

Relación entre fortalezas psicológicas y salud mental en cuidadores informales de personas con demencia

Relationship between character strengths and mental health in informal caregivers of people with dementia

F. Javier García-Castro

Facultad de Psicología y Logopedia, Universidad de Málaga

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar la relación, en cuidadores informales de personas con demencia, entre las fortalezas psicológicas y la salud mental, incluyendo depresión, ansiedad, estrés, sobrecarga del cuidador y problemas de salud mental. Para analizar esta relación se llevó a cabo diversos análisis de correlación canónica, incluyendo en el primer conjunto las variables las fortalezas psicológicas, agrupadas por virtudes, y en el segundo las variables de salud psicológica. Los resultados sugieren la existencia de intercorrelaciones significativas entre estas variables. Aquellos cuidadores informales que tienden a mostrar puntuaciones más elevadas en las fortalezas psicológicas correspondientes a las virtudes de Coraje, Humanidad, y Trascendencia tienden a mostrar menores puntuaciones en depresión, estrés, sobrecarga del cuidador, y problemas de salud mental. En concreto, fueron significativas las relaciones con las fortalezas de valor, vitalidad, amor, inteligencia social, belleza, gratitud, esperanza y humor. Los hallazgos de este estudio sugieren que programas de intervención basados en la promoción y desarrollo de estas fortalezas psicológicas podría mejorar la salud mental de los cuidadores.

Palabras clave: Cuidadores informales; Virtudes; Depresión; Ansiedad; Estrés; Sobrecarga del cuidador

Cómo citar este artículo: García-Castro, F. J. (2021). Relación entre fortalezas psicológicas y salud mental en cuidadores informales de personas con demencia. *Escritos de Psicología – Psychological Writings*, 14(1), 20-29. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i1.12680>

Abstract

The aim of this study was to analyze the relationship between character strengths and mental health in informal dementia caregivers. Variables included depression, anxiety, stress, caregiver burden, and mental health problems. We conducted a series of canonical-correlation analyses. The first set of variables comprised character strengths, classified into virtues, and the second set comprised the mental health variables. Results show significant intercorrelations between character strengths and informal caregivers' mental health. Informal caregivers who tended to have higher scores in character strengths from the virtues of courage, humanity, and transcendence, also tended to have lower scores in depression, stress, caregiver burden, and mental health problems. Specifically, significant relationships were found between bravery, zest, love, social intelligence, appreciation of beauty, gratitude, hope, and humor. The findings from this study suggest that intervention programs based on the promotion and development of these character strengths might improve the psychological health of caregivers.

Keywords: Informal caregivers; Virtues; Depression; Anxiety; Stress; Caregiver burden

Correspondencia: F. Javier García de Castro, Dpto. de Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Facultad de Psicología y Logopedia. Campus Universitario de Teatinos, s/n. Málaga, 29071. fergarde@uma.es

La demencia es un trastorno neurocognitivo mayor (American Psychiatric Association, 2013) que interfiere en las funciones diarias de las personas hasta tal punto que la mayoría de las personas que la padecen, requieren o necesitarán algún tipo de cuidado (Prince & Jackson, 2009; Prince et al., 2013). Estos cuidados a menudo recaen sobre los denominados cuidadores informales, normalmente, pareja, familiares, o amigos de la persona con demencia, que no reciben ninguna compensación económica por llevar a cabo estas tareas (Settineri et al., 2014),

La demencia no solo tiene un impacto sobre las personas que la padecen, sino también sobre los propios cuidadores informales, cuyo bienestar y salud pueden verse alterados al ejercer las tareas asociadas al rol de cuidador (Martínez-Cortés et al., 2011). El impacto negativo que el cuidado tiene sobre la salud del cuidador ha sido muy estudiado, llegando a identificarse problemas como sobrecarga, depresión, ansiedad, estrés, aislamiento social, dificultades para dormir, riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, y una reducción del bienestar y de la calidad de vida (Chiao et al., 2015; Conde-Sala et al., 2010; Kim et al., 2012; Raivio et al., 2015; Roepke et al., 2012; Settineri et al., 2014). Sin embargo, la evidencia empírica ha señalado variaciones en cuanto a la forma que los cuidadores tienen de afrontar su rol. De esta forma, mientras algunos de ellos manejan los estresores de una forma más eficaz, otros sufren estas consecuencias como la sobrecarga, depresión, ansiedad en mayor medida (Conde-Sala et al., 2010). Recientemente, García-Castro et al. (2020) propusieron estudiar el impacto de los estresores provenientes del rol de cuidador sobre los cuidadores informales de personas con demencia desde la perspectiva de la psicología positiva, más en concreto, desde el marco teórico de las fortalezas psicológicas.

La psicología positiva es una rama de la psicología que se centra en los aspectos implicados en las cualidades y emociones positivas de las personas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), y no solamente en la reparación de un daño específico. La compone un conjunto de teorías e investigaciones que estudian las características que hacen que la vida tenga valor (Park et al., 2004; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), tratando de encontrar los factores comunes a la felicidad (Ferragut et al., 2013). Aunque la psicología positiva es un campo joven dentro de la psicología, ha demostrado que puede mejorar el bienestar de muchas personas a través de intervenciones que incrementan recursos psicológicos, y sentimientos, comportamientos y pensamientos positivos (Sin & Lyubomirsky, 2009). Dentro de este contexto, Peterson y Seligman (2004) desarrollaron una clasificación de las virtudes y fortalezas psicológicas, proponiendo la clasificación VIA (*Values in Action Classification of Strengths*).

