

La evaluación de la asertividad como predictor de carga en cuidadores de enfermos de Alzheimer¹

Muela, J. A.; Torres, C. J. y Peláez, E. M.

Departamento de Psicología. Universidad de Jaén.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En los últimos años, la investigación sobre la carga psicológica que soportan los cuidadores de enfermos de Alzheimer se ha venido centrando en la búsqueda de predictores de esta variable. Se han encontrado relaciones de la carga con el apoyo social, las relaciones previas cuidador-paciente, las alteraciones conductuales del enfermo... En este trabajo se pretende determinar la influencia que la capacidad asertiva del cuidador tiene sobre su percepción de carga.

METODOLOGÍA: Participaron 25 cuidadores-familiares de enfermos de Alzheimer con un deterioro de moderado a severo que fueron evaluados de asertividad.

RESULTADOS: Se ha encontrado que la carga correlaciona, sobre todo, con la probabilidad de realizar conductas asertivas, en el sentido de que a menor probabilidad de respuestas asertivas, mayor carga percibida. Además, la puntuación total del inventario referida a la probabilidad de respuesta explica por sí sola el 35,7% de la varianza de carga, mientras que las tres áreas que tienen mayor poder predictivo explican, en conjunto, el 46,7% de la varianza de carga.

DISCUSIÓN: Se ha encontrado así una nueva medida capaz de predecir la carga percibida por los cuidadores de EA.

Palabras clave

Alzheimer. Carga del cuidador. Asertividad.

Evaluation of asertivity as a burden predictor in Alzheimer patients caregivers

SUMMARY

INTRODUCTION: During the last years, the researchs about the psychological burden is carried by the caregivers of Alzheimer patients, has been focused on the searching of predictors from this variable. It

has been found some relations between the burden and the social support, the previous patient and caregiver's relations, the patient's altered behaviour... In this study it is pretended to determine the influence that the caregivers's asertive capacity has on his perception about the burden.

METHODOLOGY: Twenty-five caregivers who were relatives of patients with a moderate or severe cognitive deterioration participated. They were evaluated in asertivity.

RESULTS: It has been found that the burden is correlated, over all, to the probability of carrying out asertive behaviours, that is, the less probability of asertive responses the more burden perceived. So, the total score of the inventory referred to the response probability explains by itself the 35.7% of the burden variance, whereas three areas which has bigger predictive power explain, all of them, the 46.7% of the burden variance.

DISCUSSION: A new measure is found. Thus, it has been found a new measure able to predict the perceived burden by caregivers of Alzheimer patients.

Key words

Alzheimer. Caregiver's burden. Asertivity.

En los últimos años se ha desarrollado una amplia línea de investigación relacionada con los cuidadores de enfermos de Alzheimer (EA), centrada principalmente en las consecuencias que su labor supone tanto para su salud física como mental. Así, existen estudios que revelan altos niveles de depresión (1, 2), ansiedad (3) y deterioro en la salud física (4, 5) en los cuidadores de EA. Paralelamente se han desarrollado otros trabajos que identifican variables relacionadas con el cuidado del EA y que están actuando como mediadoras o moduladoras entre éste y las consecuencias emocionales para los cuidadores. Como fruto de estos estudios se encontraron variables que desempeñaban un importante papel en este ámbito como el apoyo social (6, 7), los conflictos familiares (8), la autoeficacia del cuidador (9) o el considerable gasto económico que supone el cuidado en casa de un enfermo de Alzheimer (10).

Sin embargo, últimamente hay una medida que se repite insistentemente en la literatura y que desde su aparición en 1980 se ha ido afianzando y ocupando un lugar de

¹ Partes de este trabajo se han presentado al I Symposium sobre habilidades sociales: técnicas y áreas de aplicación, celebrado en Granada en abril de 1999.

Correspondencia: J. A. Muela Martínez. Departamento de Psicología. Facultad de Humanidades y CC de la Educación. Universidad de Jaén. Campus «Las Lagunillas», s/n. 23071 Jaén. E-mail: jmuela@ujaen.es.

