



ORIGINAL/SECCIÓN CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer

Igone Etxeberria Arritxabal^{a,*}, Álvaro García Soler^a, Ainhoa Iglesias Da Silva^a, Elena Urdaneta Artola^a, Idoia Lorea González^b, Pura Díaz Veiga^a y José Javier Yanguas Lezaun^a

^a Fundación Instituto Gerontológico Matia-Ingema, San Sebastián, España

^b Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Navarra (AFAN), Pamplona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de junio de 2010

Aceptado el 22 de diciembre de 2010

On-line el 19 mayo 2011

Palabras clave:

Intervención psicoeducativa

Regulación emocional

Cuidadores de enfermos de Alzheimer

R E S U M E N

Introducción: El presente estudio muestra los resultados de una intervención psicoeducativa que pretende dotar de estrategias de regulación de las emociones positivas y negativas con cuidadores de enfermos de Alzheimer.

Material y métodos: En este estudio participaron 52 cuidadores informales de enfermos de Alzheimer. Estos cuidadores se distribuyeron en 2 grupos: grupo experimental (n = 20) y grupo control (n = 32). Todos fueron evaluados antes y después de la intervención a través de diferentes instrumentos de medida de los estresores, moduladores y consecuencias del cuidado.

Resultados: En el contraste intergrupos, el grupo experimental, en comparación con el grupo control, obtuvo puntuaciones más altas en afecto positivo, bienestar subjetivo, regulación emocional y satisfacción con el cuidado, y valores inferiores en estrés percibido y afecto negativo. En el contraste intragrupos, los sujetos del grupo experimental registraron, inmediatamente tras la intervención, descensos significativos en las puntuaciones relativas a los pensamientos disfuncionales y la atención emocional. En los sujetos del grupo control se registra una mayor puntuación en apoyo psicosocial y un descenso en la satisfacción con el cuidado.

Conclusiones: El programa desarrollado ha contribuido a que sus participantes experimenten un mayor bienestar emocional, atiendan a sus emociones de modo más adecuado y sufran menos pensamientos disfuncionales en relación con el cuidado. Estudios posteriores deberán confirmar establecer la estabilidad de los cambios registrados, dado el carácter progresivo del aprendizaje de las habilidades entrenadas y las cambiantes necesidades asociadas al cuidado.

© 2010 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Effects of training in emotional regulation strategies on the well-being of carers of Alzheimer patients

A B S T R A C T

Keywords:

Psychoeducational programme

Emotional regulation

Alzheimer's caregivers

Introduction: The present research shows the results of a psychoeducational intervention programme centered on the regulation of the emotion among Alzheimer patients' caregivers.

Materials and methods: 52 informal caregivers of Alzheimer's patients participated. These caregivers were distributed into two groups: the experimental group (n = 20) and the control group (n = 32). All the participants were evaluated before and after the intervention programme through the application of different measurement tools measuring variables related to the care giving process; stressors, modulation variables and care giving consequences.

Results: In the inter group contrast, the experimental group, when compared with the control condition, obtained higher scores in positive affect, subjective well-being, regulation of emotions, and satisfaction with caregiving. However, the experimental group recorded lower values in perceived stress and

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: igone.etxeberria@ingema.es (I. Etxeberria Arritxabal).

negative affect. With reference to the intragroup contrast, the experimental group showed a significant decrease in dysfunctional thoughts and emotional attention. The control group registered higher levels of psychosocial support and lower satisfaction with caregiving.

Conclusions: The training programme, that we both developed and conducted, has contributed to a greater feeling of emotional well-being amongst the its participant caregivers, who now take more adequate care of their emotions and suffer fewer dysfunctional thoughts in relation to caregiving. In future studies, the stability of the results presented in this investigation should be established due to the progressive character of the skills learned during the programme, and the changing needs associated with the caregiving process.

© 2010 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Existe evidencia científica acerca de las negativas repercusiones emocionales que el proceso de cuidado tiene sobre los cuidadores¹, sin embargo, pocos son los estudios que han investigado en detalle las emociones que con más frecuencia se generan a lo largo de este proceso². Las investigaciones en el ámbito de las emociones en los cuidadores de enfermos de Alzheimer se han centrado, básicamente, en el estudio de dos grandes trastornos psicoafectivos: la depresión y la ansiedad³. Otros trabajos se han ocupado del estudio de las emociones en los cuidadores de enfermos de Alzheimer^{4,5}. El estudio descriptivo llevado a cabo por Meuser y Marwit⁵ sobre el proceso *grief* (traducible por duelo y relacionado con la sensación de pérdida del familiar mientras todavía está vivo) en cuidadores de enfermos de Alzheimer encuentra diferencias emocionales (tristeza, ira, soledad y frustración) dependiendo de si los cuidadores eran hijos/as o esposos/as, y de la fase de la enfermedad en la que se hallaba la persona afectada. Asimismo, se ha encontrado una asociación positiva entre los niveles de afecto positivo y el apoyo social percibido, así como del afecto negativo y las quejas somáticas y sobrecarga en cuidadores de enfermos de Alzheimer⁶.

Por otro lado, con el objetivo de aliviar el estrés psicológico y aumentar el bienestar emocional, numerosos estudios han contribuido desde hace más de 20 años a crear un amplio rango de programas y servicios diseñados para paliar los efectos negativos del cuidado. Aunque los tratamientos empíricamente validados no han tenido gran implantación práctica, varios estudios bien controlados han provisto de una sólida base que guía la práctica clínica con este colectivo, véanse por ejemplo las diferentes revisiones y metaanálisis realizados hasta la fecha^{7,8}.