En la clasificación VIA, se identificaron 24 fortalezas psicológicas que se agrupaban en seis grandes virtudes, las cuales se correspondían a la característica principal de las fortalezas que incluían (Peterson & Seligman, 2004). Las virtudes han sido identificadas como tales por diferentes corrientes filosóficas y religiosas a través del tiempo, siendo comunes a diferentes culturas (Niemiec, 2013; Peterson & Seligman, 2004). Las fortalezas psicológicas corresponden a uno de los temas principales dentro de la psicología positiva (Azañedo et al., 2014). Son rasgos positivos universales, que se reflejan en el pensamiento, los sentimientos y comportamientos, manteniéndose considerablemente estables a lo largo del tiempo (Park et al., 2004). Aunque las fortalezas psicológicas pueden tener un componente genético, también pueden ser influenciadas por los factores medioambientales (Steger et al., 2007), por lo que son relativamente susceptibles de modificación y mejora.

Peterson y Seligman (2004) propusieron una serie de criterios, que se deberían satisfacer en su mayoría, para que una determinada característica positiva pudiese ser identificada como una fortaleza psicológica. Entre ellos se encuentran los siguientes: que contribuya a que una persona se sienta realizada; es deseable por sí misma, aunque no produzca beneficios; es estable a lo largo del tiempo; se manifiesta a través de comportamientos, pensamientos y sentimientos, de forma que pueda ser evaluada; y existen prodigios en una determinada fortaleza y personas con total ausencia de ella.

Las virtudes y fortalezas psicológicas que han sido identificadas y definidas en la clasificación VIA son (Niemiec, 2013; Ovejero et al., 2016; Park et al., 2004; Peterson & Seligman, 2004): 1) Sabiduría y conocimiento (incluye las fortalezas que implican la adquisición y el uso del conocimiento): creatividad, curiosidad, apertura a la experiencia, deseo de aprender, y perspectiva; 2) Coraje (incluye las fortalezas que implican la voluntad de alcanzar objetivos enfrentándose a las dificultades externas o internas): valor, perseverancia, integridad, y vitalidad; 3) Humanidad (incluye las fortalezas que implican tendencias amigables y amistosas con otros): amor, amabilidad, e inteligencia social; 4) Justicia (incluye las fortalezas que llevan a una vida en comunidad más saludable): ciudadanía, imparcialidad, y liderazgo; 5) Templanza (incluye las fortalezas que protegen contra los excesos): perdón, humildad, prudencia, y autorregulación; 6) Trascendencia (incluye las fortalezas relacionadas con sentir una conexión con el universo, y que proveen de un significado al mismo): belleza, gratitud, esperanza, humor, y religiosidad.

El estudio de las fortalezas psicológicas ha arrojado evidencias sobre el efecto que tiene en la mejora de la calidad de vida de las personas. Se han llegado a asociar a la inteligencia emocional, ya que aquellos individuos que poseen mayores puntuaciones en fortalezas psicológicas tienden a regular y reparar sus emociones de una manera más eficiente (Ros-Morente et al., 2018). También se ha comprobado que las fortalezas psicológicas en su conjunto se encuentran asociadas a variables indicadoras del bienestar en diferentes tipos de poblaciones, aunque algunas presentan relaciones especialmente fuertes con satisfacción vital o felicidad, como las fortalezas esperanza, vitalidad, gratitud, amor y curiosidad (Blanca et al., 2018; Lee et al., 2015; Ovejero et al., 2016; Park et al., 2004; Peterson et al., 2007; Proyer et al., 2011). De hecho, Park y Peterson (2006) identificaron estas fortalezas como fortalezas del corazón y apuntaron a una mayor relación entre estas y satisfacción vital en comparación con otras fortalezas. Estudios posteriores también han encontrado que las fortalezas del corazón se relacionan de forma negativa en mayor medida con indicadores de salud mental, como depresión, ansiedad y estrés (Haridas et al., 2017). Otras investigaciones han mostrado que esperanza, vitalidad, gratitud, liderazgo, perdón, religiosidad y apertura a la experiencia se encuentran también relacionadas con menos problemas emocionales como depresión o ansiedad (Lam, 2021; Luna & MacMillan, 2015; Niemiec, 2013; Park & Peterson, 2008; Tehranchi et al., 2018; Zhou et al., 2013) y con una menor percepción de estrés (Duan, 2016; Li et al., 2017).

