

INTENSIDAD AFECTIVA EN CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ALZHEIMER DE LAS CIUDADES DE LIMA Y HUÁNUCO

Peggy Mansilla Natividad*

Resumen

La presente investigación tuvo como finalidad: a) Determinar el factor de la Escala de Intensidad Afectiva que predomina en el cuidador familiar de pacientes con Alzheimer de las ciudades de Lima y Huánuco y b) analizar el papel de los factores socio-culturales y su influencia en la experiencia emocional del cuidador familiar. Este estudio fue descriptivo-correlacional; se usó la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (AIM), para evaluar la magnitud con que la emoción ha sido experimentada.

Mediante un análisis multivariado, se evidencia que existen diferencias significativas en la intensidad afectiva, predominando los factores afectividad positiva y reactividad negativa en un nivel alto, y el factor serenidad en un nivel bajo. El género y las horas de cuidado inciden en la intensidad afectiva; el parentesco, edad, estado civil y grado de instrucción no inciden en la intensidad afectiva.

Palabras Clave: Intensidad afectiva, cuidadores familiares, pacientes con Alzheimer.

Abstract

The present study aimed at a) identifying which factor of Affective Intensity Scale prevails in the family caregiver of patients with Alzheimer in the cities of Lima and Huánuco, b) analyzing the role of socio-cultural factors and their influence on the family caregiver's emotional experience. This study was descriptive-correlational and the Affective Intensity Scale Larsen (AIM) was used to assess the extent to which emotion has been experienced. By multivariate analysis, it appears that there are significant differences in affective intensity, mainly positive affectivity and negative reactivity factors at a high level, and the serenity factor at a low level. Gender and the hours of care affect the intensity of affection; kinship, age, marital status and education level did not affect emotional intensity.

Key Words: Emotional intensity, family caretaker, patients with Alzheimer.

* Magíster en Psicología Clínica y de la Salud, candidata al Doctorado por la Universidad Femenina del Sagrado Corazón - Unifé. pemana228@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La situación demográfica actual a nivel mundial, indica claramente la tendencia al crecimiento de los grupos etáreos que superan los 60 años de edad, quienes cotidianamente plantean diversidad de necesidades acordes a esa etapa de la vida. Y el Perú no se mantiene ajeno a este proceso de envejecimiento poblacional paulatino, pero sostenido. Según el Instituto Nacional de Estadística (INEI, 2002), las personas de 60 años de edad a más se incrementarán, de 1 millón 848 mil en el año 2000, a 3 millones 613 mil en el año 2020 y, a 4 millones 470 mil en el año 2025.

A medida que la esperanza de vida aumenta y la persona avanza en edad, se incrementa la incidencia y prevalencia de enfermedades degenerativas; según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1994, citado por Organización Mundial de la Salud, 2002), más del 80% de adultos mayores padecen enfermedades crónicas y la enfermedad de Alzheimer afecta en el mundo a 23 millones de personas, y según estimaciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas (“Aproximadamente 270 mil personas”, 2005) un promedio de 270 mil personas padece en el Perú la enfermedad de Demencia tipo Alzheimer, de los cuales sólo el 10% recibe atención en los establecimientos de salud, quedando la mayoría de los casos en manos de la familia como un asunto de la vejez.

La Organización Mundial de la Salud ha catalogado a la demencia tipo Alzheimer como “la auténtica epidemia mundial”, y estima que habrá 240 millones de personas afectadas de la enfermedad de Alzheimer en el 2025; y es de esperar el mismo aumento proporcional de cuidadores.

Cuidar es una situación que muchas personas a lo largo de sus vidas acaban experimentando. La experiencia de cada cuidador es única, ya que son muchos los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador. El por qué se cuida, a quién se cuida, la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de la dependencia del familiar de edad avanzada, la ayuda que prestan otros miembros de la familia, las exigencias que se plantean los cuidadores, etc., son algunos de esos aspectos.

Cuidador es aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo. Las familias desarrollan una

gran labor en el día a día del cuidado de su familiar. No sólo son un apoyo en la realización de las actividades de la vida diaria, sino que se convierten en un referente funcional y emocional que es vital en el cuidado de estos pacientes.