Los estudios realizados con cuidadores sugieren que las intervenciones tienen efectos positivos sobre pensamientos disfuncionales, ideas irracionales, emociones negativas asociadas al cuidado⁹, ansiedad, ira y hostilidad¹⁰, o malestar ante los problemas de conducta del familiar¹¹. Algunas revisiones muestran claramente que las intervenciones cognitivo-conductuales son las más efectivas¹² ya que la educación por sí sola, ya sea individual o grupal se ha mostrado ineficaz¹³. Teniendo en cuenta la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en gran parte de las demandas clínicas por encima de otros acercamientos terapéuticos¹⁴, especialmente en trastornos de ansiedad y depresión, el programa de intervención que se presenta se diseñó basándose en este modelo de terapia adaptado a las necesidades psicológicas del cuidador¹⁵.

El objetivo principal de este trabajo fue evaluar la eficacia de un programa psicoeducativo sobre la mejora del bienestar emocional y la reducción del grado de estrés, sobrecarga y depresión de los cuidadores. A través del programa se pretende dotar a los cuidadores de habilidades y estrategias de regulación emocional. Nuestro programa de intervención psicoeducativa grupal se basa en el modelo de terapia cognitivo-conductual y trata de adaptarse a las necesidades de los cuidadores.

Material y métodos

Participantes

Con el fin de seleccionar a los participantes se contactó con las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer de Guipúzcoa (AFAGI) y Navarra (AFAN), así como con Servicios Sociales de diversos municipios de la provincia de Guipúzcoa. En un primer momento el contacto con los cuidadores se realizó telefónicamente y se ofreció participar en el estudio a cerca de 100 cuidadores. Accedieron a participar 52 cuidadores informales de enfermos de Alzheimer residentes en la comunidad que, en su totalidad, completaron el estudio.

Los datos sociodemográficos de la muestra y algunos datos relativos a las características del cuidado se describen en la [tabla 1](#).

Variables e instrumentos

Todos los cuidadores fueron evaluados antes y después del programa de intervención mediante entrevista individual por un psicólogo en las oficinas de la Fundación Ingema en San Sebastián. La duración media de cada una de las evaluaciones fue de una hora y media. El protocolo de evaluación incluía la valoración de variables relevantes en la investigación con cuidadores asociadas al modelo de estrés de Pearlin¹⁶. Las variables evaluadas incluían variables contexto, estresores subjetivos, variables moduladoras y consecuencias del cuidado.

Variables contextuales

Se evaluaron las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, relación de parentesco con la persona cuidada, el nivel educativo y si el cuidador estaba activo laboralmente. Con respecto a las variables relacionadas con el cuidado, se contemplaron el número de años y horas diarias dedicadas al cuidado, y la recepción de ayuda formal e informal.

Estresores subjetivos

- *Pensamientos disfuncionales sobre el cuidado.* Se midió a través del Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales sobre el Cuidado¹⁷. Consta de 16 ítems. Presenta una consistencia interna (α de Cronbach) en el cuestionario original de 0,89.
- *Sobrecarga.* Para su evaluación se utilizó la Escala de Sobrecarga del Cuidador (CBI)¹⁸. Consta de 22 ítems, y muestra una consistencia interna, en la adaptación española, de 0,91.

Variables moduladoras

- *Apoyo psicosocial.* Se evaluó mediante el Cuestionario de Apoyo Psicosocial (PSQ)¹⁹. Se trata de una escala que consta de 6 ítems, relacionados con el apoyo social proporcionado por parte de familiares y amigos. La escala original presenta un coeficiente de fiabilidad de 0,70.

Tabla 1
Características descriptivas de los cuidadores del grupo experimental y del grupo control

| | Grupo experimental | Grupo control | U | p |
|--|--------------------|---------------|----------|--------------------|
| <i>Edad</i> | | | | |
| Media | 56 | 54,10 | -0,598 | 0,550 |
| *DT | 13 | 12,30 | | |
| Intervalo | 28-77 | 29-88 | | |
| <i>Tiempo cuidando (años)</i> | | | | |
| Media | 4,6 | 5,1 | -0,999 | 0,318 |
| DT | 4,06 | 3,1 | | |
| <i>Horas al cuidado (diarias)</i> | | | | |
| Media | 7,2 | 7,3 | -0,136 | 0,892 |
| DT | 3,6 | 5,1 | | |
| | Grupo experimental | Grupo control | χ^2 | p |
| <i>Sexo (%)</i> | | | | |
| Mujer | 65 | 87 | 3,509 | 0,061 |
| Hombre | 35 | 13 | | |
| <i>Parentesco (%)</i> | | | | |
| Espos/a | 30 | 47 | 2,946 | 0,567 |
| Hijo/a | 65 | 53 | | |
| Otro | 5 | - | | |
| <i>Estado civil (%)</i> | | | | |
| Soltero | 30 | 23 | 2,898 | 0,408 |
| Casado | 70 | 64 | | |
| Divorciado | - | 10 | | |
| Viudo | - | 3 | | |
| <i>Nivel educativo (%)</i> | | | | |
| Primaria | 60 | 35,5 | 10,027 | 0,074 |
| Secundaria | 20 | 6,5 | | |
| Formación profesional | 10 | 13 | | |
| Estudios universitarios | 10 | 45 | | |
| <i>Trabaja (%)</i> | | | | |
| Sí | 20 | 64,5 | 9,670 | 0,002 ^a |
| No | 80 | 35,5 | | |
| <i>Recepción de ayuda informal (%)</i> | | | | |
| Sí | 55 | 77 | 1,587 | 0,208 |
| No | 45 | 23 | | |
| <i>Recepción de ayuda formal (%)</i> | | | | |
| Sí | 70 | 58 | 0,741 | 0,389 |
| No | 30 | 42 | | |

^ap < 0,05. *Desviación Típica (DT).