Investigaciones recientes han ampliado el estudio de las fortalezas psicológicas al contexto del cuidado de personas con demencia. García-Castro et al. (2020) sugirieron que algunas fortalezas podrían proteger al cuidador del impacto de los estresores a los que son sometidos al ejercer este rol y analizaron la asociación entre fortalezas psicológicas y la sobrecarga percibida proveniente del cuidado. Encontraron que, en su conjunto, las fortalezas psicológicas se hallaban relacionadas con un menor nivel de sobrecarga, especialmente las fortalezas inteligencia social, vitalidad, amor, y esperanza, identificando la última como una fortaleza clave. Sus hallazgos indicaron que la fortaleza esperanza mediaba la relación entre el estrés percibido por el cuidador y la sobrecarga, sugiriendo que una falta de esperanza por parte del cuidador pudiera ser uno de los mecanismos a través del cual el estrés percibido condujera a mayores niveles de percepción de sobrecarga. En un estudio posterior, García-Castro et al. (2021) analizaron la relación de las fortalezas psicológicas con la satisfacción vital percibida por el cuidador, como componente cognitivo del bienestar. Encontraron que la satisfacción vital se relacionaba principalmente con las fortalezas esperanza, vitalidad, gratitud, amor y curiosidad, añadiendo evidencia a los estudios previos citados anteriormente sobre la importancia de las fortalezas del corazón en el bienestar en otra población previamente no estudiada, como son los cuidadores de personas con demencia.

Los hallazgos recientes apuntan a una relación entre fortalezas psicológicas y salud mental en cuidadores. Sin embargo, estos estudios se han centrado en solo dos indicadores de salud mental, como son la percepción de sobrecarga proveniente del cuidado y la satisfacción vital, sin analizar otras variables indicativas de la misma. Por ello, el presente estudio pretende analizar, en el contexto del cuidado informal de personas con demencia, la relación entre las fortalezas psicológicas y múltiples indicadores de salud mental del cuidador, como son depresión, ansiedad, estrés, sobrecarga del cuidador, y problemas generales de salud mental. Como las variables de salud mental son indicadores de desajuste psicológico, se espera encontrar una relación negativa entre el conjunto de fortalezas psicológicas y las mismas, de forma que personas que presenten mayores puntuaciones en fortalezas psicológicas tiendan a presentar menores puntuaciones en depresión, ansiedad, estrés, sobrecarga y menores problemas de salud mental. Igualmente, en función de la evidencia previa, también se espera encontrar que las fortalezas del corazón presenten una mayor relación con las variables de salud en comparación con otras fortalezas. Estas fortalezas están incluidas en las virtudes de Coraje, Humanidad y Transcendencia.

Método

Participantes

La muestra del estudio está formada por 115 cuidadores informales principales de personas diagnosticadas de demencia, de entre los cuales 25 eran hombres, y 90 eran mujeres, con un rango de edad desde los 35 a los 82 años ($M = 56.15$, $DT = 12.93$). Los participantes fueron seleccionados a través de diferentes asociaciones de familiares de personas con Alzheimer y otras demencias en la provincia de Málaga. Los participantes incluidos en la muestra debían: 1) ser los cuidadores principales de una persona diagnosticada de demencia; 2) llevar al menos 6 meses siéndolo; y 3) ser mayor de edad. Respecto al nivel de estudios, el 35.65% de los participantes tenían estudios universitarios, el 23.48% estudios secundarios, y el 40.87% estudios primarios. Con respecto al estado civil, el 72.17% estaban

casados, y el 27.83% restante estaban solteros, divorciados o viudos. Por último, en lo referente a la situación laboral, el 43.48% estaban en activo y el 56.52% no estaban en activo.

Instrumentos

Depresión, ansiedad y estrés

Para evaluar la depresión, ansiedad y estrés se empleó la versión española (Daza et al., 2002) del *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995a, b). Esta escala está formada por 21 ítems distribuidos en tres subescalas de siete ítems. Las subescalas correspondían, respectivamente, a depresión, ansiedad y estrés. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de cuatro puntos (desde 0 = nada aplicable a mí, a 3 = muy aplicable a mí). Puntuaciones elevadas en cada subescala son indicativas de un mayor nivel de la respectiva variable. Los coeficientes α de Cronbach para cada una de las subescalas fueron iguales a .87 para depresión, .85 para ansiedad, y .88 para estrés.

Sobrecarga del cuidador

La sobrecarga percibida por el cuidador se evaluó con la versión española (Martín et al., 1996) del *Zarit Burden Interview* (ZBI; Zarit et al., 1980). El ZBI está formado por 22 ítems que puntúan con una escala tipo Likert de cinco puntos (desde 1 = nunca, a 5 = casi siempre). Puntuaciones elevadas indican un mayor nivel de sobrecarga del cuidador. El coeficiente α de Cronbach en esta muestra fue igual a .93.

Problemas de salud mental

Los problemas de salud mental de los cuidadores se evaluaron utilizando la versión española (Rocha et al., 2011) del *General Health Questionnaire 12* (GHQ-12; Goldberg & Williams, 1998). El GHQ-12 es un cuestionario unidimensional utilizado para realizar un cribado de problemas psiquiátricos, y cada uno de sus 12 ítems se puntúa en una escala tipo Likert de cuatro puntos (1 = menos que lo habitual; 2 = no más que lo habitual; 3 = algo más que lo habitual, 4 = mucho más que lo habitual). Como el GHQ-12 incluye ítems positivos y negativos, las opciones de respuestas están ordenadas para cada ítem de forma que no es necesario revertir la puntuación para los mismos. Las puntuaciones más elevadas indican una peor salud mental. El coeficiente α de Cronbach en esta muestra fue igual a .90.

