enfermo reduce la disposición a cultivar otras relaciones sociales o afecta la calidad de las existentes.

Se observó asimismo una relación significativa e inversa entre la personalidad resistente y el estrés percibido, o sea, las personas con mayores niveles de personalidad resistente exhiben un menor nivel de estrés percibido, lo que concuerda con lo hallado por Hernández y cols. (2009) en adultos mayores mexicanos, así como por Soderstrom, Steinhardt, Dolbier y Leiferman (2000) en estudiantes universitarios. Los componentes de la personalidad resistente que mostraron una mayor relación negativa con el estrés percibido fueron las dimensiones de Compromiso y Desafío, lo cual se puede relacionar con lo informado por Moreno y cols. (2012), quienes hallaron que el compromiso era el único componente de la personalidad resistente que tenía efectos significativos en las variables de agotamiento y vigor del estrés laboral en enfermeras y profesores. Por su parte, en el estudio de Ríos, Godoy y Sánchez (2011) con profesionales de enfermería, la dimensión Compromiso fue la que tuvo la mayor asociación con el cansancio emocional del *burnout*.

El hecho de que las dimensiones de Compromiso y Desafío exhiban las mayores relaciones negativas con el estrés percibido indica que las mismas actúan como variables reguladoras del nivel de estrés experimentado. Por una parte, influyen en la percepción de los propios recursos para afrontar las demandas del rol de cuidador de un enfermo terminal y, por la otra, obran como componentes motivacionales que favorecen la adaptación a esa situación tan demandante. Lo anterior se ve reforzado por los recursos personales disponibles para afrontar las diversas exigencias del cuidado, lo que se evidencia en las elevadas relaciones negativas que tiene el estrés percibido con las dimensiones de Autoaceptación, Dominio y Propósito en la vida del bienestar psicológico.

En cuanto a la intervención de los equipos de salud, podría pensarse en la necesidad de tener en cuenta las características propias del cuidador, como una personalidad resistente, así como también el apoyo social disponible, de modo que se diseñen intervenciones orientadas a potenciar tales aspectos, que podrían considerarse como factores protectores. Así, en la etapa de ingreso en las unidades de cuidados paliativos, se pudiera incluir estos factores como elementos del proceso de diagnóstico psicosocial, con el objeto de detectar pre-

cozmente la necesidad de acciones específicas en sujetos con menores niveles de dichas variables. En este sentido, Hernández y cols. (2009) señalan que una adecuada comprensión de las variables mencionadas y la posibilidad de entrenamiento pueden llegar a constituir una valiosa herramienta de apoyo para los profesionales que se desempeñan en el campo de la salud, permitiéndoles brindar mayores niveles de bienestar psicológico a los usuarios y sus familiares.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra el hecho de que no se evaluaron las condiciones en que se encontraba el paciente (nivel de deterioro); quizás esta variable podría relacionarse con los niveles de estrés percibido y bienestar psicológico de la cuidadora, en cuanto que si el paciente goza de una condición de salud relativamente estable, con pocos requerimientos de cuidado, podría evidenciar un menor nivel de estrés en la familia.

Se considera pertinente incluir en futuras investigaciones la variable de apoyo social percibido; quizás algo que influye en el bienestar psicológico de las cuidadoras es que compartan las tareas con otras personas del entorno o se sientan apoyadas por ellas. Debido a lo demandante de este rol, es factible suponer que el cuidado de un familiar enfermo debe ser una tarea compartida por toda la familia y no solo por un cuidador principal que asuma todas las responsabilidades del cuidado.

Finalmente, también es conveniente incluir a hombres que realicen esa labor de cuidador principal, de modo que puedan observarse posibles diferencias de género y evaluar el nivel de satisfacción con el equipo de salud, puesto que ello podría relacionarse con las variables evaluadas en este estudio, específicamente las asociadas al entrenamiento en técnicas de enfermería, consejería y apoyo social.