Muchas personas en nuestro país dedican una parte de su tiempo a cuidar a un familiar, normalmente de edad avanzada, el cual depende de esta ayuda para poder desenvolverse en las actividades de la vida diaria, esta dependencia genera en el cuidador múltiples sentimientos, estados de ánimo y emociones. En todos los cuidadores aparecen emociones y sentimientos tanto positivos como negativos en distintos grados e intensidad hacia la persona que cuida y hacia sí mismo, y que pueden convertir la tarea del cuidado en una labor difícil y, en ocasiones hasta frustrante para las personas que la desempeñan.

Las líneas de investigación más recientes postulan que el afecto es un concepto multidimensional y que pueden identificarse principalmente dos dimensiones globales de experiencia emocional: placer-displacer y activación y calma (Reisenzein, 1994; Russell, 1980 y Schimmack, 1996, citados por Ortiz, 1999). Sin embargo, la evidencia indica que los estados emocionales difieren de una persona a otra no sólo en cualidad, sino también en intensidad.

Larsen y Diener (1987) proponen un modelo alternativo del afecto que plantea una estructura compuesta por dos dimensiones independientes entre sí: frecuencia e intensidad. La frecuencia se define como el promedio de tiempo durante el cual las personas experimentan predominantemente afecto positivo o negativo, mientras que la intensidad es entendida como el grado en que las emociones son experimentadas independientemente de la valencia de éstas.

Es éste el núcleo principal del constructo desarrollado por Larsen y Diener, la comprensión de las diferencias individuales en intensidad de respuesta a idénticos estímulos emocionales; es decir, el constructo de intensidad del afecto hace referencia a las diferencias individuales en la intensidad con que las personas experimentan sus emociones (Larsen y Diener, 1987). Esta característica es independiente de la valencia de la emoción, las personas que experimentan de manera intensa emociones positivas tienden a experimentar de la misma manera las emociones negativas (Diener,

Larsen, Levine y Emmons, 1985, citados por Ortiz, 1999), así como de la frecuencia y de la propia intensidad del estímulo elicitor.

Así mismo, Larsen (1991, citado por Ortiz, 1999), hace distinción entre los conceptos de contenido emocional y estilo emocional, bajo el primer concepto incluye las típicas emociones que probablemente una persona experimentará durante el tiempo (afecto positivo o negativo), mientras que el segundo se refiere al modo en que son experimentadas. Siguiendo con Larsen y Diener, si nos referimos al estilo emocional, el concepto fundamental es el de Intensidad Afectiva o nivel de reactividad o variabilidad de la reacción emocional de un sujeto. La Intensidad Afectiva se identifica como un estilo emocional, una forma peculiar de experimentar y responder ante las situaciones (Rusting y Larsen, 1997; McFatter, 1998, citados por Ortiz, 1999).

Larsen (1984, citado por Ortiz, 1999) señala que la intensidad afectiva, modula aspectos tanto cognitivos, como comportamentales y afectivos; y considera dentro de esta intensidad afectiva cuatro factores: La Afectividad Positiva, que describe los afectos positivos de felicidad, alegría, euforia, satisfacción, entre otros. La Intensidad Negativa, conformada por descriptores de intensidad de afecto negativo: ansiedad, tensión, nerviosismo, estrés, depresión, culpa, vergüenza, etc. La Serenidad, describe la experiencia afectiva como serenidad, calma, paz, relax, tranquilidad y contento. La Reactividad Negativa, caracterizada por reacciones afectivas negativas, que aluden a situaciones potencialmente inductoras de respuestas afectivas negativas. Abarca reacciones afectivas negativas a estímulos medioambientales.

El comprender la intensidad con que se experimentan las emociones ayudará al cuidador a manejar satisfactoriamente los problemas, a su supervivencia y le proporcionará estabilidad emocional y seguridad no sólo al cuidador sino al que recibe el cuidado.

De acuerdo a lo señalado proponemos los siguientes objetivos:

- Determinar el factor, de la Escala de Intensidad Afectiva, que predomina en el cuidador familiar de pacientes con Alzheimer de las ciudades de Lima y Huánuco.
- Analizar el papel de los factores socio-cultura-

les y su influencia en la experiencia emocional del cuidador familiar.