Fortalezas psicológicas

Las fortalezas psicológicas se evaluaron con la versión española de 72 ítems del VIA-IS (Peterson & Seligman, 2004; Peterson & Park, 2009), proporcionado por el Instituto VIA (<https://www.viacharacter.org/>). Para cada fortaleza psicológica, hay tres ítems que utilizan un formato tipo Likert de cinco puntos (desde 1 = muy diferente a mí, a 5 = muy parecido a mí). La puntuación de cada fortaleza se calculó con la media de estos tres ítems, con un rango de 1 a 5. Las puntuaciones elevadas indican una mayor presencia de la fortaleza en cuestión. Los coeficientes α de Cronbach en esta muestra para cada una de las fortalezas psicológicas se encontraban entre .45 y .86.

Procedimiento

Se contactó con diferentes asociaciones de familiares de personas con Alzheimer y otras demencias en la provincia de Málaga, informándoles de los objetivos del estudio y de su procedimiento. En aquellas asociaciones que aceptaron tomar parte en el estudio, los cuidadores informales de las personas con el diagnóstico de demencia fueron invitadas a participar en el mismo, recibiendo los cuestionarios, aquellas que aceptasen. Los participantes en el estudio tuvieron que firmar un consentimiento informado, y cumplimentaron los cuestionarios en una única sesión de una hora. El estudio se llevó a cabo cumpliendo con la Declaración de Helsinki, y con la aceptación del Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Málaga.

Análisis de datos

Para analizar la relación entre las fortalezas psicológicas y las variables indicativas de salud mental, se llevó a cabo una serie de análisis de correlación canónicas. En el primer conjunto de variables se incluyeron las fortalezas psicológicas, mientras que en el segundo se incluyeron las variables de salud, formado por depresión, ansiedad, estrés, sobrecarga del cuidador y problemas de salud mental. Dado que el tamaño muestral es limitado, se han realizado seis análisis de correlación canónica, agrupando las fortalezas en su respectiva virtud. Se estableció un punto de corte de $|.35|$ para interpretar las correlaciones entre las variables de los dos conjuntos y la variable canónica.

Resultados

En relación con el análisis de correlación canónica con la virtud Sabiduría y Conocimiento (creatividad, curiosidad, apertura a la experiencia, deseo de aprender, y perspectiva), el modelo no resultó significativo con el criterio de Wilks, $\lambda = 0.72$, $F(25, 391.56) = 1.43$, $p = .08$, indicando la ausencia de intercorrelaciones entre los dos conjuntos de variables.

El modelo con las fortalezas de la virtud Coraje (valor, perseverancia, integridad, y vitalidad) arrojó cuatro correlaciones canónicas, con valores de .50, .23, .11 y .03. Con las cuatro funciones incluidas, el modelo resultó significativo, $\lambda = 0.70$, $F(20, 352.51) = 2.01$, $p = .007$. Una vez eliminada la primera correlación canónica, el estadístico F no fue significativo, $F(12, 283.39) = 0.62$, $p = .82$. Por tanto, solo la primera función contribuye a explicar las interrelaciones significativas entre los dos conjuntos de variables. Los coeficientes de correlación entre la variable canónica y las variables de los dos conjuntos se presentan en la Tabla 1. Los resultados muestran que menores puntuaciones en valor y vitalidad se asocian con puntuaciones mayores en depresión, estrés, sobrecarga del cuidador y más problemas de salud mental. De la misma forma, las personas que tienden a obtener altas puntuaciones en valor y vitalidad también tienden a presentar bajas puntuaciones en las citadas variables de salud mental.

Tabla 1

Correlaciones de las variables canónicas con las fortalezas de la virtud Coraje y variables de salud mental

Variables	Variable canónica
<i>Primer conjunto</i>	
Valor	-.47
Perseverancia	-.19
Integridad	-.10
Vitalidad	-.96
<i>Segundo conjunto</i>	
Depresión (DASS-21)	.71
Ansiedad (DASS-21)	.22
Estrés (DASS-21)	.60
Sobrecarga del cuidador (ZCBI)	.58
Problemas de salud mental (GHQ-12)	.81

Respecto a la virtud Humanidad (amor, amabilidad, inteligencia social), el análisis arrojó tres correlaciones canónicas, con valores de .48, .26, y .16. Con las tres funciones incluidas, el modelo resultó significativo, $\lambda = 0.70$, $F(15, 295.78) = 2.71$, $p = .001$. El estadístico F no fue significativo, $F(8, 216) = 1.31$, $p = .23$ al eliminar la primera correlación canónica, indicando que solo la primera función contribuye a explicar las interrelaciones significativas entre los dos conjuntos de variables. Los coeficientes de correlación entre la variable canónica y las variables de los dos conjuntos se presentan en la Tabla 2. Los resultados sugieren que las personas que presentan bajas puntuaciones en amor e inteligencia social tienden también a presentar mayores puntuaciones en depresión, estrés, sobrecarga del cuidador y más problemas de salud mental.