- **Afecto positivo y negativo.** Se evaluó a través de la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (Positive Affect and Negative Affect Schedule, PANAS²⁰; adaptación española de Sandín²¹), compuesta por 2 subescalas, una de emociones positivas y otra de emociones negativas, con 10 ítems cada una. Los coeficientes alfa de las subescalas afecto positivo y afecto negativo, en la adaptación española, resultan ser elevados, tanto para el grupo de varones (afecto positivo: $\alpha = 0,89$; afecto negativo: $\alpha = 0,91$) como para el de mujeres (afecto positivo: $\alpha = 0,87$; afecto negativo: $\alpha = 0,89$). A través de esta escala podemos obtener también una medida de *balance emocional*. Para ello, se halla la diferencia entre el afecto positivo y el afecto negativo.
- **Satisfacción con la vida.** Se evaluó a través de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)²², adaptación española de Pons, Atienza, Balaguer y García-Merita²³ compuesta por 5 ítems. La fiabilidad de la escala original, medida a través de alfa de Cronbach, es de 0,87.
- **Bienestar subjetivo.** Este constructo se compone de 2 dimensiones: una dimensión afectiva (afecto positivo y afecto negativo) y una dimensión cognitiva (evaluación cognitiva que realiza el sujeto de la satisfacción con su vida en general, o de la consecución de los objetivos marcados). En el presente estudio, el

bienestar subjetivo se ha obtenido del sumatorio de 2 medidas: balance emocional (afecto positivo y afecto negativo) y satisfacción con la vida.

- **Satisfacción con el cuidado.** Para su evaluación se utilizó la Escala de Satisfacción con el Cuidado²⁴. Consta de 6 ítems, medidos de manera inversa y una consistencia interna, en la escala original, que oscila entre 0,67 y 0,92.
- **Inteligencia emocional.** Se utilizó la Escala Rasgo de Metacognición sobre Estados Emocionales (TMMS-24; Fernández-Berrocal et al²⁵) para evaluar las 3 dimensiones claves de la IE: atención emocional, claridad de sentimientos y reparación emocional. Está compuesta por 24 ítems, 8 ítems por factor, y su fiabilidad para cada dimensión, en la adaptación española, es: atención ($\alpha = 0,90$); claridad ($\alpha = 0,90$) y reparación ($\alpha = 0,90$).

Consecuencias del cuidado

- **Sintomatología depresiva.** Se evaluó mediante la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)²⁶. El cuestionario de 20 ítems presenta, en el trabajo original, un alfa de Cronbach de 0,85 (para muestras poblacionales) y 0,90 para muestras clínicas.
- **Estrés percibido.** Se utilizó para su medición la Escala de Estrés Percibido (PSS)²⁷; adaptación española de Remor y Carrobbles²⁸. Consta de 14 ítems y presenta un coeficiente alfa, en el trabajo original, que varía entre 0,84 y 0,86.

Procedimiento

Para la distribución de los participantes se tomó el criterio de accesibilidad a la muestra. Los cuidadores de enfermos de Alzheimer que formaron parte del grupo que recibió intervención ($n = 20$) se distribuyeron en 3 subgrupos de 6 cuidadores en 2 de los grupos y 8 cuidadores en el tercer grupo. El criterio utilizado para mantener la condición de grupo experimental fue que debían cumplir con un 70% mínimo de asistencia a las sesiones del programa de intervención impartidas de forma semanal. El grupo control estaba formado por 32 cuidadores que permanecieron en lista de espera. Los datos de las características sociodemográficas de la muestra se reflejan en la [tabla 1](#).

El programa tiene su base en el modelo de terapia cognitivo-conductual según las aportaciones que la terapia cognitiva de Beck²⁹ y la terapia racional emotiva de Ellis³⁰ hicieron a la terapia de conducta, entroncando con las terapias de segunda generación. En la línea de intervenciones psicoeducativas centradas en las emociones diseñadas por otros autores¹⁰, en este programa se busca, conociendo la interrelación entre pensamiento, emoción y conducta, instruir en estrategias de regulación emocional que permitan el cambio en las emociones a través de la modificación de los estilos de pensamiento (por ejemplo, reestructuración cognitiva y debate cognitivo), así como la modificación de la conducta con relación al ambiente (aumento de actividades gratificantes, relajación progresiva, entrenamiento en respiración, entrenamiento en el manejo de las conductas problemáticas del familiar).

Con esta base, se desarrolló un programa psicoeducativo en el que, para conseguir los objetivos terapéuticos, el protocolo de las sesiones consistía en dotar de información a los cuidadores y en el entrenamiento de habilidades y estrategias dirigidas a la modificación emocional a través de explicaciones teóricas sencillas, desarrollo de técnicas de intervención y ejercicios.

El aprendizaje de los conceptos y el desarrollo de las estrategias psicológicas de afrontamiento no se restringían a lo trabajado en la sesión, sino que el profesional proponía ejercicios y entrenamiento para casa con el objetivo de que el aprendizaje se fuera afianzando desde el inicio, a través de la práctica continua.

