



ORIGINAL/Sección Ciencias Sociales y del Comportamiento

## Rumiación y fusión cognitiva en el cuidado familiar de personas con demencia



Rosa Romero-Moreno<sup>a,\*</sup>, María Márquez-González<sup>b</sup>, Andrés Losada<sup>a</sup>, Virginia Fernández-Fernández<sup>a</sup> y Celia Nogales-González<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Psicología, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

<sup>b</sup> Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid, Campus de Cantoblanco, Madrid, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 11 de julio de 2014

Aceptado el 17 de febrero de 2015

On-line el 15 de julio de 2015

#### Palabras clave:

Cuidadores familiares

Demencia

Defusión cognitiva

Terapia de Aceptación y Compromiso

Evitación experiencial

### R E S U M E N

**Introducción:** La rumiación es una estrategia de afrontamiento desadaptativa asociada con malestar emocional. Recientemente, desde el enfoque terapéutico de la Terapia de Aceptación y Compromiso, se resalta la importancia del papel perjudicial de la fusión cognitiva (estar psicológicamente dominado por la forma o contenido de los propios pensamientos) en la explicación del malestar. El objetivo de este estudio es analizar simultáneamente el papel de la rumiación y la fusión cognitiva en el proceso de estrés del cuidador.

**Material y métodos:** La muestra, formada por 176 cuidadores de personas con demencia, se dividió en cuatro grupos en función de sus niveles en rumiación y fusión cognitiva: ARAF = alta rumiación + alta fusión; ARBF = alta rumiación + baja fusión; BRAF = baja rumiación + alta fusión; y BRBF = baja rumiación + baja fusión. Se evaluaron los niveles de estresores, frecuencia de actividades agradables, evitación experiencial, coherencia y satisfacción con los valores personales, depresión, ansiedad y satisfacción con la vida.

**Resultados:** El grupo ARAF mostró mayores niveles de depresión, ansiedad, evitación experiencial y menores niveles de satisfacción con la vida, frecuencia de actividades agradables, coherencia y satisfacción con valores personales que los otros tres grupos.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que es importante considerar simultáneamente la rumiación y la fusión cognitiva de cara a predecir variables de afrontamiento y malestar.

© 2014 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Rumination and cognitive fusion in dementia family caregivers

### A B S T R A C T

**Introduction:** Rumination has been described as a dysfunctional coping strategy related to emotional distress. Recently, it has been highlighted from the Acceptance and Commitment Therapy therapeutic approach, the negative role that cognitive fusion (the extent to which we are psychologically tangled with and dominated by the form or content of our thoughts) has on the explanation of distress. The aim of this study is to simultaneously analyze the role of rumination and cognitive fusion in the caregiving stress process.

**Material and methods:** The sample of 176 dementia caregivers was divided in four groups, taking into account their levels of rumination and cognitive fusion: HRHF = high rumination + high cognitive fusion; HRLF = high rumination + low cognitive fusion; LRHF = low rumination + high cognitive fusion; and LRLC = low rumination and low cognitive fusion. Caregiver stress factors, frequency of pleasant events, experiential avoidance, coherence and satisfaction with personal values, depression, anxiety and satisfaction with life, were measured.

**Results:** The HRHF group showed higher levels of depression, anxiety, experiential avoidance and lower levels of satisfaction with life, frequency of pleasant events, coherence and satisfaction with personal values, than the other three groups.

#### Keywords:

Family caregivers

Dementia

Cognitive defusion

Acceptance and Commitment Therapy

Experiential avoidance

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rosa.romero@urjc.es](mailto:rosa.romero@urjc.es) (R. Romero-Moreno).

*Conclusions:* Considering simultaneously rumination and cognitive fusion may contribute to a better understanding of caregiver coping and distress.

