

Resiliencia y sobrecarga en cuidadores familiares de enfermos con demencias en Navarra

Resilience and burden in family caregivers of patients with dementias in Navarre

Aintzane Mariezcurrena Fernández¹

Idoia Lorea González²

Ana Remirez de Ganuza³

Pablo Ijalba Pérez^{4,*}

Verónica Barea Ullate⁵

Azahara Jiménez Acosta⁵

1. Enfermera especialista en Salud Mental. Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Navarra (AFAN). Pamplona, Navarra, España.
2. Psicóloga Sanitaria. Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Navarra (AFAN). Pamplona, Navarra, España.
3. Psicóloga Sanitaria. Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Navarra (AFAN). Tudela, Navarra, España.
4. Profesor Coordinador del Bi+. IES Valle del Ebro. Tudela, Navarra, España.
5. Estudiante del Bi+. IES Valle del Ebro. Tudela, Navarra, España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pijalbp@educacion.navarra.es (Pablo Ijalba Pérez).

Recibido el 29 de mayo de 2020; aceptado el 11 de septiembre de 2020.

RESUMEN

ABSTRACT

Objetivos: Evaluar la adaptación de los cuidadores familiares de enfermos con demencias. Otros objetivos son establecer una relación entre sobrecarga y resiliencia, analizar las diferencias significativas de sexo entre cuidadores, detectar diferencias económicas y comparar las estrategias de afrontamiento utilizadas frente al estrés. **Metodología:** Se han utilizado cuatro cuestionarios distintos. El primero consta de una entrevista sociodemográfica de diseño propio; el cuestionario CD-RISC 10 (Connor-Davidson Resilience Scale), el cual mide el grado de resiliencia del paciente; el tercer formulario es la Escala de Carga del Cuidador, con el cual se consiguen evaluar los diferentes grados de sobrecarga, y el último instrumento es el cuestionario COPE-28, que evalúa las diferentes formas de respuesta ante el estrés. **Resultados:** El perfil más común del cuidador es una mujer de entre 50 y 60 años de edad, que lleva alrededor de 6 años cuidando a un enfermo de Alzheimer. Además, la mayoría de las personas encuestadas tienen resiliencia y sobrecarga medias, aunque los hombres obtuvieron mayor resiliencia (con significación estadística) y menor sobrecarga que las mujeres (sin ella). Respecto a la resiliencia, predominan las estrategias de aceptación, afrontamiento activo y planificación, de acuerdo con los resultados en CD-RISC-10, confirmados por los de COPE-28. **Conclusiones:** Se ha conseguido ofrecer datos dirigidos a mejorar los enfoques de intervención psicológica en familiares cuidadores de enfermos con demencia, específicamente en el ámbito de Navarra, ya que establecen estrategias que COPE-28 ha probado que tienen correlación con la resiliencia. En definitiva, obtener evidencia científica sobre la que modificar los programas terapéuticos.

Objectives: To assess the adaptation of family caregivers of patients with dementias. Other objectives are to establish a relationship between burden and resilience, to analyze significant gender differences among caregivers, to detect economic differences and to compare strategies used in order to deal with stress. **Methods:** Four different tests have been used. The first one consists of a sociodemographic interview made by ourselves; the CD-RISC-10 (Connor-Davidson Resilience Scale) questionnaire, which measures the degree of patient resilience; the Caregiver Burden Interview, which measures the different degrees of burden; the last one is the COPE-28 questionnaire, which evaluates the different ways of stress response. **Results:** It has been obtained that the most common profile of the caregiver is a woman between 50 and 60 years of age who has been caring for an Alzheimer's patient for about 6 years. Furthermore, most of the people surveyed have medium resilience and overload, although men obtained greater resilience (with statistical significance) and less overload than women (without it). Regarding resilience, acceptance, active coping and planning strategies predominate, according to the results in CD-RISC-10, confirmed by those of COPE-28. **Conclusions:** It has been possible to offer data aimed at improving psychological intervention approaches in family caregivers of patients with dementia, specifically in the area of Navarra, since they establish strategies that COPE-28 has proven to correlate with resilience. Definitely, obtaining scientific evidence on the basis of which to modify therapeutic programs.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Alzheimer, demencias, resiliencia, familiares cuidadores, cuidadores informales.

KEYWORDS: Alzheimer's disease, dementias, resilience, familiar caregivers, informal caregivers.

■ INTRODUCCIÓN

La demencia es un síndrome que se caracteriza por la aparición progresiva y crónica de un deterioro cognitivo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, la enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma más común, con un 60-70% de los casos. Es, además, una de las principales causas de

dependencia entre la población anciana, lo que supone una serie de necesidades para el sistema público de salud y las administraciones, y se traduce en los cuidados prolongados a cargo de personas cercanas al paciente durante más tiempo que en otros casos de enfermedades dependientes².

En Navarra, el número de pacientes con demencia era de 5.527 en el año 2019³. Según la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhei-

mer de Navarra (AFAN), el 94% de los enfermos con demencia son cuidados por familiares. La OMS⁴ define “cuidador” o “proveedor de cuidados” como la persona que proporciona atenciones informales sin remuneración.