Tabla 2

Correlaciones de las variables canónicas con las fortalezas de la virtud Humanidad y las variables de salud mental

Variables	Variable canónica
<i>Primer conjunto</i>	
Amor	-.71
Amabilidad	-.30
Inteligencia Social	-.86
<i>Segundo conjunto</i>	
Depresión (DASS-21)	.62
Ansiedad (DASS-21)	.27
Estrés (DASS-21)	.67
Sobrecarga del cuidador (ZCBI)	.80
Problemas de salud mental (GHQ-12)	.76

En relación con la virtud Justicia (ciudadanía, imparcialidad y liderazgo), el modelo no muestra intercorrelaciones significativas entre los dos conjuntos de variables, $\lambda = 0.82$, $F(15, 295.78) = 1.38$, $p = .15$. El modelo con las fortalezas de la virtud Templanza (perdón, humildad, prudencia y autorregulación) tampoco resultó estadísticamente significativo, $\lambda = 0.82$, $F(20, 352) = 1.12$, $p = .32$.

Finalmente, el modelo con las fortalezas de la virtud Trascendencia (belleza, gratitud, esperanza, humor y religiosidad) arrojó cinco funciones, con correlaciones de .48, .43, .20, .14 y .04. El estadístico F fue significativo, $F(25, 391.56) = 2.43, p < .001$ al eliminar la primera y segunda correlación canónica, $F(16, 324.47) = 1.88, p = .02$ indicando que las dos funciones contribuyen a explicar las interrelaciones entre los dos conjuntos de variables. Los resultados se presentan en la Tabla 3. La primera variable canónica muestra una correlación negativa entre todas las fortalezas con las variables de salud mental. La segunda variable canónica muestra una relación entre gratitud, religiosidad y depresión, de forma que las personas con altas puntuaciones en gratitud y bajas puntuaciones en religiosidad tienden a presentar bajas puntuaciones en depresión.

Tabla 3
Correlaciones de las dos variables canónicas con las fortalezas de la virtud Trascendencia y las variables de salud mental

Variabes	Variable canónica 1	Variable canónica 2
<i>Primer conjunto</i>		
Belleza	.49	-.17
Gratitud	.68	.45
Esperanza	.95	.06
Humor	.48	-.03
Religiosidad	.44	-.60
<i>Segundo conjunto</i>		
Depresión (DASS-21)	-.64	-.64
Ansiedad (DASS-21)	-.32	-.14
Estrés (DASS-21)	-.70	-.02
Sobrecarga del cuidador (ZCBI)	-.82	.18
Problemas de salud mental (GHQ-12)	-.74	-.23

Discusión

En el presente estudio se pretendía analizar, en cuidadores informales de personas con demencia, la relación entre las fortalezas psicológicas con diferentes indicadores de salud mental de los cuidadores, incluyendo depresión, ansiedad, estrés, sobrecarga del cuidador y problemas generales de salud mental. Para analizar esta relación se llevó a cabo una serie de análisis de correlación canónica, incluyendo en el primer conjunto las fortalezas psicológicas y en el segundo las variables de salud mental. Se ha realizado un análisis por cada una de las fortalezas que componían la respectiva virtud: Sabiduría y Conocimiento, Coraje, Humanidad, Justicia, Templanza y Trascendencia. Como las variables de salud mental son indicadores de desajuste psicológico, se esperaba encontrar una relación negativa entre el conjunto de las fortalezas psicológicas y las variables de salud mental, especialmente con las fortalezas psicológicas relacionadas con las fortalezas del corazón (e.g., esperanza, vitalidad, gratitud y amor), incluidas en las virtudes de Coraje, Humanidad y Trascendencia. Se estableció un punto de corte de $|.35|$ para interpretar las correlaciones entre las variables de los dos conjuntos y la variable canónica.

Los resultados obtenidos indicaron, de forma consistente con lo esperado, ausencia de relaciones significativas entre los indicadores de salud mental y las fortalezas psicológicas de las virtudes Sabiduría y Conocimiento (creatividad, curiosidad, apertura a la experiencia, deseo de aprender, y perspectiva), Justicia (ciudadanía, imparcialidad, y liderazgo) y Templanza (perdón, humildad, prudencia, y autorregulación). Sin embargo, sí se encontraron relaciones significativas con las fortalezas psicológicas de las virtudes Coraje (valor, perseverancia, integridad, y vitalidad), Humanidad (amor, amabilidad, e inteligencia social) y Trascendencia (belleza, gratitud, esperanza, humor, y religiosidad).