## REFERENCIAS

- Álvarez, E. y Barra, E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados, *Ciencia y Enfermería*, 16(3), 63-72.
- Barra, E. (2003). *Psicología de la salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Delahaij, R., Gaillard, A. y Van Dam, K. (2010). Hardiness and the response to stressful situations: Investigating mediating processes. *Personality and Individual Differences*, 49, 386-390.
- Díaz, D., Rodríguez C., R., Blanco, A., Moreno J., B., Gallardo, I., Valle, C. y cols. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Espinoza, M. y Sanhueza, O. (2007). Contribuir a la calidad del morir en el cáncer. *Ciencia y Enfermería*, 13(2), 17-23.
- Fernández, V. y Crespo, M. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: Una revisión. *Clínica y Salud*, 22(1), 21-40.
- Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, 18(1), 29-41.
- García H., D., Spröhnle, C. y Sapag, J. (2008). Cuidar a los cuidadores: Un desafío para los profesionales de la salud. *Revista Médica de Chile*, 136, 809-811.
- Haley, W. (2003). Family caregivers of elderly patients with cancer: Understanding and minimizing the burden of care. *The Journal of Supportive Oncology*, 1(2), 25-29.
- Hernández, Z. (2009). Variables que intervienen en la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores. *Liberabit, Revista de Psicología*, 15(2), 153-161.
- Hernández, Z., Ehrenzweig, Y. y Navarro, A. (2009). Factores psicológicos, demográficos y sociales asociados al estrés y a la personalidad resistente en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 13-28.
- Kobasa, S., Maddi, S. y Puccett, M. (1982). Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 391-404.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J., Valderrama, M. y Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: Análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 443-450.
- Latorre, J. (2008). El enfoque de la personalidad resistente en el ámbito de la psicología de la salud: Una revisión de publicaciones en español. *Psicología y Salud*, 18(2), 267-274.

- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- López, M., Orueta, R., Gómez C., S., Sánchez, A., Carmona de la M., J. y Alonso, F. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339.
- Malinauskas, R. (2010). The associations among social support, stress, and life satisfaction as perceived by injured college athletes. *Social Behavior and Personality*, 38(6), 741-752.
- Martínez, C., Ramos, B., Robles, M., Martínez, L. y Figueroa, C. (2012). Carga y dependencia en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa. *Psicología y Salud*, 22(2), 275-282.
- Molina, C. y Meléndez, J. (2006). Bienestar psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Geriatría*, 22(3), 97-105.
- Montgomery, R. y Williams, K. (2001). Implications of differential impacts of care-giving for future research on Alzheimer care. *Aging & Mental Health*, 5(1), 23-34.
- Moral, J., González, M. y Landero, R. (2011). Estrés percibido, ira y burnout en amas de casa mexicanas. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 123-143.
- Morano, C. (2003). Appraisal and coping: Moderators or mediators of stress in Alzheimer's disease caregivers? *Social Work Research*, 27(2), 116-128.
- Moreno, B., Garrosa, E., Corso, S., Boada, M. y Rodríguez, R. (2012). Personalidad resistente y capital psicológico: Las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor. *Psicothema*, 24(1), 79-86.
- Moreno, B., Morett, N., Rodríguez, A. y Morante, M. (2006). Personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18(3), 413-418.
- Peñacobá, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente; consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-96.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Ríos, M., Godoy, C. y Sánchez, J. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de Psicología*, 27(1), 71-79.
- Ryff, C. y Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.
- Skok, A., Harvey, D. y Reddihough, D. (2006). Perceived stress, perceived social support, and wellbeing among mothers of school-aged children with cerebral palsy. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31(1), 53-57.
- Soderstrom, M., Steinhardt, M., Dolbier, C. y Leiferman, J. (2000). The relationship of hardiness, coping strategies, and perceived stress to symptoms of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(3), 311-328.
- Spada, M., Nikcevic, A., Moneta, G. y Wells, A. (2008). Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1172-1181.
- Tsai, P. y Jirovec, M. (2005). The relationships between depression and other outcomes of chronic illness caregiving. *BMC Nursing*, 4:3. Disponible en línea: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6955-4-3.pdf> (Recuperado el 19 de mayo de 2012).
- Undurraga, J., González, M. y Calderón, J. (2006). Consejería: Propuesta de un método de apoyo al paciente terminal. *Revista Médica de Chile*, 134, 1448-1454.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y cols. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15(2), 207-221.
- Wilks, S. y Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging & Mental Health*, 12(3), 357-365.