En los últimos años ha crecido el interés de la investigación sobre el cuidador familiar de pacientes con EA^{5,6}. Son numerosos los estudios que han demostrado las consecuencias negativas que la experiencia de asistencia tiene sobre la salud del cuidador de familiares dependientes, tanto a nivel físico como mental^{7,8}. A su vez, el estado del cuidador y su manejo de la carga o estrés asociado a este rol influyen en el bienestar del paciente, en los cuidados que suministran, en la utilización de servicios formales de atención y posibilitan que el enfermo pueda seguir siendo atendido en casa^{9,10}.

Recientemente, la bibliografía especializada está incorporando un nuevo enfoque, por el cual, además, se analicen los beneficios que obtienen estas personas como resultado de los cuidados prolongados que proporcionan, centrados en la resiliencia y referidos a las capacidades, fortalezas y estrategias de abordaje para protegerse contra el estrés prolongado^{11,12}.

No existe una definición estandarizada en la bibliografía especializada sobre resiliencia¹³, y los trabajos sobre resiliencia entre cuidadores familiares de enfermos con demencia son todavía escasos y los datos disponibles insuficientes^{14,15}. Se asume, y fueron pioneros Gaugler et al.¹⁶, que una alta resiliencia se relaciona con una menor sobrecarga. Además, para familiares y pacientes, las aportaciones más recientes recomiendan incorporar los efectos positivos del cuidado y utilizar la perspectiva de resiliencia para abordar el estudio del bienestar en el entorno de la EA^{17,18}.

El presente estudio analiza la resiliencia y sobrecarga en cuidadores familiares de enfermos con demencia en Navarra. La resiliencia es una variable que se considera protectora de la salud física y, sobre todo, de la mental para estas personas¹⁶, aunque todavía no se conocen completamente los factores asociados a esta entre familiares cuidadores^{11,17,19}. De este modo, avanzar en el conocimiento de estos factores permitiría mejorar, a su vez, los programas de intervención psicológica, ya que la inclusión del enfoque de resiliencia se ha demostrado que aporta beneficios^{9,20}.

La resiliencia se concibe en la bibliografía especializada como una respuesta al estrés que es multifacética en el cuidador y que está influenciada por una multitud de factores interrelacionados¹². La literatura coincide en señalar una serie de aspectos asociados a esta entre familiares cuidadores de personas con demencia^{11,12,17,21}, que son los que se analizan en este estudio: edad, sexo, nivel educativo, situación laboral, edad del enfermo, años consecutivos ejerciendo cuidados, ser corresidente, tipo de demencia, propiedades psicológicas del cuidador, apoyo social y sobrecarga.

■ OBJETIVOS

El objetivo principal es evaluar la resiliencia de los cuidadores para poder analizar las variables y condiciones que se relacionan con esta y así mejorar los programas de intervención dirigidos a estas personas.

Otro objetivo de esta investigación es establecer una relación entre la sobrecarga y la resiliencia. También, analizar diferencias de sexo entre cuidadores familiares encuestados y detectar diferencias económicas que puedan influir en la posibilidad de llevar con mayor o menor facilidad la enfermedad. Por último, comparar las estrategias de afrontamiento frente al estrés en estos cuidadores y establecer asociaciones con los niveles de sobrecarga.

■ METODOLOGÍA

Diseño y unidad de estudio

Estudio descriptivo de tipo transversal y prospectivo realizado entre enero y agosto de 2019.

Participantes

- *Criterios de inclusión:* a) ser mayor de 18 años; b) ejercer como cuidador primario y ser familiar de una persona con EA; c) llevar ejerciendo el cuidado durante al menos 6 meses; d) ser corresidente o no residente con el paciente, y e) con aporte regular de cuidados.
- *Criterios de exclusión:* personas que declinaron participar en el estudio y/o no dieron su consentimiento informado.

Se utilizó una muestra incidental según los criterios de inclusión, que finalmente quedó formada por 104 participantes. La población diana era de 5.527 diagnosticados con demencia censados en Navarra en 2019, por lo que este tamaño muestral (n = 104) da un margen de error del 9,52% para un nivel de confianza del 95%.

Instrumentos

- Entrevista sociodemográfica de diseño propio.
- Connor-Davidson Resilience Scale²³. La versión de 10 ítems (CD-RISC-10) fue desarrollada por Campbell-Sills y Stein²⁴; la adaptación española ofrece valores por encima de 0,8 en el alfa de Cronbach^{25,26}. Según el resultado se establece una resiliencia baja (menor del percentil 25), media (percentiles 25-75) y alta (mayor del percentil 75).
- Escala de Carga del Cuidador de Zarit²⁷. Es la que más se utiliza en la bibliografía especializada. Se validó en español por Martín et al.²⁸. Consta de 22 preguntas con 5 posibles respuestas, que se responden mediante escala de Likert, con la que se obtiene una puntuación total y así establece los diferentes grados de sobrecarga: ausencia de sobrecarga (≤ 46), sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa (≥ 56). La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,96.
- Cuestionario COPE²⁹. Es un inventario multidimensional, desarrollado para evaluar las diferentes estrategias de respuesta ante el estrés. COPE-28 es la versión española del Brief COPE de Carver validado por Morán et al.^{30,31}. Está formado por 28 ítems y 14 subescalas, y se responde mediante escala de Likert con cuatro alternativas de respuesta entre “nunca hago esto” a “hago siempre esto”. Los valores en el alfa de Cronbach fueron superiores a 0,7 (aunque la validación no pudo considerarse concluyente; cfr. Reich et al.³²).