Los resultados mostraron relaciones significativas con nueve fortalezas. En concreto, mostraron que mayores puntuaciones en las fortalezas valor, vitalidad, amor, inteligencia social, belleza, gratitud, esperanza, humor, y religiosidad se asocian con puntuaciones menores en depresión, estrés, sobrecarga del cuidador y menos problemas de salud mental, es decir, con mayor salud mental. De esta forma, los cuidadores que presentan mayor salud mental tienden a: defender su postura y actuar según las propias convicciones (valor), afrontar la vida con entusiasmo y energía, incluso en situaciones difíciles (vitalidad), valorar las relaciones con otras personas, en particular con aquellas en las que el afecto y el cuidado son mutuos (amor), ser consciente de las emociones y sentimientos de uno mismo y de los demás (inteligencia social), saber apreciar la belleza de las cosas (belleza), ser consciente y agradecer las cosas buenas que suceden (gratitud), esperar lo mejor para el futuro y trabajar para conseguirlo (esperanza), ver el lado positivo de la vida y tener capacidad para bromear (humor) y pensar que existe un propósito o significado universal en las cosas que ocurren en el mundo y en la propia existencia (religiosidad).

En general, los resultados son consistentes con estudios previos en distintas poblaciones, en los que se ha encontrado que las fortalezas psicológicas como esperanza, vitalidad, gratitud, amor, inteligencia social, y religiosidad se relacionan negativamente con problemas emocionales, como depresión, ansiedad, y estrés (Duan, 2016; Haridas et al., 2017; Lam, 2021; Li et al., 2017; Luna & MacMillan, 2015; Niemiec, 2013; Park & Peterson, 2008; Tehranchi et al., 2018; Zhou et al., 2013) y van en la línea de otros que los relaciona de forma positiva con otros indicadores de salud mental como son satisfacción vital, felicidad, e inteligencia emocional (Blanca et al., 2018; Lee et al., Ovejero et al., 2016; Park et al., 2004; Peterson et al., 2007; Proyer et al., 2011; Ros-Morente et al., 2018). En el contexto del cuidado de personas con demencia, también son consistentes con las investigaciones que muestran menor sobrecarga y mayor satisfacción vital entre aquellos que manifiestan mayores niveles de esperanza, gratitud, vitalidad y amor (García-Castro et al., 2020, 2021).

Por otro lado, hay que resaltar un resultado no esperado en relación con la fortaleza religiosidad. El análisis de correlación canónica de la virtud Trascendencia mostró dos funciones significativas. La primera asociaba de forma negativa religiosidad con los indicadores de problemas de salud mental, consistente con la evidencia empírica. Sin embargo, la segunda lo asocia de forma positiva, de manera que una mayor puntuación en religiosidad se asocia con una mayor puntuación en depresión. Algunos estudios han encontrado que la religiosidad es una estrategia que ayuda a afrontar situaciones difíciles y a neutralizar eventos estresantes, pudiendo ayudar a prevenir la depresión (Koenig et al., 2012). Sin embargo, estudios posteriores han encontrado un patrón distinto dependiendo del tipo de muestra participante en el estudio, sin que la religiosidad suponga un factor de protección de dificultades psicológicas entre las personas jóvenes y aquellos que tienen problemas de salud física (Braam & Koenig, 2019). Es posible que los resultados del presente estudio estén indicando la existencia de diferentes grupos de personas que estén afectados en diferente magnitud por las creencias sobre la existencia de un propósito o significado universal en la vida. Futuros estudios deberían profundizar en el papel que desempeña la religiosidad en el contexto de cuidado de una persona con demencia, así como su relación con las creencias y con la actividad religiosa.

El presente estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, el reclutamiento de participantes se realizó a través de diferentes asociaciones de familiares de personas con Alzheimer y otras demencias, en la provincia de Málaga, dificultando la generalización de los resultados obtenidos. En segundo lugar, las medidas se obtuvieron a través de autoinforme, lo que no impide que haya sesgos de los participantes al responder a los cuestionarios. Y, en tercer lugar, el tamaño muestral ha sido limitado dada las dificultades que supone acceder a poblaciones específicas. Este tamaño muestral ha posibilitado analizar la relación entre los indicadores de salud mental y las fortalezas psicológicas clasificándolas en sus respectivas virtudes, pero no se ha podido analizar la relación con todo el conjunto de fortalezas.

Pese a las limitaciones mencionadas, los resultados han identificado un conjunto de fortalezas que pueden actuar como factores protectores de problemas relacionados con la salud mental. En general, aquellos cuidadores informales que muestran puntuaciones más elevadas en las fortalezas psicológicas correspondientes a las virtudes de Coraje, Humanidad, y Trascendencia tienden a mostrar menores puntuaciones en depresión, estrés, sobrecarga del cuidador y menores problemas de salud mental. Estos hallazgos apoyan la literatura previa, aportando una mayor evidencia sobre la relevancia de determinadas fortalezas psicológicas en la salud y bienestar de los cuidadores informales de personas con demencia. Estos resultados pueden tener implicaciones clínicas ya que sugieren que los programas de intervención basados en psicología positiva, en la promoción y desarrollo de fortalezas psicológicas, y más específicamente en las fortalezas psicológicas de valor, vitalidad, amor, inteligencia social, belleza, gratitud, esperanza, y humor, podrían mejorar la salud mental de los cuidadores. Estudios previos que han realizado revisiones sistemáticas y meta-análisis del impacto de estas intervenciones han demostrado su efectividad para aumentar el bienestar y disminuir ansiedad y depresión (Hendriks et al., 2018; Schutte & Malouff, 2019). También se han propuesto actuaciones no solo con cuidadores de personas con demencia (Yu et al., 2020), sino también con otras poblaciones provenientes de muestras clínicas con problemas psiquiátricos (Chakhssi et al., 2018), personas con dolor crónico de espalda (Baxter et al., 2012), o pacientes diagnosticados de cáncer (Rustøen et al., 2011). En general, los resultados muestran un aumento del bienestar y una disminución de distrés.