- Conocer el perfil del cuidador familiar de pacientes con Alzheimer de las ciudades de Lima y Huánuco.

MÉTODO

Es un estudio descriptivo-correlacional; cuya muestra estuvo compuesta por 80 cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer, de los cuales 40 eran de la ciudad de Lima y 40 de la ciudad de Huánuco.

El diseño de muestreo asumido fue el no probabilístico-intencional. Es decir, se seleccionaron aquellos cuidadores que presentaron, a criterio de la autora, condiciones que se ajustaran a los parámetros del estudio, como son:

- Ser el cuidador familiar principal de pacientes con Alzheimer, que conviven bajo el mismo techo cuidador-enfermo.
- Que compartan las actividades de la vida cotidiana.
- Radicar en la ciudad de Lima o en la ciudad de Huánuco.

Para medir la intensidad afectiva se utilizó la Escala de Intensidad Afectiva de Larsen (AIM) versión española (Martínez-Sánchez y Ortiz-Soria, 1997; Martínez-Sánchez y Ortiz Soria, 2000), que mide la intensidad o magnitud con que la emoción ha sido experimentada.

Por otro lado, se procedió a la validación de la Escala de Intensidad Afectiva (Larsen y Diener, 1987), sometiénolo al criterio de 20 jueces especialistas en el área clínica de ambas ciudades, para valorar el nivel de comprensión de los ítems y la consistencia interna de la misma; obteniéndose un Alfa de Cronbach de 0.828 resultando altamente confiables, así mismo los ítems resultaron altamente confiables ya que tienen un alpha mayor de 0.81., encontrándose que todos los ítems son válidos para ser aplicados a la muestra. Luego se procedió a la administración de la Escala a una muestra piloto (20 cuidadores familiares de ambas ciudades) para determinar la consistencia interna de los ítems.

Para el tratamiento estadístico se utilizó un programa estadístico computarizado (SPSS 12.0), en el que se empleó estadísticos descriptivos, el análisis de varianza de un diseño experimental y del modelo de regresión lineal múltiple para probar la igualdad de las medias del nivel de intensidad afectiva entre las diferentes variables y establecer la incidencia y la relación estadística entre la intensidad afectiva y las variables cuantitativas y cualitativas. En este modelo la prueba F nos indica la significancia conjunta de las variables, y la prueba t nos indica la significancia individual de cada variable (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

RESULTADOS

Dentro de las características demográficas se encontró que el 81.25 % (65) de los cuidadores, estuvo conformado por mujeres, cuyas edades fluctuaban entre 51 a 69 años de edad (40%); el 52.5% (42) eran casadas, y el 41.25% (33) amas de casa.

Con respecto al parentesco, el 57.5% (46) son hijas, quienes mencionaron tener grado de instrucción superior (66.25%). El tiempo que se dedican al cuidado de sus familiares es de 0 a 2 años (42.5%).

Al analizar los factores de intensidad afectiva (véanse Tablas 1, 2 y 3), se encontró que, en el cuidador familiar de las ciudades de Huánuco y Lima, predomina el factor afectividad positiva, seguido del factor reactividad negativa en un nivel alto, siendo superior las medias del grupo de cuidadores familiares de la ciudad de Huánuco. Así mismo el factor intensidad negativa en el cuidador familiar de ambas ciudades se ubica en un nivel medio y en último lugar el factor serenidad con un nivel bajo. La media en la intensidad afectiva de los cuidadores de familiares con Alzheimer aparentemente es mayor en la muestra de la ciudad de Huánuco quienes presentan una media de 160.35, frente a 148.42 de los cuidadores de la ciudad de Lima.

La media en el factor afectividad positiva de la Escala de Intensidad Afectiva aparentemente es mayor en la muestra de la ciudad de Huánuco (82.63), frente a cuidadores de la ciudad de Lima (78.20), aunque ambos grupos presentan variabilidad de datos similares estadísticamente (16% para ambos). No existen diferencias significativas entre las medias en cuanto al factor afectividad positiva de la Escala Intensidad Afectiva.

Así mismo la media en el factor intensidad negativa de la Escala de Intensidad Afectiva es similar estadísticamente en ambas ciudades: Huánuco, 23.95 y Lima 23.10. No existen diferencias significativas entre las medias en cuanto al factor intensidad negativa de la Escala Intensidad Afectiva.