Aplicación

Para el presente estudio se adoptaron dos estrategias complementarias:

- Autocumplimentación por el participante mediante cuestionario *online* (servicio de formularios de Google) con acceso cifrado bajo contraseña, cuyas respuestas quedan guardadas automáticamente en una base de datos exportable.
- Entrevista personal al participante por algún miembro del equipo de trabajo implicado en la investigación en las sedes de AFAN de Tudela y Pamplona.

Variabes analizadas

La variable dependiente en este estudio es la resiliencia medida a través del CD-RISC-10. La sobrecarga y las respuestas frente al estrés se utilizan principalmente para hallar relaciones con la resiliencia, aunque también se efectúa un análisis pormenorizado de cada una de estas dos variables respecto a las de naturaleza sociodemográfica. Por último, entre estas últimas, las variables no numéricas (nivel de estudios, nivel económico, tipo de cuidador respecto al lugar de residencia, situación laboral) se categorizaron sobre la base de las dimensiones que utiliza el Instituto Nacional de Estadística y el tipo de cuidador mediante la definición de la OMS⁴, ya comentada.

Tratamiento estadístico

Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics en su versión 25.0. Para definir el perfil más habitual de familiar cuidador de acuerdo a la muestra se usaron las frecuencias (f), proporciones y los valores medios, considerando la desviación estándar (DE). La distribución normal de los resultados obtenidos en las tres escalas se estableció mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk. Las variables categóricas se compararon mediante pruebas de X^2 , y las numéricas a través de pruebas t para muestras independientes; se establecieron los intervalos de confianza del 95% (IC95%) con pruebas t para una muestra. Las relaciones entre variables se analizaron mediante las pruebas de X^2 , V de Cramer y coeficiente de correlación; para estas últimas en las que se obtuvieron resultados significativos, se practicaron además modelos de regresión lineal múltiples. Para todas ellas se consideró un valor p de significación bilateral de 0,05.

Consideraciones éticas

Se elaboró una carta en la que se describía *grosso modo* la investigación, para repartir entre los participantes y que, de esta manera, pudieran dar su consentimiento informado. Este consentimiento, así como el tratamiento de la información obtenida, siguió los criterios establecidos en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

■ RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por un total de 28 hombres (26,9%) y 76 mujeres (73,1%).

La edad media del familiar cuidador fue de 60,74 años ($\pm 2,45$; DE = 12,556) y la del enfermo con demencia de 81,45 ($\pm 1,29$; DE = 6,546); el período durante el que se ejercieron de manera consecutiva los cuidados fue de 5,85 años de media ($\pm 0,7$; DE = 3,590). Entre los tipos de demencia, predominó la EA, con un 73,1% (tabla 1).

El perfil más común del cuidador familiar de enfermo de demencias en Navarra, según la muestra estudiada, es mayoritariamente de sexo femenino ($n = 76$), está casada (69,7%), está en un rango de edad de entre 56 y 61 años (IC95%) y el tiempo medio de cuidado de su familiar de 82 años de edad media diagnosticado de EA (68,4%) es de 6 años (± 1 ; DE = 4). Reside en la zona de Pamplona (65,8%) y, en cuanto a la vivienda del cuidador, en un 48,7% de los casos será la misma que la del enfermo. Además, tiene estudios universitarios (51,3%), el nivel de ingresos medio es superior a los 30.000 euros anuales (61,8%) y está empleada a tiempo parcial o completo (59,2%).

La distribución de los datos en los tres cuestionarios se puede considerar normal, de acuerdo al grado de significación obtenido en las pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk). Los estadísticos descriptivos se pueden observar en la tabla 2.

Los resultados en CD-RISC-10 indicaron una resiliencia media en el total de la muestra de 24,952 ($\pm 1,379$; DE = 7,089); con 74 individuos que registran valores de resiliencia alta (72,5%) y 28 con una resiliencia media (27,5%). De media, los hombres obtuvieron mayor puntuación ($27,29 \pm 2,49$; DE = 6,42) que las mujeres ($24,09 \pm 1,64$; DE = 7,17), y también en cada uno de los ítems que componen el cuestionario. En la figura 1 se presentan estos datos en diagrama de cajas. Mediante una prueba de X^2 se comprobó que existe diferencia estadística significativa respecto a los valores de resiliencia según sexo ($X^2 = 43,324$ y $p = 0,032$; también confirmados por la razón de verosimilitud, en la que $p = 0,007$).

Los resultados en la escala de Zarit mostraron que el 67,3% ($n = 70$) de los participantes presentaban ausencia de sobrecarga, frente al 18,3% ($n = 19$) con una sobrecarga ligera y un 14,4% ($n = 15$) con una intensa. Por sexos, las mujeres obtienen de media valores más altos que los hombres ($40,12 \pm 3,36$; DE = 14,69; $37,54 \pm 5,31$; DE = 13,70, respectivamente), como se observa en la figura 2, pero sin significación estadística.