© 2014 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La investigación es consistente a la hora de afirmar que el cuidado de personas con demencia se asocia con consecuencias negativas para la salud física y psicológica de los cuidadores<sup>1</sup>. Los cuidadores están sometidos a altas demandas (supervisión y realización de tareas asociadas al cuidado) durante un elevado número de horas diarias y durante un tiempo prolongado, normalmente de años. Por estos motivos se ha considerado el cuidado familiar de personas dependientes como una situación de estrés crónica, siendo el marco teórico que mayor respaldo empírico ha recibido el modelo de estrés y afrontamiento adaptado al cuidado<sup>2</sup>. Según este modelo, el impacto que tienen las situaciones difíciles y demandas (estresores) a las que se enfrentan los cuidadores en el malestar del cuidador depende de otras variables denominadas moduladoras que pueden amortiguar o acentuar dicho impacto. Así, por ejemplo, la activación conductual y el optimismo, por un lado, y la frecuencia de pensamientos disfuncionales relacionados con el cuidado, por otro, se asocian de forma negativa y positiva con el malestar del cuidador, respectivamente<sup>3,4</sup>. Existen otras variables que también parecen ejercer un importante papel en el proceso del cuidado, aunque han sido menos estudiadas, como la rumiación<sup>5</sup>.

La rumiación se ha definido como la tendencia a responder ante los propios síntomas depresivos focalizando la atención y el pensamiento en los propios síntomas, en uno/a mismo/a y en las causas y consecuencias del estado de ánimo deprimido<sup>6</sup>. Si bien la rumiación se ha estudiado especialmente en el contexto de las personas con depresión y parece que tiene un papel relevante en el inicio y mantenimiento de esta, lo cierto es que no existe consenso a la hora de definir este constructo<sup>7</sup>. Sí parece existir bastante acuerdo en torno a la idea de considerar a la rumiación como un pensamiento repetitivo desadaptativo sobre distintos tipos de contenido negativo (p. ej. emociones negativas y/o sobre las causas, consecuencias y circunstancias que las rodean, discrepancia entre metas deseadas y conseguidas, inferencias negativas asociadas a acontecimientos vitales estresantes, etc.), (para una revisión, ver Smith et al.<sup>7</sup>). Existen estudios realizados con población no cuidadora que muestran que el uso de la rumiación predice de forma significativa un mayor uso de estrategias de afrontamiento desadaptativo, así como mayores niveles de sintomatología depresiva<sup>8,9</sup>. Se ha encontrado en una muestra de cuidadores de personas con trastorno bipolar que la rumiación parece explicar la relación existente entre la carga y la depresión de los cuidadores<sup>10</sup>. En un estudio llevado a cabo con una muestra de personas mayores se encontraron asociaciones positivas entre pensamiento rumiativo sobre acontecimientos pasados y depresión, ansiedad y peores niveles de salud física (vitalidad y función física) y negativas entre dicha variable y satisfacción con la vida, bienestar psicológico y crecimiento personal<sup>11</sup>. En estudios con población de cuidadores de personas con demencia se han encontrado asociaciones significativas y negativas entre la rumiación y la reevaluación cognitiva, frecuencia y satisfacción con actividades de ocio y positivas con los niveles de ira, depresión y ansiedad de los cuidadores<sup>5,12</sup>.

En un sentido similar a lo que ocurre con el estudio de la rumiación, otra variable que ha recibido poca atención en la investigación con cuidadores es la fusión cognitiva. Este concepto surge en el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que resalta la importancia no tanto del contenido o la forma del pensamiento sino de la relación de las personas con sus propios pensamientos o la función que tales pensamientos ejercen sobre la conducta de las

personas<sup>13</sup>. La fusión cognitiva se ha descrito como la tendencia a creer literalmente el contenido de los pensamientos y sentimientos sin ser consciente del proceso de pensamiento en sí mismo<sup>13</sup>. Se considera que es una dimensión psicopatológica, puesto que la atención y el comportamiento de las personas con niveles altos de fusión cognitiva son dominados por el contenido de sus pensamientos, alejando a la persona de las metas y los valores personales relevantes de su vida<sup>14</sup>. Desde la ACT se otorga especial relevancia a crear una manera de responder más flexible a las situaciones difíciles de la vida (flexibilidad psicológica) disminuyendo el excesivo impacto de los eventos cognitivos en lugar de intentar modificar su contenido. La fusión cognitiva es una variable que apenas ha sido explorada en la literatura y constituye uno de los procesos que forma parte de un constructo teórico más amplio basado en el modelo ACT, la flexibilidad psicológica, que es el principal objetivo de ACT. La defusión cognitiva se considera el polo opuesto y el proceso contrario de la fusión cognitiva y consiste en observar los pensamientos como eventos mentales pasajeros, a través de la habilidad de tomar perspectiva del propio pensamiento o distanciarse del mismo y ser capaz de actuar eficazmente en presencia de pensamientos molestos<sup>15</sup>. Hasta donde sabemos, únicamente existe un estudio previo con cuidadores de personas con demencia en el que se ha estudiado la fusión cognitiva<sup>16</sup>. En este estudio se encontró que los cuidadores con altos niveles de fusión cognitiva obtuvieron mayores puntuaciones en depresión, ansiedad y culpa y utilizaron con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento desadaptativas, como la evitación experiencial<sup>16</sup>. Igualmente, análisis previos con datos correspondientes a la muestra que compone el presente estudio muestran que si bien la rumiación y la fusión cognitiva son dos variables relacionadas significativa y positivamente entre sí, constituyen dos constructos diferentes<sup>14</sup>.