La media en el factor serenidad de la Escala de Intensidad Afectiva de los cuidadores de familiares con Alzheimer, aparentemente es similar en la muestra de la ciudad de Huánuco (17.55) y de la ciudad de Lima (16.33); y se observa mayor dispersión en los puntajes del factor mencionado en el grupo de Huánuco, que en el grupo de Lima. Sin embargo estadísticamente no existen diferencias significativas entre las medias de cada grupo.

Analizando la media en el factor reactividad negativa de la Escala de Intensidad Afectiva de los cuidadores de familiares con Alzheimer, aparentemente es mayor en la muestra de la ciudad de Huánuco (36.23), frente a cuidadores de la ciudad de Lima (30.80), aunque el nivel de dispersión de datos respecto al factor reactividad negativa, es mayor en el grupo de Lima (24%, frente a 17% para la muestra de Huánuco). Estadísticamente existen diferencias significativas entre las medias de cada grupo en cuanto al factor reactividad negativa de la Escala Intensidad Afectiva.

Así mismo, se reportan, en primer lugar el contraste de Levene (F) sobre homogeneidad o igualdad de varianza; el resultado de este contraste $F = 1.975$ con un nivel de significación de 0.164, mayor que el nivel crítico de 0.05, permite asumir que las varianzas de ambos grupos son iguales; por tanto, utilizando la información correspondiente a varianzas iguales, se tiene un puntaje t de 3.11 con un nivel de significancia bilateral de 0.003, el mismo que al ser menor que el nivel crítico de 0.05, nos permite afirmar que estadísticamente existen diferencias significativas entre las medias de cada grupo en cuanto a la intensidad afectiva entre los cuidadores de Lima y de Huánuco.

Los límites del intervalo de confianza nos permiten estimar con un 95% de confianza que la diferencia en puntaje medio en intensidad afectiva entre cuidadores de Huánuco y Lima se encuentra entre 4.28 y 19.57.

Tabla 1
Medias y desviación estándar de los factores de intensidad afectiva en cuidadores familiares de las ciudades de Huánuco y Lima

Ciudad	FACAP	FACIN	FACSE	FACRN	FACTOT
Huánuco					
Media	82,625	23,950	17,550	36,225	160,35
D.S	12,380	5,444	6,377	6,249	14,12
Lima					
Media	78,200	23,100	16,325	30,800	148,42
D.S.	11,629	5,047	4,245	7,405	19,77

Tabla 2
Estadísticos descriptivos de la intensidad afectiva en cuidadores familiares de las ciudades de Lima y Huánuco

Ciudad	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media	Coefficiente de variación
Huánuco	40	160.35	14.123	2.233	9%
Lima	40	148.43	19.766	3.13	13%

Tabla 3

**Intensidad afectiva en cuidadores familiares de las ciudades de Lima y Huánuco
(Prueba t para muestras independientes)**

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	1.975	0.164	3.11	78.0	0.003	11.93	3.84	4.28	19.57
No se han asumido varianzas iguales			3.11	70.6	0.003	11.93	3.84	4.27	19.59

En cuanto a la media y el análisis de varianza de la variable Intensidad afectiva según el género, existen diferencias significativas entre las medias de intensidad afectiva de cada grupo; siendo superior la media del género femenino de la ciudad de Huánuco en comparación con la media del género femenino de la ciudad de Lima; así mismo no existen diferencias entre el género masculino de la ciudad de Huánuco en comparación con el género masculino de la ciudad de Lima.

Dado que $F(3, 76) = 4,0813$ $p = 0,0096$, y $p < 0,05$, nos indica que la intensidad afectiva es diferente entre los varones y mujeres de Lima y Huánuco. Es decir que existen diferencias significativas entre las medias de todos los grupos y por lo tanto el género y la ciudad de procedencia inciden en la intensidad afectiva (véase Tabla 4).