Para profundizar en el estudio de la resiliencia se analizó la correlación entre la escala de Zarit y el CD-RISC-10 aplicando el coeficiente de Spearman. El resultado permite afirmar que existe una correlación negativa, aunque con una fuerza moderada, de $-0,227$. Al considerar aisladamente a los familiares cuidadores que mostraron una resiliencia alta, este valor de correlación se incrementa a $-0,309$.

No existe ninguna correlación entre la edad del cuidador y los resultados en el CD-RISC-10 ($r = -0,001$ y $p = 0,989$) ni en la escala de Zarit ($r = -0,057$ y $p = 0,567$); tampoco con los años continuados ejerciendo el cuidado y estas dos mismas escalas ($r = -0,144$ y $p = 0,149$ para CD-RISC-10; $r = 0,088$ y $p = 0,376$ para Zarit); ni con la edad del enfermo ($r = -0,192$ y $p = 0,052$ para CD-RISC-10; $r = -0,010$ y $p = 0,920$ para Zarit). Tampoco se extrajo significación estadística al relacionar las categorías de resiliencia con las demás variables sociodemográficas, a excepción del sexo, ya comentada.

Se registraron varias correlaciones según la Rho de Spearman entre los resultados de resiliencia con las diferentes estrategias de afrontamiento planteadas por COPE-28, según se recoge en la tabla 3. La de mayor fuerza, moderada, y dirección positiva se da con la aceptación (0,475; $p < 0,01$). Otras obtenidas con un nivel de significación similar a este fueron con el afrontamiento activo (0,265), el apoyo emocional (0,279) y la reevaluación positiva (0,310). Por último, se establece una correlación negativa con la desconexión ($p < 0,05$).

■ DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio permiten confirmar la hipótesis acerca de que valores altos de resiliencia implican una menor sobrecarga en el familiar cuidador y que se apoyan en una serie de estrategias concretas para afrontar el estrés. La asociación negativa entre resiliencia y sobrecarga ha sido establecida por otros estudios^{14,17,33-36}.

Los rasgos sociodemográficos de la muestra son consistentes con los aportados por estas investigaciones citadas. La revisión bibliográfica más completa y reciente es la ofrecida por Salazar Montes et al.³⁷. Las dos diferencias más llamativas en las variables sociodemográficas se dan en el nivel de estudios, superiores en la muestra de este estudio (51,31% con nivel universitario) frente a niveles medios o bajos de la comparativa, y en la situación laboral, porque en la revisión se concluye que lo habitual es la inactividad, y el perfil de esta investigación es mayoritariamente

Tabla 1. Resultados obtenidos en los tres cuestionarios según las variables sociodemográficas (n = 104)

		Recuento		CD-RISC-10			Zarit			COPE					
		f	%	Media	DE	IC95%	Media	DE	IC95%	Media	DE	IC95%			
Sexo	Hombre	28	26,9	27,29	6,42	24,80	29,78	37,54	13,70	32,22	42,85	33,75	8,59	30,42	37,08
	Mujer	76	73,1	24,09	7,17	22,45	25,73	40,12	14,69	36,76	43,48	34,70	8,02	32,86	36,53
Estado civil	Casado/a	74	71,2	25,18	7,31	23,48	26,87	39,18	14,84	35,74	42,61	34,34	8,60	32,35	36,33
	Separado/a o divorciado/a	7	6,7	26,43	4,12	22,62	30,24	36,14	9,17	27,66	44,63	31,43	5,80	26,07	36,79
	Soltero/a	21	20,2	24,05	7,00	20,86	27,24	41,62	13,33	35,55	47,69	35,10	6,68	32,06	38,13
	Viudo/a	2	1,9	21,00	11,31	—	—	37,00	32,53	—	—	42,00	12,73	—	—
Tipo de demencia	Alzheimer	76	73,1	24,66	7,30	22,99	26,33	39,39	14,49	36,08	42,71	34,20	7,96	32,38	36,02
	Alzheimer y frontotemporal	1	1,0	22,00	—	—	—	77,00	—	—	—	27,00	—	—	—
	Atrofia cortical posterior	1	1,0	28,00	—	—	—	16,00	—	—	—	37,00	—	—	—
	Cuerpos de Lewy	8	7,9	28,00	8,43	20,95	35,05	31,25	9,82	23,04	39,46	35,38	10,24	26,81	43,94
	Demencia mixta	2	1,9	25,00	1,41	—	—	50,00	8,49	—	—	36,00	15,56	—	—
	Demencia grave	1	1,0	27,00	—	—	—	34,00	—	—	—	37,00	—	—	—
	Deterioro cognitivo	3	2,9	25,00	10,15	0,21	50,21	30,33	8,02	10,41	50,26	40,00	12,29	9,47	70,53
	Frontotemporal	6	5,8	24,50	7,64	16,49	32,51	46,83	13,56	32,61	61,06	31,17	4,58	26,36	35,97
	Vascular	6	5,8	24,67	3,88	20,59	28,74	42,83	9,37	33,00	52,66	36,67	9,35	26,85	46,48
Nivel de estudios ^a	Ninguno	6	5,8	25,67	12,83	12,20	39,13	36,33	18,03	17,41	55,25	32,00	9,90	21,61	42,39
	Básicos	17	16,3	25,24	7,25	21,51	28,96	39,47	13,11	32,73	46,21	34,18	6,96	30,60	37,75
	Secundaria	12	11,5	27,92	6,75	23,63	32,20	41,42	14,30	32,33	50,51	34,00	12,25	26,22	41,78
	Postobligatorios	22	21,2	22,77	6,65	19,83	25,72	43,41	15,39	36,59	50,23	34,00	8,12	30,40	37,60
	Universitarios	47	45,2	25,02	6,37	23,15	26,89	37,43	14,10	33,29	41,57	35,17	7,33	33,02	37,32
Nivel económico ^b	Alto	2	1,9	21,00	1,41	—	—	21,00	1,41	—	—	33,50	4,95	—	—
	Bajo	42	40,4	24,79	7,02	22,60	26,97	40,45	13,74	36,17	44,73	36,33	8,16	33,79	38,88
	Medio	60	57,7	25,20	7,27	23,32	27,08	39,32	14,80	35,49	43,14	33,15	8,06	31,07	35,23
Tipo de cuidador (residencia)	Corresidente	55	52,9	24,78	7,54	22,74	26,82	40,02	13,36	36,41	43,63	34,44	8,97	32,01	36,86
	No residente	49	47,1	25,14	6,62	23,24	27,04	38,76	15,62	34,27	43,24	34,45	7,21	32,38	36,52
Situación laboral	Desocupada	4	3,8	28,25	6,34	18,15	38,35	55,50	19,87	23,88	87,12	42,50	10,38	25,99	59,01
	Inactiva	47	45,2	24,60	7,96	22,26	26,93	38,38	15,18	33,93	42,84	33,28	8,83	30,68	35,87
	Ocupada a tiempo completo	35	33,7	26,17	6,34	23,99	28,35	37,00	11,98	32,89	41,11	34,51	6,25	32,37	36,66
	Ocupada a tiempo parcial	18	17,3	22,78	5,91	19,84	25,72	43,28	13,66	36,48	50,07	35,56	8,60	31,28	39,83