El programa de intervención se estructuró en 10 sesiones ([tabla 2](#)), con una frecuencia de una sesión por semana y con

Tabla 2
Objetivos de las sesiones de la intervención psicoeducativa

| Sesión | Desarrollo de las sesiones de intervención |
|--------|--|
| 1 | Inicio y presentación del curso y de los participantes |
| 2 | Proporcionar una breve base teórica de la enfermedad de Alzheimer Definir el concepto de ansiedad: mecanismos de funcionamiento y sistemas de respuesta |
| 3 | Aprender a identificar respuestas de ansiedad y su gradación Instrucción y práctica de la técnica de la respiración profunda Ahondar en el concepto de ansiedad: consecuencias en el bienestar del cuidador |
| 4 | Reducir la ansiedad a través de la técnica de la relajación diferencial Introducir el concepto de emociones: definición, funcionamiento, regulación y pensamientos asociados Aprender a identificar emociones y pensamientos asociados Instrucción y práctica de la técnica de la relajación diferencial combinada con la respiración |
| 5 | Explicar la relación existente entre pensamiento, lenguaje y emoción: influencia de los pensamientos irracionales en las emociones Aprender a identificar emociones y errores cognitivos |
| 6 | Aprendizaje de modificación emocional, a través del debate cognitivo (modelo de A-B-C/D de Ellis): ideas irracionales sobre el cuidado |
| 7 | Explicar los estilos de comunicación: importancia de la asertividad Aprendizaje y <i>roleplaying</i> de situaciones de petición de ayuda |
| 8 | Aprender a identificar y analizar comportamientos problemáticos Dotar a los cuidadores de habilidades de manejo de conductas problemáticas: importancia de la recompensa/no recompensa |
| 9 | Explicar la relación entre actividades gratificantes, emociones positivas y salud: favorecer la práctica de actividades agradables Aprender que, para cuidar bien, es necesario cuidarse uno mismo |
| 10 | Repasar y afianzar las habilidades aprendidas Prevención de recaídas a lo largo del cuidado |

una duración de 2 h por sesión. La estructura era la misma en cada sesión: a) revisión de las tareas para casa (solución de dudas, reforzamiento de los avances) y repaso del contenido de la sesión anterior; b) explicación y desarrollo del contenido de la sesión; c) ejercicio guiado focalizando en el desarrollo práctico de las habilidades explicadas durante la sesión; d) definición de las tareas para casa a realizar durante la semana, y e) relajación en grupo y despedida.

Los grupos fueron coordinados por una psicóloga con formación en terapia cognitivo-conductual y experiencia en intervención con cuidadores. El programa se diseñó buscando la máxima adherencia de los participantes a la intervención, por medio de la dotación durante las primeras 2 sesiones de estrategias de regulación emocional eficaces. Estas estrategias se seleccionaron con el fin de que los participantes pudieran poner esas estrategias en práctica lo antes posible, por lo que debían ser sencillas y rápidas de aprender.

Análisis de datos

En primer lugar, se analizaron las diferencias entre el grupo control y el grupo experimental con respecto a las variables sociodemográficas y relacionadas con el cuidado. En segundo lugar, se comprobó si existían diferencias entre el grupo control y el grupo experimental antes de la intervención, con el fin de poder identificar aquellas variables en las que se daban diferencias previas y descartarlas de los análisis estadísticos posteriores. Igualmente, se identificaron aquellas variables en las que se daban diferencias significativas tras la intervención, con el objetivo de observar la eficacia del programa de intervención psicoeducativa. En tercer lugar, para determinar si se habían dado cambios intragrupo tras la intervención, se analizaron para cada grupo las diferencias entre las puntuaciones preintervención y post-intervención.

Para analizar las diferencias entre grupos de las variables sociodemográficas y relacionadas con el cuidado se utilizaron las pruebas estadísticas no paramétricas de comparación de medias para muestras independientes (prueba U de Mann-Whitney) y para analizar

la relación de dependencia o independencia entre 2 variables nominales se ha utilizado el análisis de contingencia.

Para el contraste intergrupos, se analizaron las puntuaciones medias de las evaluaciones pre y post-intervención, utilizando las pruebas estadísticas no paramétricas de comparación de medias para muestras independientes (prueba U de Mann-Whitney). El análisis para verificar si existían cambios intragrupo tras la intervención se realizó a través de pruebas estadísticas no paramétricas para muestras relacionadas (prueba de Wilcoxon). La elección de estas pruebas se basa en el no cumplimiento del supuesto de normalidad para las pruebas paramétricas debido al reducido tamaño de la muestra. Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa SPSS versión 16.0.

Resultados

Características sociodemográficas de los participantes

En la tabla 1 se presentan los datos descriptivos de los cuidadores del grupo experimental y del grupo control. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables sociodemográficas, excepto en la variable «trabajo» ($\chi^2 = 9,670$; $p = 0,002$). Los cuidadores del grupo control se hallan en mayor medida activos laboralmente.

Diferencias entre grupos de los resultados antes de la intervención

Al realizar el contraste de medias entre ambos grupos antes de la fase de intervención (pretratamiento), se encontraron diferencias estadísticamente significativas. El grupo control presentó, en comparación con el grupo experimental, mayores niveles de sintomatología depresiva ($z = -2,724$; $p = 0,006$), mayores niveles de sobrecarga ($z = -2,432$; $p = 0,015$), así como una menor atención a las propias emociones ($z = -3,857$; $p = 0,000$), perteneciente a la escala TMMS-24. No se cumple, por lo tanto, de forma rigurosa y absoluta la condición de homogeneidad previa a la intervención para ambos grupos y por este motivo estas variables no se consideraron en los análisis intergrupos, si bien se mantuvieron para los análisis intragrupo pre y post-intervención.