Teóricamente es posible que el impacto que tiene la rumiación en el malestar de los cuidadores esté influido por la fusión cognitiva. Así, es posible que algunos cuidadores tengan altos niveles de rumiación pero estos no les impacten emocionalmente al tener bajos niveles de fusión cognitiva. Igualmente, los cuidadores con altos niveles de rumiación y altos niveles de fusión cognitiva es probable que tengan altos niveles de malestar psicológico. De esta forma pueden existir distintos perfiles de cuidadores en función de sus puntuaciones en rumiación y fusión cognitiva, con distintas consecuencias emocionales.

Hasta donde sabemos, no existen estudios que analicen el impacto que tiene el hecho de considerar simultáneamente las variables rumiación y fusión cognitiva en el proceso de estrés del cuidador. Teniendo en cuenta el modelo de estrés y afrontamiento adaptado al cuidado, el objetivo de este estudio es analizar las diferencias entre distintos perfiles de cuidadores en función de sus niveles en las variables rumiación y fusión cognitiva en el uso de estrategias de afrontamiento y el malestar del cuidador.

## Material y método

### Participantes

La muestra consistió en 176 cuidadores familiares de personas con demencia que fueron reclutados a través de diferentes centros de servicios sociales y de salud de la Comunidad de Madrid. Los criterios de inclusión de los participantes fueron: identificarse como el cuidador principal de la persona con demencia, tener más de

**Tabla 1**  
Características sociodemográficas de la muestra

N = 176	
<b>Género (%)</b>	
Mujeres	77,80
Hombres	22,20
<b>Relación de parentesco del cuidador con la persona cuidada (%)</b>	
Esposa	40,90
Hijo/hija	48,90
Otro (e.g., suegra)	10,20
<b>Edad del cuidador</b>	
Media	61,42
DS	14,80
Rango	21-89
<b>Edad de la persona cuidada</b>	
Media	79,39
DS	8,87
Rango	55-101
<b>Tiempo de cuidado (años)</b>	
Media	3,58
DS	2,53
Rango	0,8-12
<b>Horas diarias cuidando</b>	
Media	13,82
DS	8,24
Rango	1-24
<b>Enfermedad de la persona cuidada (%)</b>	
Enfermedad de Alzheimer	77,10
Otra demencia	22,90

18 años y estar cuidando durante al menos una hora al día durante 3 meses consecutivos. Los datos sociodemográficos de la muestra se presentan en la [tabla 1](#).

## Variables

### Rumiación

La rumiación se midió a través de la versión reducida del Cuestionario de Estilos de Respuesta a la Tristeza (RRS-versión reducida)<sup>17</sup>. Concretamente se usó la versión española<sup>18</sup>. Esta escala consta de 10 ítems (p. ej. «Piensa en lo solo que se siente») que evalúan la tendencia a la focalización pasiva y repetitiva en las propias emociones negativas. Presenta un formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones de respuesta (0 = nunca; 3 = siempre). El índice de consistencia interna para este estudio es de 0,90 (alfa de Cronbach).