DE: desviación estándar; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

No se muestran ni la DE ni los IC95% para medias basadas en 1-2 casos.

^aBásicos: primaria, elemental; secundaria: título de la ESO o equivalente; postobligatorios: formación profesional superior.

^bSegún los ingresos totales anuales entre todos los miembros de la unidad familiar. Bajo: inferiores a los 30.000 euros; medio: superiores a los 30.000 euros; alto: superiores a los 60.000 euros.

Fuente: elaboración propia.

el de una persona ocupada, a tiempo parcial o completo (51%), especialmente entre las mujeres (59,21%). Todo esto sugiere que para la muestra de estudio, las mujeres cuidan predominantemente a los progenitores (Pessotti et al.³⁵ registraron un 54% de hijas en una muestra de 50 individuos), mientras que los hombres cuidan mayoritariamente a las esposas; principalmente por la edad media de los cuidadores (68 años) y de las cuidadoras (58 años) respecto del enfermo (78 y 82 años, respectivamente).

Se observa una mayor resiliencia media en los hombres (27,29) que en las mujeres (24,09), al contrario que Jones et al.³⁶; estas divergen-

cias podrían explicarse por la infrarrepresentación de hombres en las muestras de los estudios. La tendencia inversa se mantiene al nivel de la sobrecarga, un cuidador tiene 37,54 y una cuidadora 40,12 (también en Erol et al.³⁸). No se ha obtenido significación estadística en las pruebas realizadas con el objeto de asociar estas diferencias a las variables sociodemográficas, como sucede en estudios similares (Jones et al.³⁶, para una muestra de 110 individuos).

Los ítems con mayor puntuación en CD-RISC-10 fueron los relacionados con la capacidad de adaptación a los cambios, de volver a la acción tras un contratiempo, de conseguir metas a pesar de las dificulta-

Tabla 2. Estadísticos descriptivos para los resultados obtenidos en los tres cuestionarios (n = 104)

	Media (IC95%)	DE	Me	Varianza	Rango	Q1	Q3	RIC
CD-RISC-10	24,952 (± 1,379)	7,089	25,00	50,260	38,00	21,00	30,00	9
Zarit	39,423 (± 2,802)	14,409	39,50	207,625	73,00	29,25	50,00	20,75
Afrontamiento activo	3,61	1,250	4,00	1,562	6	3,00	4,00	1
Planificación	3,78	1,206	4,00	1,455	5	3,00	4,00	1
Apoyo emocional	3,37	1,558	3,00	2,428	6	2,00	4,00	2
Apoyo social	3,27	1,324	3,00	1,752	6	2,00	4,00	2
Religión	1,54	1,955	1,00	3,824	6	0,00	2,00	2
Revaluación positiva	3,22	1,494	3,00	2,232	6	2,00	4,00	2
Aceptación	4,50	1,207	4,50	1,456	4	4,00	6,00	2
Negación	0,82	1,268	0,00	1,607	6	0,00	1,75	1,75
Humor	1,94	1,751	2,00	3,065	6	0,00	3,00	3
Autodistracción	3,07	1,496	3,00	2,238	6	2,00	4,00	2
Autoinculpación	1,36	1,042	1,00	1,086	4	1,00	2,00	1
Desconexión	0,72	1,136	0,00	1,290	5	0,00	1,00	1
Desahogo	2,49	1,379	2,00	1,903	6	2,00	3,00	1
Uso de sustancias	0,28	0,782	0,00	0,611	4	0,00	0,00	0

DE: desviación estándar; IC95%: intervalo de confianza del 95%.
Fuente: elaboración propia.