Diferencias intragrupo de los resultados de la valoración antes de la intervención y después de la intervención

Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas del contraste de medias intragrupo en la fase inicial y final. Estas diferencias apuntan en el grupo control a un aumento de la puntuación en la escala de apoyo psicosocial ($z = -2,468$; $p = 0,014$), al igual que una puntuación mayor en la escala de satisfacción con el cuidado ($z = -2,655$; $p = 0,008$). Al ser medida de forma inversa, los valores de la escala de satisfacción con el cuidado indicarían que el grupo control presenta una menor satisfacción en la evaluación post-intervención.

En el grupo experimental, los resultados indican una disminución de los pensamientos disfuncionales ($z = -2,254$; $p = 0,024$) sobre el cuidado. Asimismo, se ha registrado una disminución en la dimensión de atención emocional ($z = -3,247$; $p = 0,001$), de la escala TMMS-24, lo que indica que son más capaces de atender a las emociones de forma adecuada tras la intervención. En el resto de variables no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

Diferencias entre-grupos de los resultados post-intervención

Al realizar el contraste de medias entre ambos grupos después de la intervención (postratamiento), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en afecto positivo ($z = -2,016$;

Tabla 3
Diferencias entre medias obtenidas por el grupo control y por el grupo experimental después del programa de intervención

| Variable | Grupo control | | Grupo experimental | | Z | p |
|------------------------------------|------------------------|-------|-----------------------|-------|--------|--------------------|
| | Media | DE | Media | DE | | |
| <i>Afecto positivo</i> | | | | | | |
| Pre | 27,19 | 6,42 | 29,45 | 5,38 | -1,314 | 0,189 |
| Post | 27,39 | 4,75 | 30,17 | 4,95 | -2,016 | 0,044 ^a |
| | Z, = -0,712, p = 0,477 | | Z = -0,475, p = 0,635 | | | |
| <i>Bienestar subjetivo</i> | | | | | | |
| Pre | 27,45 | 13,16 | 33,00 | 12,07 | -1,806 | 0,071 |
| Post | 26,26 | 15,42 | 36,76 | 10,79 | -2,130 | 0,033 ^a |
| | Z, = -0,137, p = 0,891 | | Z = -1,279, p = 0,201 | | | |
| <i>Reparación emocional</i> | | | | | | |
| Pre | 22,10 | 7,23 | 23,75 | 5,73 | -1,218 | 0,223 |
| Post | 23,48 | 6,84 | 27,17 | 5,32 | -2,082 | 0,037 ^a |
| | Z, = -0,383, p = 0,701 | | Z = -1,308, p = 0,191 | | | |
| <i>Satisfacción con el cuidado</i> | | | | | | |
| Pre | 14,42 | 5,73 | 11,40 | 3,68 | -1,839 | 0,066 |
| Post | 16,57 | 4,93 | 10,24 | 3,61 | -3,742 | 0,000 ^b |
| | Z, = -2,655, p = 0,008 | | Z = -1,069, p = 0,285 | | | |
| <i>Estrés percibido</i> | | | | | | |
| Pre | 20,00 | 8,34 | 16,70 | 5,08 | -1,450 | 0,147 |
| Post | 23,87 | 9,97 | 14,56 | 7,84 | -2,932 | 0,003 ^b |
| | Z, = -0,228, p = 0,819 | | Z = -1,460, p = 0,144 | | | |
| <i>Afecto negativo</i> | | | | | | |
| Pre | 20,13 | 5,52 | 18,70 | 6,47 | -1,316 | 0,188 |
| Post | 21,65 | 8,38 | 15,89 | 4,76 | -2,569 | 0,010 ^b |
| | Z, = -0,260, p = 0,794 | | Z = -1,822, p = 0,068 | | | |
| <i>Apoyo psicosocial</i> | | | | | | |
| Pre | 11,55 | 3,45 | 11,65 | 4,29 | -0,359 | 0,720 |
| Post | 12,87 | 3,95 | 12,28 | 4,07 | -0,489 | 0,625 |
| | Z, = -2,468, p = 0,014 | | Z = -0,829, p = 0,407 | | | |
| <i>Atención emocional</i> | | | | | | |
| Pre | 22,06 | 5,23 | 29,25 | 5,60 | -3,857 | 0,000 ^b |
| Post | 20,09 | 5,43 | 19,89 | 4,76 | -0,198 | 0,843 |
| | Z = -1,360, p = 0,174 | | Z = -3,247, p = 0,001 | | | |
| <i>Pensamientos disfuncionales</i> | | | | | | |
| Pre | 22,00 | 9,64 | 28,15 | 11,43 | -1,865 | 0,062 |
| Post | 22,78 | 11,87 | 21,91 | 9,28 | -0,118 | 0,906 |
| | Z = -0,091, p = 0,927 | | Z = -2,254, p = 0,024 | | | |
| <i>Sobrecarga</i> | | | | | | |
| Pre | 51,39 | 13,08 | 43,85 | 13,07 | -2,432 | 0,015 ^a |
| Post | 55,52 | 13,27 | 42,41 | 10,40 | -2,877 | 0,004 ^b |
| | Z = -1,121, p = 0,262 | | Z = -0,341, p = 0,733 | | | |
| <i>Depresión</i> | | | | | | |
| Pre | 18,19 | 10,95 | 11,65 | 10,25 | -2,724 | 0,006 ^b |
| Post | 19,61 | 10,98 | 8,56 | 5,70 | -3,682 | 0,000 ^b |
| | Z = -0,411, p = 0,681 | | Z = -1,199, p = 0,230 | | | |

^ap < 0,05.