Recibido el 3-1-2000; aceptado el 20-9-2000.

privilegio tanto en los últimos modelos propuestos (11, 12), como en cualquier estudio que se quiera realizar sobre el estado de los cuidadores (13). Esta medida es la escala de carga de Zarit (14), que evalúa la carga percibida por los cuidadores de EA. Dicha variable podría definirse como la valoración o interpretación que hace el cuidador ante unos estresores derivados del cuidado, de lo que puede seguirse un mejor o peor ajuste según lo negativo de la valoración y los recursos y habilidades del cuidador (15). Respecto al carácter uni o multidimensional del concepto de carga, resulta interesante destacar el trabajo realizado por estos mismos autores, en el que encuentran tres factores de carga (impacto del cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia) que confieren una perspectiva molar al concepto de carga.

La variable carga ha mostrado altas correlaciones con depresión y ansiedad (16). Esta es una medida específica de Alzheimer que se ha convertido en obligada referencia a utilizar por los investigadores en éste área. Sin embargo, esta medida de carga, aunque da información útil de cómo se encuentra el cuidador, no informa de los factores que inciden en la carga percibida por él mismo.

Es por ello que se hace necesario seguir investigando en las variables mediadoras, tales como las descritas más arriba, y que en última instancia permitan desarrollar tanto un modelo global sobre los procesos que afectan a la carga de los cuidadores como estrategias de intervención eficaz, que reduzcan dicha carga, y la prevengan en la medida de lo posible.

El presente trabajo se propone evaluar la importancia que la asertividad del cuidador, o su ausencia, puede tener sobre la carga percibida. Caballo define la conducta socialmente habilidosa como el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (17).

Adoptar el rol de cuidador principal de un enfermo de Alzheimer supone no sólo enfrentarse continuamente a situaciones problemáticas planteadas directamente en el cuidado del propio enfermo, sino que también implica hacer frente a situaciones potencialmente conflictivas tanto en el propio seno familiar como en el ámbito sanitario (visitas al médico, demanda de información) o en el social (búsqueda de ayudas económicas, contacto con asociaciones de familiares, posibles conductas problemáticas del enfermo en público).

METODOLOGÍA

Sujetos

Participaron en este estudio 25 sujetos cuidadores principales de enfermos de Alzheimer, entendiendo por cuidador principal a la persona que más tiempo le dedica al enfermo de todas las que componen el entorno familiar. Los enfermos padecían un deterioro de moderado a severo según las puntuaciones obtenidas en el MEC (Miniexamen Cognoscitivo) de Lobo (18).

Todos los cuidadores eran familiares que convivían con el enfermo y pertenecían a la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer «La Estrella» de Jaén. Sus edades estaban comprendidas entre 26 y 75 años (media de 51,6), siendo casi todos ellos mujeres (23 de los 25 sujetos). La relación de parentesco con el enfermo era: esposos (2), esposas (5), nueras (1), hijas (15) y hermanas (1).

Medidas

Las medidas que se utilizaron fueron:

– Miniexamen Cognoscitivo (MEC) de Lobo (18). Consiste en un test referido al deterioro cognitivo del enfermo que puntúa de 0-35, siendo el criterio adoptado en esta investigación asumir 0-10 como severo, 11-23 como moderado, 24-28 como leve, y 29-35 ausencia de déficit. Se administró a los enfermos en sus hogares o en la sede de la Asociación. Cuando el estado clínico del enfermo impedía la administración de la medida (no era capaz de responder a ninguno de los ítem del cuestionario), se asumía que el deterioro del enfermo era severo aunque no obtenga ninguna puntuación (esto sucedió en 10 casos). Las puntuaciones del MEC permiten dividir la muestra de sujetos en 20 severos y cinco moderados.

– Escala de Carga de Zarit (14). Se ha utilizado una versión en español (19). Son 22 ítem que miden la carga percibida por el cuidador de enfermos de Alzheimer. Cada ítem puntúa entre 0 y 4, siendo la puntuación máxima de 88.

– Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey (20). Consta de 40 ítem o situaciones (que puntúan de 1 a 5) en las que se evalúan dos parámetros: la probabilidad de respuesta o «PR» (a mayor puntuación menos probabilidad de emitir una respuesta asertiva) y el grado de malestar o «GM» (a mayor puntuación, mayor grado de malestar) ante cada una de ellas. El inventario ofrece una puntuación total en cada una de esas dos dimensiones (TOTALPR y TOTALGM) y además evalúa ocho áreas tanto en probabilidad de respuesta como en grado de malestar: rechazar peticiones (RP), admitir limitaciones personales (ALP), iniciar contactos sociales (ICS), expresar sentimientos positivos (ESP), afrontar la crítica de los demás (ACD), discrepar de las opiniones de los demás (DOD), realizar conductas asertivas en lugares públicos (CALP) y expresar sentimientos negativos (ESN). Este inventario proporciona gran cantidad de información que permitiría conocer pormenorizadamente aquellas áreas específicas en que, o bien el malestar por realizar la conducta, o bien la ausen-

TABLA I. Correlaciones entre variables.

Correlación		R
Carga x ACD-GM	(Grado de malestar al afrontar críticas de los demás)	-0,03
Carga x ALP-GM	(Grado de malestar al admitir limitaciones personales)	0,41*
Carga x DOD-GM	(Grado de malestar al discrepar de las opiniones de los demás)	0,47*
Carga x CALP-GM	(Grado de malestar al realizar conductas asertivas en lugares públicos)	0,47*
Carga x ESN-GM	(Grado de malestar al expresar sentimientos negativos)	0,33
Carga x ESP-GM	(Grado de malestar al expresar sentimientos positivos)	0,21
Carga x ICS-GM	(Grado de malestar al iniciar conductas sociales)	0,27
Carga x RP-GM	(Grado de malestar al rechazar peticiones)	0,01
Carga x TOTAL-GM	(Grado de malestar general en conductas asertivas)	0,30
Carga x RP-PR	(Probabilidad de respuesta rechazando peticiones)	0,36
Carga x ACD-PR	(Probabilidad de respuesta afrontando las críticas de los demás)	0,56**
Carga x ALP-PR	(Probabilidad de respuesta de afrontar limitaciones personales)	0,58**
Carga x CALP-PR	(Probabilidad de respuesta de realizar conductas asertivas en lugares públicos)	0,52**
Carga x DOD-PR	(Probabilidad de respuesta de discrepar de las opiniones de los demás)	0,47*
Carga x ESN-PR	(Probabilidad de respuesta de expresar sentimientos negativos)	0,46*
Carga x ESP-PR	(Probabilidad de respuesta de expresar sentimientos positivos)	0,53**
Carga x ICS-PR	(Probabilidad de respuesta de iniciar conductas sociales)	0,27
Carga x TOTAL-PR	(Probabilidad de respuesta de realizar conductas asertivas en general)	0,64**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

cia de la propia conducta asertiva, sean aspectos relacionados con la carga percibida por el cuidador.

Procedimiento

Las evaluaciones de las medidas fueron realizadas por dos psicólogos, colaboradores durante los últimos cuatro años de la Asociación en la que se llevó a cabo el estudio y con suficiente experiencia en el uso y administración de las pruebas utilizadas.

A través de la Asociación, el equipo investigador se puso en contacto con las familias asociadas. Aquellas que se mostraron interesadas en participar en el estudio fueron citadas en la sede de la Asociación, o bien los evaluadores se desplazaron hasta sus domicilios, en los casos en los que los cuidadores no pudiesen asistir a la sede.

Las medidas fueron contrabalanceadas y se administraron al sujeto sin la presencia de ninguna otra persona. En la mayoría de los casos, el evaluador anotaba las respuestas que los sujetos proporcionaban, en contadas ocasiones los sujetos rellenaron todas las medidas sin la ayuda de los evaluadores.

RESULTADOS

Se realizaron correlaciones de Pearson entre todas las subescalas del Inventario de Asertividad y la Escala de Carga. Los resultados pueden observarse en la tabla I.