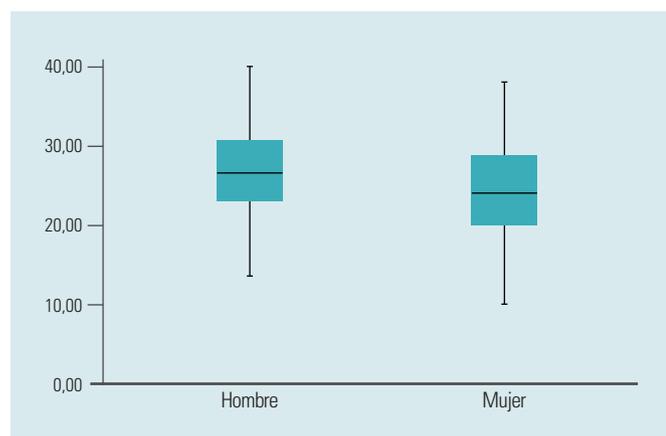


Figura 1. Diagrama de cajas comparando sexos y resultados medios en CD-RISC-10 de la muestra.

Fuente: elaboración propia.

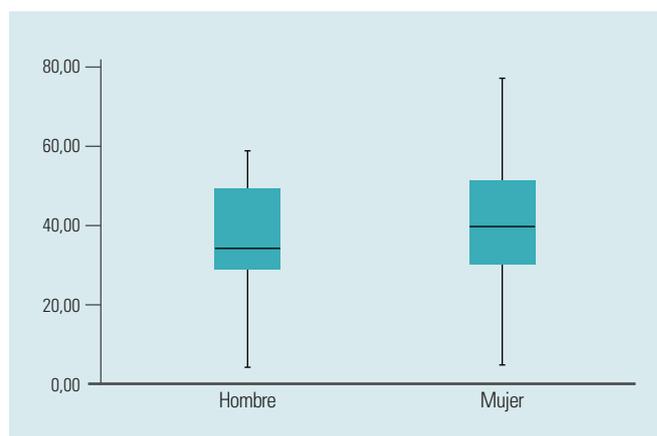


Figura 2. Prueba de sedimentación de Cattell.

Fuente: elaboración propia en SPSS Statistics 25.

des y el autoconcepto de fortaleza. Por el contrario, los ítems con menos puntuación fueron los relacionados con la capacidad de mantener la concentración bajo presión, de no desanimarse a pesar de los fracasos, de verse como a una persona capaz de afrontar cualquier situación y la destreza para manejar los sentimientos desagradables propios.

Por tanto, las estrategias que predominan son la aceptación, el afrontamiento activo y la planificación. Las dos últimas podrían explicarse por estar asociadas con hijas cuidadoras de padres con demencia, en línea con Artaso Irigoyen et al.³⁹. Las correlaciones detectadas entre subescalas de COPE-28 y resiliencia se concentran en las estrategias que tradicionalmente se han considerado de afrontamiento centrado en las emociones, frente al centrado en el problema (coincidiendo con Fernández-Lansac et al.³³): aceptación (Rho de Spearman = 0,475), afrontamiento activo (0,265), apoyo emocional (0,279), revaluación positiva

(0,310) y desconexión (-0,250). Esta última es clave, porque correlaciona positivamente además con la sobrecarga, algo ya puesto de evidencia por Artaso Irigoyen et al.³⁹.

La sobrecarga, según los datos obtenidos en Zarit, revela que los que más la sufren son los cuidadores de personas con demencia mixta o frontotemporal y Alzheimer. Se encuentran los valores más bajos en los cuidadores de personas con atrofia cortical posterior.

A priori, una muestra basada únicamente en cuidadores principales, en su mayoría corresidentes (el 52,9%), que llevan ejerciendo estas tareas de manera continuada prácticamente 6 años (media superior a la registrada en otros estudios, como se ha señalado), en enfermos de edad avanzada (81,45 años de media), podría impresionar que registre unos valores altos de resiliencia (el 72,5%, y ningún caso con ausencia de resiliencia o baja) y de ausencia de sobrecarga (el 67,3%). Contrariamente,

Tabla 3. Rho de Spearman para las subescalas de COPE-28 y los resultados en CD-RISC-10 y Zarit (n = 104)

COPE-28 (subescalas)	CD-RISC-10		Zarit	
	Coefficiente de correlación	Significación (bilateral)	Coefficiente de correlación	Significación (bilateral)
Afrontamiento activo	0,265 ^a	0,007	-0,016	0,873
Planificación	0,124	0,209	0,066	0,503
Apoyo emocional	0,279 ^a	0,004	0,067	0,500
Apoyo social	0,061	0,538	0,088	0,374
Religión	0,062	0,534	-0,020	0,844
Revaluación positiva	0,310 ^a	0,001	0,093	0,347
Aceptación	0,475 ^a	0,000	-0,084	0,395
Negación	-0,188	0,056	0,209 ^b	0,033
Humor	0,061	0,537	-0,016	0,870
Autodistracción	-0,028	0,775	0,296 ^a	0,002
Autoinculpación	-0,046	0,645	0,134	0,175
Desconexión	-0,250 ^b	0,011	0,212 ^b	0,031
Desahogo	-0,070	0,483	0,168	0,088
Uso de sustancias	-0,062	0,533	0,202 ^b	0,040