Tabla 4
Intensidad afectiva en cuidadores familiares de las ciudades de Lima y Huánuco según el género (Análisis de varianza)

Género	Ciudad	N	Media	Desv. típ.
Mujer	Huánuco	33	162.30	11.74
	Lima	32	148.03	21.48
	Total	65	155.28	18.55
Varón	Huánuco	7	151.14	21.01
	Lima	8	150.00	11.43
	Total	15	150.53	15.96
Total	Huánuco	40	160.35	14.12
	Lima	40	148.43	19.77
	Total	80	154.39	18.09

Fuente de variación	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Significación (P)
Entre grupos	3588.192	3	1196.064	4.081251	0.009634
Intra grupos	22272.800	76	293.063		

$F(3, 76) = 4,0813$ $p = 0,0096$

En cuanto a la edad se concluye que no incide significativamente en la intensidad afectiva. Así mis-

mo se encontró que, a mayor edad menor nivel en el constructo y viceversa (véase Tabla 5).

Tabla 5
Intensidad afectiva en cuidadores familiares de las ciudades de Lima y Huánuco según Edad
(pruebas individuales para los coeficientes de regresión)

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	0.086	0.007	-0.005	18.142
A Variables predictoras: (Constante), Edad				
	Coeficiente	Error Típico.	T (78)	Significación (p)
Intercepto	159,1580	6,611059	24,07451	0,000000
Edad	-0,1017	0,134162	-0,75816	0,450642

R₂ = 0,00731534

F(1,78)=0,5748 p<0,45064

Error Est. de estimación: 18,142

Respecto al parentesco, estado civil y grado de instrucción, se observa que los grupos no difieren estadísticamente entre sí en los puntajes de intensidad afectiva (véanse Tablas 6, 7 y 8).

Por último, los resultados de los coeficientes de regresión y el análisis de varianza de la variable intensidad afectiva en relación a las horas de cuidado, nos indica que las horas dedicadas no inciden significativamente en la intensidad afectiva (véase Tabla 9).

La variable ciudad de procedencia tiene un t con 77 grados de libertad = -3,293 p = 0,0015, como $p < / 2 = 0.025$, lo cual nos indica que la ciudad de procedencia influye significativamente en la intensidad afectiva.

La prueba F = 5,821 con 2 y 77 grados de libertad, nos indica qué horas de cuidado y ciudad de procedencia influyen en la intensidad afectiva porque $p < = 0,05$.

Tabla 6
Intensidad afectiva en cuidadores familiares de las ciudades de Lima y Huánuco
según el parentesco (Análisis de varianza factorial)

Ciudad	Parentesco	N	Media	Desv. típ.
Huánuco	Hijos	19	161.63	11.33
	Esposos	7	160.57	13.34
	Nietos	5	152.80	23.79
	Hermanos	3	163.00	14.53
	Otros	6	161.00	16.58
	Total	40	160.35	14.12
Lima	Hijos	27	149.33	18.71
	Esposos	4	135.25	29.64
	Nietos	3	155.67	18.93
	Otros	6	149.50	19.52
	Total	40	148.43	19.77
Total	Hijos	46	154.41	17.06
	Esposos	11	151.36	23.10
	Nietos	8	153.88	20.69
	Hermanos	3	163.00	14.53
	Otros	12	155.25	18.28
	Total	80	154.39	18.09

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	4065.14 a	8	508.14	1.655	0.125
Intersección	993900.07	1	993900.07	3237.630	0.000
Ciudad	1585.65	1	1585.65	5.165	0.026
Parentesco	521.07	4	130.27	0.424	0.791
Ciudad * Parentesco	864.54	3	288.18	0.939	0.427
Error	21795.85	71	306.98		
Total	1932701	80			
Total corregida	25860.99	79			

a. R cuadrado = .157 (R cuadrado corregida = .062)

Tabla 7
Intensidad afectiva en cuidadores familiares de las ciudades de Lima y Huánuco según el Estado civil (Análisis de varianza factorial)

Ciudad	Estado civil	N	Media	Desv. típ.
Huánuco	Soltero	15	160.33	18.1133994
	Casado	19	158.74	12.3236093
	Viudo	1	156.00	
	Conviviente	5	167.40	5.81377674
	Total	40	160.35	14.1231761
Lima	Soltero	16	152.31	19.8417699
	Casado	23	147.00	19.2802301
	Viudo	1	119.00	
	Total	40	148.43	19.7664407
Total	Soltero	31	156.19	19.1457904
	Casado	42	152.31	17.3521463
	Viudo	2	137.50	26.1629509
	Conviviente	5	167.40	5.81377674
	Total	80	154.39	18.0929343