Agradecimientos. Agradecemos al *VIA Institute on Character* por proporcionarnos el *VIA Inventory of Strengths* (VIA-IS). También agradecemos a las asociaciones de familiares de personas con Alzheimer y otras demencias de Fuengirola y Mijas Costa, Benalmádena, Rincón de la Victoria, Coín, Mijas, Vélez-Málaga, Pizarra, Estepona, Málaga, Antequera, y Marbella su colaboración en este estudio.

Referencias

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Association.
2. Azañedo, C. M., Fernández-Abascal, E. G., & Barraca, J. (2014). Character strengths in Spain: Validation of the Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS) in a Spanish sample. *Clínica y Salud, 25*, 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.06.002>.
3. Baxter, H. J., Johnson, M. H., & Bean, D. (2012). Efficacy of a character strengths and gratitude intervention for people with chronic back pain. *The Australian Journal of Rehabilitation Counseling, 18*(2), 135. <http://doi.org/10.1017/jrc.2012.14>.
4. Blanca, M. J., Ferragut, M., Ortiz-Tallo, M., & Bendayan, R. (2018). Life satisfaction and character strengths in Spanish early adolescents. *Journal of Happiness Studies, 19*, 1247–1260. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9865-y>.
5. Braam, A. W., & Koenig, H. G. (2019). Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 257*, 428–438. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.063>.
6. Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry, 18*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2>.
7. Chiao, C. Y., Wu, H. S., & Hsiao, C. Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review, 62*, 340–350. <https://doi.org/10.1111/inr.12194>.
8. Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Turró-Gariga, O., Vilalta-Franch, J., & López-Pousa, S. (2010). Differential features of burden between spouse and adult-child caregivers of patients with Alzheimer's disease: An exploratory comparative design. *International Journal of Nursing Studies, 47*, 1262–1273. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.03.001>.
9. Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment, 24*, 195–205. <https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>.
10. Duan, W. (2016). The benefits of personal strengths in mental health of stressed students: A longitudinal investigation. *Quality of Life Research, 25*, 2879–2888. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1320-8>.
11. Ferragut, M., González, V., & Ramos, N. (2013). Fortalezas psicológicas: la otra cara de la psicopatología. En M. Ortiz-Tallo (coord.) *Psicopatología Clínica* (pp. 165-170). Editorial Pirámide.
12. García-Castro, F. J., Alba, A., & Blanca, M. J. (2020). Association between character strengths and caregiver burden: Hope as a mediator. *Journal of Happiness Studies, 21*(4), 1–18. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00138-2>.
13. García-Castro, F. J., Hernández, A., & Blanca, M. J. (2021). Life satisfaction and the mediating role of character strengths and gains in informal caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. <http://doi.org/10.1111/jpm.12764>*.
14. Goldberg, D.P. & Williams P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-NELSON.
15. Haridas, S., Bhullar, N., & Dunstan, D. A. (2017). What's in character strengths? Profiling strengths of the heart and mind in a community sample. *Personality and Individual Differences, 113*, 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.03.006>.
16. Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., Graafsma, T., Bohlmeijer, E., & de Jong, J., (2018). The efficacy of positive psychology interventions from non-Western countries: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Wellbeing, 8*(1), 71–98. <https://doi.org/10.5502/ijw.v8i1.711>.
17. Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing, 68*, 846–855. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x>.
18. Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press.
19. Lam, K. K. L. (2021). The mediating effect of gratitude in the relationship between zest for life and depression. *Personality and Individual Differences, 171*, 110476. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110476>.