^a La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

^b La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: elaboración propia.

sugerimos que lo primero podría ser la respuesta a lo segundo, y que la clave reside en la diferencia entre sobrecarga objetiva y subjetiva. Zarit et al.⁴⁰ observaron que cuidar por períodos prolongados permite a los familiares cuidadores realizar una adecuación progresiva a este rol, reduciendo los efectos negativos y disminuyendo la probabilidad de sufrir estrés crónico. Esta interpretación propuesta está en concordancia con evidencias aportadas por otros estudios recientes^{34,41}.

Limitaciones del estudio

Este estudio tiene algunas limitaciones, principalmente derivadas de la muestra; no tanto por su tamaño (n = 104), sino por la homogeneidad y la representación de los estratos, ya advertido al analizar alguno de los resultados obtenidos. Para futuras investigaciones se propone la inclusión de las variables relación familiar entre cuidador y enfermo y del sexo del enfermo para indagar en la prevalencia de esposas que se observa en la bibliografía especializada; también medir la calidad de vida y, especialmente, el grado de deterioro cognitivo que cursa la demencia del enfermo, porque hay indicios de asociación entre estos dos últimos factores y la sobrecarga experimentada por el familiar cuidador⁴².

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio sugieren que una mayor resiliencia correlaciona con una menor sobrecarga entre los pacientes familiares cuidadores de enfermos con demencia y que, además, es el factor que más influye sobre esta última, la sobrecarga, frente a otros aspectos como la edad del enfermo, los años ejerciendo los cuidados, el tipo de enfermedad y las condiciones socioeconómicas (estudios, trabajo). Que los hombres y las mujeres registren diferencias en sus valores de resiliencia y sobrecarga puede interpretarse como otra evidencia de esta correlación. Determinadas estrategias como la aceptación, el afrontamiento activo, el apoyo emocional y la revaluación positiva, están en la base de una mayor resiliencia y constituyen prometedores enfoques de intervención psicológica para los familiares cuidadores de personas con demencia. Los datos permiten sostener que aumentar los niveles de resiliencia psicológica de estos cuidadores ayudaría a reducir la carga experimentada y que esto tiene unas implicaciones claras sobre los programas terapéuticos dirigidos a estas personas ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Demencia. Geneva: WHO; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's & Dementia. 2019;15(3):321-87.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan Nacional de Alzheimer 2019-2023. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf
- Organización Mundial de la Salud. First WHO Ministerial Conference on Global Action Against Dementia, 16-17 March 2015. Geneva: WHO; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/media-centre/events/meetings/2015/agenda-dementia.pdf?ua=1>
- Brown R, Brown S. Informal Caregiving: A Reappraisal of Effects on Caregivers. Soc Issues Policy Rev. 2014;8(1):74-102.
- Pérez-Fuentes MDC, Gázquez Linares JJ, Ruiz Fernández MD, Molero Jurado MDM. Inventory of Overburden in Alzheimer's Patient Family Caregivers with no Specialized Training. Int J Clin Health Psychol. 2017;17(1):1-10.
- Berglund E, Lytsy P, Westerling R. Health and wellbeing in informal caregivers and non-caregivers: a comparative cross-sectional study of the Swedish general population. Health Qual Life Out. 2015;13(1):109.
- Schönfeld P, Brailovskaia J, Bieda A, Zhang X, Margraf J. The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. Int J Clin Health Psychol. 2016;16(1):1-10.
- Parkinson M, Carr S, Rushmer R, Abley C. Investigating what works to support family carers of people with dementia: a rapid realist review. J Public Health. 2017;39(4):e290-301.