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	4315.33a	6	719.22	2.44	0.033
Intersección	466328.29	1	466328.29	1579.99	0.000
Ciudad	1447.66	1	1447.66	4.90	0.030
EstCivil	823.16	3	274.39		0.93
0.431					
Ciudad * EstCivil	412.05	2	206.03	0.70	0.501
Error	21545.66	73	295.15		
Total	1932701	80			
Total corregida	25860.99	79			

a. R cuadrado = .167 (R cuadrado corregida = .098)

Tabla 8
Intensidad afectiva en cuidadores familiares de las ciudades de Lima y Huánuco
según grado de instrucción (Análisis de varianza factorial)

Ciudad	Grado de instrucción	N	Media	Desv. típ.
Huánuco	Superior	23	157.48	16.27
	Secundaria	10	163.80	9.53
	Primaria	6	166.83	10.23
	Sin educación	1	153.00	
Lima	Superior	32	145.50	20.59
	Secundaria	8	160.13	10.19
	Primaria	0	0.00	
	Sin educación	0	0.00	
Total	Superior	55	150.51	19.67
	Secundaria	18	162.17	9.72
	Primaria	6	166.83	10.23
	Sin educación	1	153.00	

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	4827.94a	5	965.59	3.40	0.008
Intersección	463673.01	1	463673.01	1631.33	0.000
Ciudad		817.49	1	817.49	2.88
0.094					
Gradoinst	1845.75	3	615.25		2.16
0.099					
Ciudad * Gradoinst	230.02	1	230.02	0.81	0.371
Error	21033.05	74	284.23		
Total	1932701	80			
Total corregida	25860.99	79			

a. R cuadrado = .187 (R cuadrado corregida = .132)

Tabla 9
Intensidad afectiva en cuidadores familiares de las ciudades de Lima y Huánuco según horas de cuidado

Ciudad	Media	Desviación Estándar
Lima	12,450000	6,887186
Huánuco	14,575000	7,323610

PRUEBAS INDIVIDUALES PARA LOS COEFICIENTES DE REGRESIÓN

	Coefficiente	D.S.	T (77)	Significación (P)
Intercepto	165.8066	4.797584	34.56045	0.000
Horas de cuidado	-0.3744	0.272058	-1.37612	0.173
Ciudad	-12.7206	3.862835	-3.29306	0.001

$R = 0.36240908$

$F(2,77) = 5,8212$ $p < 0,00442$

Error Estándar de estimación: 17,081

ANÁLISIS DE VARIANZA

FUENTE DE VARIACIÓN	SC	GL	CM	F	SIGNIFICACIÓN (P)
REGRESIÓN	3396.59	2	1698.296	5.821156	0.004423
RESIDUAL	22464.40	77	291.745		
TOTAL	25860.99				

FACTOT = 165,8066 - 0,3744 HORASDED - 12,7206 CIUDAD

DISCUSIÓN

Los resultados hallados en relación a la Intensidad afectiva en cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer de las ciudades de Huánuco y Lima nos indican que hay un predominio del factor afectividad positiva en niveles altos, seguido del factor reactividad negativa a nivel alto, que se traduce en que los cuidadores familiares de ambas ciudades tienden a experimentar emociones positivas intensas a la par de experimentar emociones negativas intensas. Estos resultados apoyan lo encontrado por Diener, Larsen, Levine y Emmons (1985); Larsen y Diener (1987) y Schimmack y Diener 1997 (todos ellos citados por Ortiz, 1999), quienes señalan que los individuos que experimentan emociones agradables intensas también tienen una tendencia a experimentar emociones desagradables intensas. Asimismo, Diener, Colvin, Pavot y Allman, 1991 (citados por Ortiz, 1999 y Geuens, y De Pelsmacker, 2002), demostraron que las emociones agradables intensas ocurren a menudo debido a los mismos procesos que causan emociones desagradables intensas.