20. Lee, J. N. T., Foo, K. H., Adams, A., Morgan, R., & Frewen, A. (2015). Strengths of character, orientations to happiness, life satisfaction and purpose in Singapore. *Journal of Tropical Psychology*, 5, 22–35. <https://doi.org/10.1017/jtp.2015.2>.
21. Li, T., Duan, W., & Guo, P. (2017). Character strengths, social anxiety, and physiological stress reactivity. *Peer J*, 5, e3396. <https://doi.org/10.7717/peerj.3396>.
22. Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995a). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Psychology Foundation of Australia.
23. Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995b). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33, 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U).
24. Luna, N., & MacMillan, T. (2015). The relationship between spirituality and depressive symptom severity, psychosocial functioning impairment, and quality of life: Examining the impact of age, gender, and ethnic differences. *Mental Health, Religion & Culture*, 18, 513–525. <https://doi.org/10.1080/13674676.2015.1087481>.
25. Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P., et al. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit [Spanish adaptation of the Zarit Burden Interview]. *Revista de Gerontología*, 6, 338–346.
26. Martínez-Cortés, M. C., López-Liria, R., Padilla-Góngora, D., García-Goldsmith, M., Rodríguez-Martín, C. R., & Lucas-Acién, F. (2011). Sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer en estadios leve y moderado [Caregiver burden in relatives of patients with mild or moderate Alzheimer's disease]. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD*, 4, 269–276.
27. Niemiec, R. M. (2013). VIA character strengths: Research and practice (the first 10 years). In H. H. Knoop & A. Delle Fave (Eds.), *Well-being and cultures: Perspectives from positive psychology, cross-cultural advancements in positive psychology* (pp. 11–29). Springer.
28. Ovejero, M. M., Cardenal, V., & Ortiz-Tallo, M. (2016). Fortalezas humanas y bienestar biopsicosocial: Revisión sistemática [Character strengths and biopsychosocial well-being: A systematic review]. *Escritos de Psicología*, 9(3), 4–14. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2016.2311>.
29. Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 603–619. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.603.50748>.
30. Park, N., & Peterson, C. (2006). Moral competence and character strengths among adolescents: The development and validation of the Values in Action Inventory of Strengths for Youth. *Journal of Adolescence*, 29(6), 891–909. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.04.011>.
31. Park, N., & Peterson, C. (2008). Positive psychology and character strengths: Application to strengths-based school counselling. *Professional School Counselling*, 12, 85–92. <https://doi.org/10.5330/PSC.n.2010-12.85>.
32. Peterson, C., Ruch, W., Beerman, U., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2007). Strengths of character, orientation to happiness, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2(3), 149–156. <https://doi.org/10.1080/17439760701228938>.
33. Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.
34. Peterson, C., & Park, N. (2009). Classifying and measuring strengths of character. In S. J. López & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed., pp. 25–33). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0004>.
35. Prince, M., Guerchet, M., & Prina, M. (2013). *Policy brief for heads of government. The global impact of dementia 2013-2050*. Alzheimer's Disease International.
36. Prince, M., & Jackson, J. (2009). *World Alzheimer Report 2009*. Alzheimer's Disease International.
37. Proyer, R. T., Gander, F., Wyss, T., & Ruch, W. (2011). The relation of character strengths to past, present, and future life satisfaction among German-speaking women. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3, 370–384. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2011.01060.x>.
38. Raivio, M. M., Laakkonen, M. L., & Pitkälä, K. H. (2015). Psychological well-being of spousal caregivers of persons with Alzheimer's disease and associated factors. *European Geriatric Medicine*, 6(2), 128–133. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2014.08.006>.
39. Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 125–139.

40. Roepke, S. K., Allison, M., Von Känel, R., Mausbach, B. T., Chattillion, E. A., Harmell, A. L., Patterson, T. L., Dimsdale, J. E., Mills, P. J., Ziegler, M. G., Ancoli-Israel, S., & Grant, I. (2012). Relationship between chronic stress and carotid intima-media thickness (IMT) in elderly Alzheimer's disease caregivers. *Stress, 15*(2), 121–129. <https://doi.org/10.3109/10253890.2011.596866>.
41. Ros-Morente, A., Alsinet, C., Torrelles, C., Blasco, A., & Jordana, N. (2018). An examination of the relationship between emotional intelligence, positive affect and character strengths and virtues. *Anales de Psicología, 34*, 63–67. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.262891>.
42. Rustøen, T., Cooper, B. A., & Miaskowski, C. (2011). A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients. *European Journal of Oncology Nursing, 15*, 351–357. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.09.001>.
43. Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2019). The impact of signature character strengths interventions: A meta-analysis. *Journal of Happiness Studies, 20*(4), 1179–1196. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-9990-2>.
44. Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5–14. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.55.1.5>.
45. Settineri, S., Rizzo, A., Liotta, M., & Mento, C. (2014). Caregiver's burden and quality of life: Caring for physical and mental illness. *International Journal of Psychological Research, 7* (1), 30–39. <https://doi.org/10.21500/20112084.665>.
46. Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with Positive Psychology Interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology. In Session, 65*, 467–487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>.
47. Steger, M. F., Hicks, B. M., Kashdan, T. B., Krueger, R. F., & Bouchard Jr, T. J. (2007). Genetic and environmental influences on the positive traits of the values in action classification, and biometric covariance with normal personality. *Journal of Research in Personality, 41*(3), 524–539. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.06.002>.
48. Tehranchi, A., Neshat Doost, H. T., Amiri, S., & Power, M. J. (2018). The role of character strengths in depression: A structural equation model. *Frontiers in Psychology, 9*, 1609. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01609>.
49. Yu, D., Cheng, S. T., Chow, E. O. W., Kwok, T., & McCormack, B. (2020). Effects of strength-based intervention on health outcomes of family caregivers of persons with dementia: A study protocol. *Journal of Advanced Nursing, 76*(10), 2737–2746. <https://doi.org/10.1111/jan.14470>.
50. Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist, 20*, 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>.
51. Zhou, Y., Siu, A. F. Y., & Liu, X. P. (2013). What does not kill me makes me stronger: The relationship between depression history, character strengths and coping strategies. *Indian Journal of Health & Wellbeing, 4*, 1249–1254.

RECIBIDO: 20 de mayo de 2021
 MODIFICADO: 27 de mayo de 2021
 ACEPTADO: 29 de mayo de 2021