### Fusión cognitiva

La fusión cognitiva se ha evaluado a través de la versión española<sup>16</sup> de la Escala de Fusión Cognitiva (CFQ)<sup>14</sup>. Esta escala está formada por 7 ítems (p. ej. «Mis pensamientos me provocan malestar o dolor emocional») y tiene un formato de respuesta tipo Likert con 7 opciones de respuesta («nunca» = 1; «siempre» = 7). El índice de consistencia interna para este estudio fue de 0,87.

### Estresores

Se incluyeron como estresores el número de horas diarias dedicadas al cuidado, así como la capacidad funcional y la frecuencia de comportamientos problemáticos de la persona cuidada.

### Capacidad funcional

Se evaluó el estado funcional de la persona cuidada mediante el Índice de Barthel<sup>19</sup>, a través de la versión española de Baztán et al.<sup>20</sup>. Consta de 10 ítems que evalúan la capacidad de la persona para realizar actividades básicas de la vida diaria. Mayores puntuaciones

son indicativas de un mejor estado funcional. El coeficiente alpha de Cronbach fue de 0,91 para este estudio.

### Frecuencia de comportamientos problemáticos

Se han evaluado mediante la subescala de frecuencia de comportamientos problemáticos del Listado de Problemas de Memoria y de Conducta Revisado (Revised Memory and Behavior Problems Checklist)<sup>21</sup>. Concretamente se utilizó la versión española de esta escala<sup>22</sup>, que está formada por 24 ítems que evalúan la frecuencia de comportamientos problemáticos observables en personas con demencia (relacionados con la memoria, con depresión o con comportamientos problemáticos como la agresividad, la agitación, deambulación, etc.) con un formato de respuesta tipo Likert con 5 opciones de respuesta («nunca ocurre» valor = 0; «diariamente o más a menudo» valor = 4). El índice de fiabilidad medido a través del coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,72 para el presente estudio.

### Recursos del cuidador

#### Frecuencia de actividades de ocio

Se evaluó mediante una adaptación de la Escala de Satisfacción con el Ocio y Tiempo Libre -LTS-<sup>23</sup> (versión española<sup>24</sup>). Consiste en 6 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 3 opciones de respuesta (0 = raramente o nunca; 1 = un poco; 2 = mucho) que evalúan el grado en el que el cuidador dedica tiempo a actividades de ocio y tiempo libre (p. ej. «estar tranquilo», «aficiones o intereses», «pasar buenos ratos con otras personas»). En este estudio el coeficiente alfa de Cronbach encontrado es de 0,67.

#### Evitación experiencial

Se utilizó la traducción al castellano del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ)<sup>25</sup> realizada por Barraca<sup>26</sup>. Esta escala consiste en 9 ítems (p. ej. «Me preocupa tener bajo control mi ansiedad, mis preocupaciones o mis sentimientos») con formato de respuesta tipo Likert de 7 opciones de respuesta (1 = en absoluto de acuerdo; 7 = completamente de acuerdo). La escala mide hasta qué punto las personas presentan una actitud de aceptación de emociones, pensamientos y experiencias negativas, así como su capacidad para actuar en los momentos en los que estén experimentando tales experiencias aversivas. El coeficiente alfa de Cronbach en este estudio fue de 0,61.

#### Coherencia y satisfacción con valores personales

La coherencia con los valores personales y la satisfacción específica en cada área vital de la persona se midió a través de la versión española de la escala de satisfacción del Cuestionario de Valores de Wilson y Luciano<sup>27</sup>. Concretamente, se midió la coherencia o el grado de consistencia con cada una de las 12 áreas de su vida y el grado de satisfacción de la persona con el estado actual de cada una de las áreas. Ambas escalas presentan un formato de respuesta tipo Likert con 10 opciones de respuesta («nada satisfecho» = 1; «totalmente satisfecho» = 10).