Igualmente, los resultados confirman las diferencias entre los cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer de la ciudad de Lima y los de la ciudad de Huánuco, en relación a la intensidad afectiva, lo que nos lleva a inferir que la cultura es un elemento que incide en la experiencia emocional de los cuidadores, llevándolos a comportarse de acuerdo a las pautas establecidas por ella. Sus creencias, costumbres, normas, religión y valores sociales se encuentran enraizados, lo que ha llevado al cuidador a interiorizar en el transcurso de su vida, los elementos socioculturales de su medio ambiente.

Nuestro hallazgo nos permite afirmar que los cuidadores familiares de ambas ciudades experimentan con la misma intensidad la afectividad positiva en un nivel alto; lo que se presume que la afectividad positiva es cultivada por el cuidador y ésta le lleva a ampliar su repertorio de acción, su modo habitual de pensar y construir sus recursos personales. En la misma línea Salovey y colaboradores (2000, citados por Campoy, García, Egea, Saurín y Martínez, 1997) mencionan los efectos que tienen las experiencias emocionales positivas en cuanto a que proveen mejores recursos para poder prevenir enfermedades o afrontar más efectivamente los problemas de salud ya existentes.

En cuanto al factor intensidad negativa en los cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer de las ciudades de Lima y Huánuco, no se encuentran diferencias entre los cuidadores de ambas ciudades, lo que nos lleva a inferir que éstos experimentan de la misma forma e intensidad las emociones negativas como ansiedad, tensión, nerviosismo, estrés, depresión, culpa, entre otros, en relación al rol que desempeñan; estos sentimientos minan el bienestar del cuidador interfiriendo, además, en la dinámica de la prestación de los cuidados. Por lo tanto como señala Fredrickson (2000, citado por Prada, 2005), las emociones negativas estrechan el repertorio momentáneo del individuo de pensamiento-acción. Frijda (1986, citado por Campoy et al., 1997) señala que los estados emocionales negativos orientan a las personas a responder a eventos próximos e inmediatos.

Por otro lado, de acuerdo a los resultados obtenidos se aprecia que no existen diferencias en el factor serenidad en los cuidadores de ambas ciudades; ellos poseen serenidad baja en relación a su desempeño, lo que nos lleva a inferir que en la situación de cuidado de pacientes con Alzheimer, los cuidadores experimentan emociones y sentimientos de intranquilidad, irritabilidad, desesperanza, falta de control que puede estar dirigido a la persona asistida o a la situación misma. Y a medida que aumenta la intensidad de la dependencia funcional del familiar enfermo, se incrementa la pérdida de control por parte de los cuidadores, con el consiguiente incremento en frecuencia e intensidad de sus sentimientos de ira, enfado y frustración.

Respecto al factor reactividad negativa entre los cuidadores familiares de ambas ciudades, fue superior en el cuidador familiar de la ciudad de Huánuco, y en un nivel medio en el cuidador familiar de la ciudad de Lima; lo que nos lleva a presumir que el suceso de cuidar provoca una respuesta afectiva, impacto emocional, el cuidador siente un gran cariño hacia su familiar enfermo y le produce intensos sentimientos de tristeza, pena, lástima, impotencia y resignación al ver a su familiar en esas condiciones y en las que no puede solucionar ni mejorar. Y las diferencias entre los cuidadores de ambas ciudades se debe a que el cuidador familiar de Huánuco destaca el significado afectivo que lo une al paciente, y este significado se ve mediatizado y condicionado por el factor cultural, que juega un rol importante en esta diferencia.

En cuanto a la intensidad afectiva según el género, al comparar las medias obtenidas por varones y mujeres, se aprecian diferencias significativas entre los cuidadores de ambas ciudades.

En relación a la edad, ésta no incide en la intensidad afectiva en cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer; no se encuentran efectos de la edad en la afectividad, lo que se presume que a cualquier edad se experimentan emociones con la misma intensidad.

Respecto a la intensidad afectiva según el parentesco: se observa que éste no influye en la variable mencionada en relación a los cuidadores de ambas ciudades; lo que nos lleva a inferir que las personas experimentan intensas emociones al margen de sus lazos consanguíneos y esto puede estar modulado por factores de variada índole como la personalidad, operaciones cognitivas, el medio ambiente, la educación recibida y la historia personal de cada cuidador. Así mismo hay un vínculo natural de amor que favorece la disposición del cuidado.