^bp < 0,01.

p = 0,044), bienestar subjetivo (z = -2,130; p = 0,033) y reparación emocional (z = -2,082; p = 0,037). Estas diferencias sugieren una percepción más positiva sobre el propio estado emocional, en el grupo experimental, ya que presentan un mayor afecto positivo y bienestar subjetivo, y una mayor capacidad para regular las propias emociones. Por otro lado, mostraron una puntuación menor en estrés percibido (z = -2,932; p = 0,003), afecto negativo (z = -2,596; p = 0,010) y satisfacción con el cuidado (z = -3,742; p = 0,000). Todo ello indicaría que sienten menores niveles de estrés, de emociones negativas y una mayor satisfacción con el cuidado, ya que esta escala puntúa de manera inversa (tabla 3).

Discusión

El objetivo principal de este trabajo fue evaluar si un programa psicoeducativo puede mejorar el bienestar emocional y reducir los niveles de estrés, sobrecarga y depresión de los cuidadores por

medio de la dotación de habilidades y estrategias de regulación emocional inmediatamente después del tratamiento. Para ello, se diseñó una intervención psicoeducativa, basada en el modelo de terapia cognitivo-conductual adaptada a las necesidades de los cuidadores.

Nuestros resultados han de ser valorados con precaución, especialmente los obtenidos en la comparación entre grupos, dado que los grupos presentan diferencias iniciales en algunas variables. Estas variables podrían estar contaminando los resultados sobre los efectos del tratamiento. Se deben tener en cuenta los cambios en la evolución de cada uno de los grupos por separado como principal indicador de los posibles efectos de la intervención, y valorar los cambios entre ambos grupos con respecto a sus diferentes puntos de partida como un indicador susceptible de variar en futuros estudios con grupos homogéneos y grupo placebo.

Los resultados obtenidos en la comparación en las variables relacionadas con el bienestar emocional indican que los cuidadores que

participaron en la condición experimental, en comparación con el grupo control, redujeron significativamente su afecto negativo y aumentaron el afecto positivo y la reparación emocional. Asimismo, los cuidadores que participaron en la intervención mostraron una mayor satisfacción con el cuidado además de obtener puntuaciones más bajas en estrés percibido.

Con respecto al bienestar emocional, los cuidadores que participaron en el programa incrementaron significativamente su bienestar subjetivo en comparación con el grupo control, considerando las puntuaciones obtenidas antes y después del desarrollo de la intervención. Los resultados logrados por los participantes en el programa concuerdan con estudios previos que demostraron el efecto positivo de las intervenciones psicoeducativas con cuidadores en la disminución de emociones negativas asociadas al cuidado^{9,31}. La afectividad negativa se ha asociado con una mayor generación e incidencia de problemas de salud física³² y mental³³. En este sentido, se ha observado que la presencia de emociones negativas está asociada a enfermedades como el asma y la artritis³⁴, así como a una mayor mortalidad en población adulta³⁵. En contraposición, la evidencia científica afirma que el afecto positivo tiene efectos protectores ante la salud³⁶ y el estrés³⁷, y se relaciona con una mayor longevidad³⁸.

Si tenemos en cuenta que estudios previos han observado que los cuidadores de enfermos de Alzheimer refieren un menor bienestar subjetivo³⁹, los resultados del presente trabajo abogan por la intervención psicoeducativa como medio para aumentar el bienestar en los cuidadores. Por tanto, en la medida en la que los cuidadores desarrollen más afecto positivo que negativo, obtendrán un bienestar más alto y disfrutarían de una mayor protección ante los problemas de salud.

Por otro lado, los resultados obtenidos en reparación emocional señalan que la capacidad para razonar sobre las emociones, percirlas y comprenderlas permite desarrollar procesos de regulación emocional que ayudan a moderar y prevenir los efectos negativos del estrés³⁷. Puntuaciones altas en esta variable se relacionan con una menor sintomatología depresiva, una mayor satisfacción vital⁴⁰ y una mejor salud física⁴¹. De forma específica, se ha señalado que los cuidadores de personas mayores dependientes que regulan mejor sus emociones perciben mejor su salud⁴².

Los resultados de este estudio apuntan que dotar de estrategias y habilidades de regulación emocional a los cuidadores: reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, expresión emocional y aumento de actividades gratificantes, puede tener efectos positivos en su bienestar emocional y psicológico.

En relación con las variables relativas al cuidado, algunos estudios obtienen una asociación positiva entre la satisfacción con el cuidado y el bienestar subjetivo de los cuidadores⁴³, resultados que concuerdan con los obtenidos en el presente estudio al obtener los cuidadores participantes en el grupo experimental una mayor satisfacción con el cuidado y un mayor bienestar subjetivo.

En referencia a la variable estrés percibido, después de la intervención, los cuidadores del grupo experimental mostraron niveles más bajos de estrés percibido. Estos resultados concuerdan con estudios previos que argumentan a favor de las intervenciones psicoeducativas como medio para reducir el estrés percibido en los cuidadores⁴⁴.