10. Kerpershoek L, Woods B, Wolfs C, Verhey F, Jolley H, Bieber A, et al. Do caregiver profiles predict the use of dementia care services? Findings from the Actifcare study. *Aging Ment Health*. 2018;24(2):272-9.
11. Bekhet A, Avery J. Resilience from the Perspectives of Caregivers of Persons with Dementia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(1):19-23.
12. Teahan A, Lafferty A, McAuliffe E, Phelan A, O'Sullivan L, O'Shea D, et al. Resilience in family caregiving for people with dementia: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33(12):1582-95.
13. Windle G. What is resilience? A review and concept analysis. *Rev Clin Gerontol*. 2010;21(2):152-69.
14. Senturk SG, Akyol MA, Kucukguclu O. The relationship between caregiver burden and psychological resilience in caregivers of individuals with dementia. *Int J Caring Sci*. 2018;11(2):1223. Disponible en: https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/66_kucukguclu_original_10_2.pdf
15. Blanco V, Vázquez F, Guisande M, Sánchez M, Otero P. Identification of non-professional caregivers with high resilience using sociodemographic, care, and personal and social development variables. *Aging Ment Health*. 2019;24(7):1088-97.
16. Gaugler J, Kane R, Newcomer R. Resilience and transitions from dementia caregiving. *J Gerontol B Psychol*. 2007;62(1):P38-44.
17. Joling K, Windle G, Dröes R, Meiland F, van Hout H, MacNeil Vroomen J, et al. Factors of Resilience in Informal Caregivers of People with Dementia from Integrative International Data Analysis. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2016;42(3-4):198-214.
18. Gaugler J, Bain L, Mitchell L, Finlay J, Fazio S, Jutkowitz E, et al. Reconsidering frameworks of Alzheimer's dementia when assessing psychosocial outcomes. *Alzheimers Dement*. 2019;5(1):388-97.
19. Dias R, Santos R, Sousa M, Nogueira M, Torres B, Belfort T, et al. Resilience of caregivers of people with dementia: a systematic review of biological and psychosocial determinants. *Trends Psychiatry Psychother*. 2015;37(1):12-19.
20. Matchar BG, Gwyther LP, Galik E, Resnick B. Building Resilience in Persons with Early-Stage Dementia and Their Care Partners. En: Resnick B, Gwyther L, Roberto KA, editors. *Resilience in aging*. New York: Springer; 2018. p. 261-79.
21. Han S, Chi N, Han C, Oliver D, Washington K, Demiris G. Adapting the Resilience Framework for Family Caregivers of Hospice Patients With Dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2019;34(6):399-411.
22. Kim M, Hong S, Lee C, Kim S, Kang I, Lee S. Caregiver burden among caregivers of Koreans with dementia. *Gerontology*. 2009;55(1):106-13.
23. Connor K, Davidson J. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
24. Campbell-Sills L, Stein M. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *J Trauma Stress*. 2007;20(6):1019-28.
25. Notario-Pacheco B, Solera-Martínez M, Serrano-Parra M, Bartolomé-Gutiérrez R, García-Campayo J, Martínez-Vizcaíno V. Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:63.
26. Notario-Pacheco B, Martínez-Vizcaíno V, Trillo-Calvo E, Pérez-Yus M, Serrano-Parra D, García-Campayo J. Validity and reliability of the Spanish version of the 10-item CD-RISC in patients with fibromyalgia. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:14.
27. Zarit S, Orr NK, Zarit JM. The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress. New York: NYU Press; 1985.
28. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996;6(4):338-45.
29. Carver C, Scheier M, Weintraub J. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*. 1989;56(2):267-83.
30. Carver C. You want to measure coping but your protocol 'too long': Consider the brief cope. *Int J Behav Med*. 1997;4(1):92-100.
31. Morán Astorga C, Landero Hernández R, González Ramírez M. COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del brief COPE. *Univ Psychol*. 2010;9(2):543-52. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n2/v9n2a20.pdf>
32. Reich M, Costa Ball C, Remor E. Estudio de las propiedades psicométricas del Brief COPE para una muestra de mujeres uruguayas. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2016;34(3):615. Disponible en: <https://doi.org/10.12804/apl34.3.2016.13>
33. Fernández-Lansac V, Crespo López M, Cáceres R, Rodríguez-Poyo M. Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(3):102-9.
34. Ponsoda Tornal J, Díaz Martínez A. Relationship between subjective and objective burden in family caregivers of Alzheimer patients. *Eur J Med Res*. 2017;3(1):41-51.
35. Pessotti C, Fonseca L, Tedrus G, Laloni D. Family caregivers of elderly with dementia Relationship between religiosity, resilience, quality of life and burden. *Dement Neuropsychol*. 2018;12(4):408-14.
36. Jones S, Killert A, Mioshi E. The role of resilient coping in dementia carers' wellbeing. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 2019;15(1):6-12. Disponible en: <https://doi.org/10.12968/bjnn.2019.15.1.6>
37. Salazar Montes A, Murcia Paredes L, Solano Pérez J. Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: Revisión de artículos publicados entre 1997-2014. *Archivos de Medicina (Manizales)*. 2016;16(1):144-54. Disponible en: <https://doi.org/10.30554/archmed.16.1.813.2016>
38. Erol R, Brooker D, Peel E. Women and dementia. A global research review. *Alzheimer's Disease International*. Worcester: ADS; 2015. Disponible en: <https://www.alzint.org/u/Women-and-Dementia.pdf>
39. Artaso Irigoyen B, Goñi Sarriés A, Biurrun Unzué A. Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia. *C Med Psicosom*. 2001-2002;60-61:38-45.
40. Zarit SH, Bottigi K, Gaugler JE, Get F. Stress and caregivers. *Encyclopedia of Stress (Second Edition)*. 2007:416-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/B978-012373947-6.00071-4>
41. Lanzón Serra T, Díaz Martínez A. Predictive Role of Caregiver Type, Dependency Level and Time Caring on the Impact of Caring for a Dependent Relative as a Stressor. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2014;4(3):193-202. Disponible en: <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i3.66>
42. Samus Q, Rosenblatt A, Onyike C, Steele C, Baker A, Harper M, et al. Correlates of Caregiver-Rated Quality of Life in Assisted Living: The Maryland Assisted Living Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006;61(5):P311-4.