En cuanto a la intensidad afectiva según el estado civil del cuidador familiar de pacientes con Alzheimer de las ciudades de Lima y Huánuco, se rechaza la hipótesis. Estos resultados nos han llevado a inferir que lo que determina la intensidad en el afecto no es el estado civil del cuidador sino otras variables como la educación recibida, la cultura, los valores, entre otros, que han sido interiorizados desde temprana edad.

En lo que se refiere a la intensidad afectiva según el grado de instrucción: los resultados nos demuestran que la variable mencionada no está condicionada por el grado de instrucción, lo que nos permite pensar que la afectividad y la cognición se encuentran entrelazadas, son sistemas de influencia recíprocas. Por lo tanto el cuidador apela equitativamente al desarrollo de procesos cognitivos y afectivos en el momento de brindar atención a sus familiares con Alzheimer (de las ciudades de Lima y Huánuco).

Respecto a las horas de cuidado, se advierte que esta variable, como variable individual, no influye en la intensidad afectiva del cuidador familiar. Así mismo se observa que es significativa la interacción de la variable horas de cuidado y ciudad de procedencia, en suma interactúan; lo cual indicaría que esta influencia

está condicionada por la cultura y la historia personal de cada cuidador.

Se concluye que la intensidad afectiva es diferente entre los cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer de ambas ciudades, lo que lleva a hipotetizar que la cultura y la historia de cada sociedad está estrechamente vinculada a la afectividad. Así mismo las reacciones afectivas dependen básicamente del tipo de personalidad, del género, del grado de instrucción, de la edad y de la ciudad de procedencia del cuidador familiar.

Por lo tanto la afectividad juega un papel fundamental en el desarrollo de la vida humana y es esencial en la dirección del comportamiento. Comprender y apreciar la importancia de las actitudes afectivas para un equilibrado y sano desarrollo personal es valioso e importante tanto para el familiar como para el cuidador.

REFERENCIAS

- Aproximadamente 270 mil personas sufren el mal de Alzheimer en el Perú. (2005, 21 de setiembre). *El Comercio*. Recuperado de <http://www.elcomerciope.com.pe/EdicionImpresa/Html/2005-09-21/impVidayFuturo0372816>.
- Campoy, G., García, J., Egea, A., Saurín, L. y Martínez, F. (1997). Influencia del nivel de intensidad afectiva en el procesamiento de estímulos emocionales en una tarea stroop. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción* (España), 4(7). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/amartf5551202101/indexsp.html>.
- García, M. (2003). Aspectos psicosociales del envejecimiento. *DIAGNOSTICO* (Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue, Lima-Perú), 42(2), 16-25.
- Geuens, M. y De Pelsmacker, P. (2002). *Developing a short affect intensity scale*. Belgium. Recuperado de <http://www.agea.org.es/content/category/4/69/40/htm>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2002). *Perfil sociodemográfico de la tercera edad*. Lima - Perú.
- Larsen, R., Diener, E. y Emmons, R. (1986). Affect intensity and reactions to daily life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(4), 803-814. Recuperado de <http://content.apa.org/journals/psp/51/4/803>.
- Larsen, R. y Diener, E. (1987). Affect intensity as an individual difference characteristic: A review. *Journal of Research in Personality*, 21, 1-39. Recuperado de <http://content.apa.org/journals/psp/51/4/803>.
- Larsen, R., Diener, E. y Copranzano, R. (1987). Cognitive operations associated with individual differences in affect intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 767-774. Recuperado de <http://content.apa.org/journals/psp/51/4/803>.
- Martínez-Sánchez, F. y Ortiz-Soria, B. (1997). Estructura factorial de la escala de intensidad afectiva de Larsen. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 1(0). España. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/a3953920997/texto.html>.
- Martínez-Sánchez, F. y Ortiz-Soria, B. (2000). Estructura factorial de la escala de intensidad afectiva de Larsen. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción (España)*, 1(0). Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2833507>.
- Ortiz, B. (1999). El constructo de intensidad afectiva: una revisión. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción (España)*, 2(2-3). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/aortib168261199/pclave.html>.
- Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. (2002). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Acta Bioética*, 7(1).
- Prada, E. (2005). *Psicología positiva y emociones positivas*. Recuperado de <http://www.psicologia-positiva.com/psicologiapos.pdf>.