Con respecto a la reducción de la sobrecarga, depresión y estrés, podría decirse que sólo se obtiene una mejoría parcial dado que, aunque se observaron mejoras en la variable que mide el estrés percibido, no se pudieron obtener datos con respecto a sobrecarga ni depresión debido a su exclusión de los análisis por encontrarse diferencias significativas previas entre los grupos.

Por último, algunos resultados en la comparación intragrupo requieren un análisis más específico. En el grupo control aumenta el apoyo psicosocial, circunstancia que no sucede en el grupo experimental. Una posible explicación sobre la variación en las

puntuaciones obtenidas en esta variable es que ésta sea sensible al período vacacional comprendido entre julio y agosto, período en el que se realizaron las medidas post-intervención. También se podría deber a que los ítems de la escala de apoyo psicosocial se formulan en clave de expresión de necesidad (por ejemplo, «cuando lo necesito tengo a alguien para contarle los problemas que tengo relacionados con el cuidado») ya que esta variación no se observa en el grupo experimental. El cambio en esta puntuación podría deberse al aprendizaje, durante la intervención, de un estilo de pensamiento racional en el que las expresiones con respecto al concepto «necesidad» son discutidas por su carácter rígido e irracional²⁹. Así, el cuidador podría responder en la escala que «no necesita contar sus problemas», refiriéndose al criterio de necesidad en lugar de al criterio de disposición de apoyo social.

En el grupo experimental se observa una reducción en los niveles de atención emocional entre la evaluación pre y la evaluación post-intervención. Se ha observado que puntuaciones altas en esta dimensión se correlacionan positivamente con sintomatología ansiosa y depresiva⁴⁵, y con insatisfacción con el cuidado⁴¹. Estos resultados son similares a los encontrados en el presente trabajo, ya que los cuidadores del grupo de intervención redujeron su atención emocional y además refirieron sentirse más satisfechos con el cuidado. El porqué de esta reducción puede tener su base en la modificación de los estilos de pensamiento disfuncional, objetivo de las fases intermedias del programa de intervención (sesiones 4, 5 y 6). En estas sesiones se enseña al participante a reconocer el vínculo existente entre pensamiento y emoción, identificarlo y poner en marcha estrategias de debate cognitivo. Posiblemente la identificación de pensamientos disfuncionales haya permitido a los participantes desarrollar pensamientos alternativos y evitar rumiaciones de contenido aversivo con la consiguiente disminución en la atención emocional.

El cambio intragrupal más relevante se produce en los pensamientos disfuncionales relacionados con el cuidado en el grupo experimental. Estos pensamientos suelen ir asociados a sentimientos negativos, de tal manera que una mayor presencia de pensamientos, ideas y valores disfuncionales con respecto a la situación impiden o dificultan el ejercicio de un cuidado saludable, y puede ser perjudicial para la salud física y psicológica de los cuidadores⁴⁶. Estos resultados son similares a los obtenidos en otras investigaciones que han obtenido mejoras en esta variable después de la intervención⁴⁴.

Estas diferencias intragrupo, que no se dan entre grupos, pueden estar relacionadas con las limitaciones propias del estudio. El hecho de que la evaluación se realice tras la finalización del programa puede implicar que los cuidadores todavía no han tenido tiempo suficiente para ejercitar las estrategias y habilidades adquiridas durante el programa, de modo que los resultados positivos no se verían reflejados en una evaluación temprana⁴⁷. Se requeriría un seguimiento y una evaluación a largo plazo para poder observar con detalle los cambios relativos a estas variables, dado el carácter progresivo del aprendizaje y la evolución de las demandas y situaciones asociadas al cuidado.

Al margen de las claras limitaciones del estudio (muestra reducida, imposibilidad práctica de realizar una asignación aleatoria y no seguimiento post-intervención que impide conocer los límites de la efectividad de esta propuesta), los resultados obtenidos indican que la intervención diseñada para mejorar la regulación de las emociones en los cuidadores parece tener efectos positivos en su bienestar emocional y psicológico. Los resultados preliminares de este estudio inician una línea de trabajo que requiere investigaciones futuras que apoyen nuestros resultados de modo que se puedan implementar programas de intervención más completos, adaptados a las necesidades psicológicas y emocionales de los cuidadores. La faceta emocional ocupa habitualmente un papel secundario en las intervenciones con cuidadores y dada la relación existente con el

sistema inmunológico y neuroendocrino y procesos de adaptación al estrés⁴⁸ debería ser tenida en cuenta en futuros estudios que permitan desarrollar programas de intervención más adaptados, eficaces y eficientes.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este programa se llevó a cabo gracias a la cofinanciación de la obra social Caja Madrid en la convocatoria de ayudas a proyectos de Alzheimer, Parkinson y otras enfermedades neurodegenerativas relacionadas con el envejecimiento (2007) y de Fundación Matia.