También se realizaron correlaciones de Pearson entre las puntuaciones del MEC y las dos variables anteriores, no encontrándose correlaciones significativas.

Se realizaron dos análisis de regresión (método «pasos sucesivos hacia delante» para una $p < 0,15$). Ambos tomaron Carga como variable criterio. En el primero, los posibles predictores analizados fueron las variables TOTALGM y TOTALPR; mientras que en el segundo los posibles predictores fueron todas las áreas que componían el inventario de Asertividad. En el primer análisis, los resultados indican que la variable TOTALPR explica el 35,7% de la varianza total de Carga ($F = 14,333$; $p = 0,001$), mientras que la aportación de la variable TOTALGM no resultó significativa. En cuanto al segundo análisis, los resultados pueden apreciarse en la tabla II.

TABLA II. Análisis de regresión de las áreas que componen el Inventario de Asertividad como predictores de Carga.

Variables	Varianza acumulada	T	p
ALPPR	33,5%	3,091	0,006
ESNGM	47,7%	1,965	0,063
ESPPR	53,3%*	1,593	0,126

* Varianza total ajustada: 46,7%.

DISCUSIÓN

Como se aprecia en la tabla I, la variable Carga correlaciona con la mayoría de las áreas de probabilidad de respuesta asertiva (incluyendo TOTALPR). Es decir, que a mayor puntuación en la medida de carga, menor probabilidad de que se emita una respuesta asertiva. Sin embargo, no se encuentra tanta relación entre Carga y grado de malestar (tan sólo en situaciones que impliquen admitir limitaciones personales, realizar conductas asertivas en lugares públicos y discrepar de la opinión de los demás).

Esto parece indicar que las personas que no son capaces de dar respuestas asertivas en situaciones que lo requieren, experimentan una mayor carga subjetiva al cuidar del enfermo.

En cuanto a los análisis de regresión, se confirma que la probabilidad de no dar una respuesta asertiva es mejor predictor de carga que el grado de malestar que produce una situación interpersonal.

Atender al enfermo es una tarea muy exigente y reclama del cuidador un continuo afrontamiento de situaciones problemáticas que a menudo exige la realización de conductas asertivas (pedir ayuda a familiares, reclamar información sobre la enfermedad a médicos y especialistas, tomar decisiones sobre el cuidado del enfermo que a veces son discutidas y criticadas por otros familiares...). Una persona poco asertiva en este área percibirá mayor grado de carga que otra más capaz de emitir esas respuestas asertivas.

Respecto a las áreas de asertividad que muestran mayor poder predictivo sobre carga aparecen la baja probabilidad de admitir limitaciones personales, el grado de malestar al expresar sentimientos negativos y la baja probabilidad de expresar sentimientos positivos. Posiblemente, el hecho de no admitir limitaciones personales conlleve que el cuidador del EA se exija a sí mismo un esfuerzo superior a sus posibilidades, quizás incluso rechazando ayuda de los demás, lo que influirá en su percepción de carga. Por otra parte, un sujeto que no exprese sus sentimientos positivos y que sienta malestar cuando manifieste sus sentimientos negativos, es probable que perciba una mayor carga subjetiva.

Como señalan Montorio et al (21), los conflictos familiares son una de las posibles consecuencias negativas más frecuentes en el cuidado, destacando aspectos tales como el modo de llevar a cabo los cuidados, cuántos miembros familiares deben colaborar, cómo ayudar en el cuidado... Sin duda, en este tipo de conflictos familiares juega un importante papel la capacidad asertiva de los implicados, tanto en la génesis de los conflictos como en su solución.

No se ha encontrado relación entre la carga del cuidador y el deterioro cognitivo del enfermo. Posiblemente, esto sea debido a que en la muestra estudiada, una parte importante de los enfermos (10 de ellos) tenían un dete-

rioro tan grave que no pudieron realizar el cuestionario, con lo que el análisis se realizó sobre 15 sujetos. Posiblemente con un mayor número de sujetos se obtendría una correlación significativa.

En conclusión, se ha encontrado una medida nueva en este campo, que es capaz de predecir la carga percibida por los cuidadores. Esta relación es importante no sólo por ser un nuevo predictor de carga sino porque conlleva la posibilidad de intervenir en aquellos cuidadores con menor capacidad de respuesta asertiva y, de este modo, poder reducir su carga percibida en el cuidado del enfermo.

Estos resultados podrán confirmarse con otro estudio que en estos momentos se está realizando, en el que se amplía la muestra tanto en el número de sujetos como en la distribución de la misma con relación al deterioro cognitivo del enfermo.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer «La Estrella» de Jaén.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mittelman M, Ferris S, Shulman E, Steinber G, Ambinder A, Mackell J, Cohen J. A comprehensive support program: Effect on depression in spouse-caregivers of AD patients. *Gerontologist* 1995;35:792-802.
2. Malonebeach E, Zarit S. Dimensions of social support and social conflict as predictors of caregiver depression. *Int Psychogeriatr* 1995;7:25-36.
3. Gallant M, Connell C. The stress process among dementia spouse caregivers. *Res Aging* 1998;20:267-97.
4. Fruchno R, Kleban M, Michael E, Dempsey N. Mental and physical health of caregiving spouses. *Dev Causal Model* 1990;45:192-9.
5. Webber P, Fox P, Burnette D. Living alone with Alzheimer's disease: Effects on health and social service utilization patterns. *Gerontologist* 1994;34:8-14.
6. Stuckey J, Smyth K. The impact of social resources on the Alzheimer's disease caregiving experience. *Res Aging* 1997;19:423-41.
7. Espinosa M, Clerencia M, Serrano M, Alastuey C, Mesa P, Perlado F. Apoyo social, demencia y cuidador. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996; 31:31-5.
8. Semple S. Conflict in Alzheimer's caregiving families: Its dimensions and consequences. *Gerontologist* 1992;32:648-55.
9. Laserna JA, Castillo A, Peláez E, Navío L, Torres CJ, Rueda S, Ramírez N, Pérez M. Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicol Conductual* 1997;5:365-75.
10. Stommel M, Collins C, Given B. The costs of family contributions to the care of persons with dementia. *Gerontologist* 1994;34:199-205.
11. Lawton M, Moss M, Kleban M, Glicksman A, Rovine M. A two factor-model of caregiving appraisal and psychological well-being. *J Gerontol* 1991;46:181-9.
12. Gold D, Cohen C, Shulman K, Zuccherro C, Andres D, Etezadi J. Caregiving and dementia: Predicting negative and positive outcomes for caregivers. *Aging Human Dev* 1995;41:183-201.

13. Elmstahl S, Ingvad B, Annerstedt L. Family caregiving in dementia: Prediction of caregiver burden 12 months after relocation to group-living-care unit. *Int Psychogeriatr* 1998;10:127-46.
14. Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of impaired aged. Correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20:649-55.
15. Montorio I, Izal M, López A, Sánchez M. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de Carga. *An Psicol* 1998;14:229-48.
16. Rankin E, Haut M, Keefover R, Franzen M. The establishments of clinical cutoffs in measuring caregiver burden in dementia. *Gerontologist* 1994; 34:828-32.
17. Caballo VE. Evaluación de las Habilidades Sociales. En: Fernández Ballesteros R, Carrobes JA, eds. *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*. 3ª ed. Madrid: Pirámide; 1986.
18. Lobo A, Ezquerro J, Burgada FG, Sala JM, Seva A. El Mini-Examen cognoscitivo (un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos). *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1979; 7:189-202.
19. Izal M, Montorio I. Evaluación del medio y del cuidador del demente. En: Ser T del, Peña Casanova J, eds. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Prous; 1994. p. 201-22.
20. Gambrill ED, Fickey CA. An assertion inventory for use in assessment and research. *Behav Ther* 1975;6:550-61.
21. Montorio I, Yanguas J, Diaz Veiga P. El cuidado del anciano en el ámbito familiar. En: Izal M, Montorio I, eds. *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis; 1999. p. 141-58.