Bibliografía

- Zambrano R, Ceballos P. Caregiver Burden Syndrome. *Rev Col Psiqui.* 2007;36:26-39.
- Robertson SM, Zarit SH, Duncan LG, Rovine MJ, Femia EE. Family caregivers' patterns of positive and negative affect. *Fam Relat.* 2007;56:12-23.
- Cooper C, Katona C, Orrell M, Livingston G. Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008;23:929-36.
- Sanders S, Ott CH, Kelber ST, Noonan P. The experience of high levels of grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease and related dementia. *Death Stud.* 2008;32:495-523.
- Meuser T, Marwit S. A comprehensive, stage-sensitive model of grief in dementia caregiving. *Gerontologist.* 2001;41:658-70.
- Urdaneta E, Etxeberria I, Galdona N, Yanguas JJ, García A, Buiza C, et al. Perceived social support, psychosomatic complaints and burden: The relationship with negative affect in Alzheimer caregivers. *Alzheimer's & Dementia.* 2008;44:660.
- Thompson CA, Spilsbury K, Hall J, Birks Y, Barnes C, Adamson J. Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. *BMC Geriatr.* 2007;7:18.
- Zarit SH, Femia EE. A future for family care and dementia intervention research? Challenges and strategies. *Aging Ment Health.* 2008;12:5-13.
- Lopez J, Crespo M, Zarit SH. Assessment of the efficacy of a stress management program for informal caregivers of dependent older adults. *Gerontologist.* 2007;47:205-14.
- Coon DW, Thompson L, Steffen A, Sorocco K, Gallagher-Thompson D. Anger and depression management: Psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *Gerontologist.* 2003;43:678-89.
- Marriott A, Donaldson C, Tarrier N, Burns A. Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *Br J Psychiatry.* 2000;176:557-62.
- Lopez J, Crespo M. Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: Una revisión. *Psicothema.* 2007;19:72-80.
- Selwood A, Johnston K, Katona C, Lyketsos C, Livingston G. Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *J Affect Disord.* 2007;101(1-3):75-89.
- Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, Johnson SB, Pope KS, Crits-Christoph P, et al. An update on empirically validated therapies. *Clin Psychol.* 1996;49:5-18.
- Labrador FJ, Echeburúa E, Becoña E. Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica. Madrid: Dykinson; 2000.
- Pearlin LI, Mullan JT, Semple S, Skaff M. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist.* 1990;30:583-94.
- Losada A. Influencia de los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado en el malestar psicológico de cuidadores de personas mayores con demencia. Resultados de un estudio transversal y de intervención. [doctoral dissertation]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2005.
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist.* 1980;20:649-55.
- Reig A, Ribera D, Miquel J. Psychosocial support groups and daily stress in non-institutionalized elderly. *Eur J Psychol Assess.* 1991;7:191-200.
- Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *J Pers Soc Psychol.* 1988;54:1063-70.
- Sandín B, Chorot P, Lostao L, Joiner TE, Santed MA, Valiente RM. Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema.* 1999;11:37-51.
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess.* 1985;49:71-5.
- Pons D, Atienza FL, Balaguer I, García-Merita M. Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en personas de la tercera edad. *Rev Iberoam Diag Eval Psicol.* 2002;13:71-82.
- Lawton MP, Kleban MH, Moss M, Rovine M, Glicksman A. Measuring caregiving appraisal. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1989;44:61-71.
- Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychol Rep.* 2004;94:751-5.
- Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977;1:385-401.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24:385-96.
- Remor E, Carroles J. Versión Española de la escala de estrés percibido PSS-14: Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés.* 2001;7:195-201.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. Nueva York: Guilford Press; 1979.
- Ellis A, Grieger R. Manual de terapia racional-emotiva. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1981.
- Gallagher-Thompson D, Lovett S, Rose J, McKibbin C, Coon D, Futterman A, et al. Impact of Psychoeducational Interventions on Distressed Family Caregivers. *J Clin Geropsychology.* 2000;6:91-110.
- Cooper CL, Faragher EB. Coping strategies and breast disorders-cancer. *Psychol Med.* 1992;22:447-55.
- Kahn JH, Hessling RM, Russell DW. Social support, health, and well-being among the elderly: What is the role of negative affectivity? *Pers Individ Dif.* 2003;35:5-17.
- Friedman H, Booth-Kewley S. The disease-prone personality: A meta-analytic view of the construct. *Am Psychol.* 1987;42:539-55.
- Barefoot JC, Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation.* 1996;93:1976-80.
- Fredrickson BL. The value of positive emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good. *Am Sci.* 2003;91:330-5.
- Extremera N, Fernández-Berrocal P, Durán A. Inteligencia emocional y burnout en profesores. *Encuentros en Psicología social.* 2003;1:260-5.
- Danner DD, Snowdon DA, Friesen WV. Positive emotions in early life and longevity: Findings from the Nun study. *J Pers Soc Psychol.* 2001;80:804-13.
- Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A metaanalysis. *Psychol Aging.* 2003;18:250-67.
- Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social.* 2003;1:251-4.
- Extremera N, Fernández-Berrocal P. Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychol Rep.* 2002;91:47-59.
- Losada A, Peñacoba C, Márquez-González M, Cigarán M. Cuidar cuidándose: Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia. Madrid: Encuentro; 2008.
- Pinquart M, Sorensen S. Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: A meta-analytic comparison. *Aging Ment Health.* 2004;8:438-49.
- Etxeberria I, Yanguas JJ, Buiza C, Galdona N, González MF. Eficacia de un programa psicosocial con cuidadores de enfermos de Alzheimer: Análisis de los resultados al año del seguimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:46-54.
- Extremera N, Fernández-Berrocal P. Emotional intelligence as predictor of mental, social and physical health in university students. *Span J Psychol.* 2006;9:45-51.
- Stebbins P, Pakenham KI. Irrational schematic beliefs and psychological distress in caregivers of people with traumatic injury. *Rehabil Psychol.* 2001;46:178-94.
- Losada A, Izal M, Montorio I, Márquez M, Pérez G. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Rev Neurol.* 2004;38:701-8.
- Elenkov IJ, Iezzoni DG, Daly A, Harris AG, Chrousos GP. Cytokine dysregulation, inflammation and well-being. *Neuroimmunomodulation.* 2005;12:255-69.