### Variables resultado

#### Depresión

Se midió la sintomatología depresiva mediante la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D)<sup>28</sup>, validada al castellano por Losada et al.<sup>29</sup>, que está formada por 20 ítems (p. ej. «sentí que no podía librarme de la tristeza incluso con la ayuda de mi familia o amigos» o «sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo») que evalúan en qué medida la persona ha manifestado distintos síntomas depresivos durante la semana previa. Tiene un formato de respuesta tipo Likert de 4 opciones (0 = raramente o

**Tabla 2**  
Información descriptiva (media, desviación típica y rango) y correlaciones de las variables evaluadas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Media	DS	Rango
1. Rumiación											12,22	6,78	0-30
2. Fusión cognitiva	0,63**										25,30	9,74	7-47
3. Frecuencia de actividades de ocio	-0,23**	-0,20**									5,75	2,40	0-12
4. Evitación experiencial	0,56**	0,67**	-0,26**								33,99	7,77	15-57
5. Coherencia con valores	-0,25**	-0,29**	0,29**	-0,37**							82,39	16,53	38-120
6. Satisfacción con valores	-0,34**	-0,38**	0,31**	-0,39**	0,84**						80,96	17,89	27-120
7. Depresión	0,51**	0,42**	-0,48**	0,50**	-0,38**	-0,45**					21,81	13,31	0-54
8. Ansiedad	0,56**	0,52**	-0,34**	0,58**	-0,37**	-0,47**	0,67**				16,95	8,66	0-36
9. Satisfacción con la vida	-0,41**	-0,41**	0,28**	-0,50**	0,47**	0,56**	-0,48**	-0,48**			21,54	7,37	7-35
10. Frecuencia de comportamientos problemáticos	0,20**	0,22**	-0,15**	0,25**	-0,29**	-0,31**	0,27**	0,38**	-0,24**		14,77	8,02	0-43
11. Capacidad funcional	-0,03	-0,04	0,18**	-0,08	0,12	0,07	-0,10	0,004	0,04	-0,15	61,62	27,31	0-100

\* p &lt; 0,05.

\*\*p &lt; 0,01.

nunca; 3 = todo el tiempo). El coeficiente alpha de Cronbach en este estudio fue de 0,89.

### Ansiedad

Se midió a través de la escala de Tensión del Perfil de Estados de Ánimo, versión estado (POMS)<sup>30</sup>, en su versión española<sup>31</sup>, compuesta por 9 ítems (p. ej. hasta qué punto se ha sentido usted tenso/a) con un formato de respuesta tipo Likert con 5 opciones (0 = nada; 4 = muchísimo). Esta escala evalúa hasta qué punto el sujeto tuvo distintos síntomas de ansiedad durante la semana previa. El índice de consistencia interna fue de 0,91 (alpha de Cronbach) para este estudio.

### Satisfacción con la vida

Se midió mediante la versión española<sup>32</sup> de la Escala de Satisfacción con la Vida<sup>33</sup>. Esta escala está formada por 5 ítems (p. ej. «En general, mi vida real se acerca a mi vida ideal») y presenta un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 7 = totalmente de acuerdo). El índice de consistencia interna en este estudio fue de 0,92 (alfa de Cronbach).

### Análisis de datos

Para la descripción de la información sociodemográfica de la muestra se han llevado a cabo análisis descriptivos de las variables (medias, desviaciones típicas y rango). Para analizar la asociación entre las distintas variables del estudio se utilizaron coeficientes de correlación de Pearson.

Se agrupó la muestra en cuatro grupos de cuidadores en función de sus puntuaciones medianas en las variables rumiación y fusión cognitiva. Los cuidadores fueron divididos en puntuaciones altas y bajas de rumiación y fusión cognitiva en función de la mediana de cada variable, y se formaron cuatro grupos con base en tal división: 1) baja rumiación y baja fusión (BRBF), (n = 63); 2) baja rumiación y alta fusión (BRAAF), (n = 17); 3) alta rumiación y baja fusión (ARBF), (n = 68); y 4) alta rumiación y alta fusión (ARAF), (n = 27).

Siguiendo el modelo de estrés y afrontamiento adaptado al cuidado, se realizaron diferentes análisis ANOVA para analizar las diferencias entre los cuatro grupos en función de las siguientes variables: 1) *estresores*, horas diarias cuidando, capacidad funcional y frecuencia de comportamientos problemáticos, 2) *recursos del cuidador*, coherencia y satisfacción con los valores personales, evitación experiencial y frecuencia de actividades agradables, 3) *variables de resultado*, depresión, ansiedad y satisfacción con la vida.

## Resultados

### Normalidad, análisis de valores atípicos y multiplicidad

Siguiendo el criterio de Tabachnick y Fidell<sup>34</sup> se han llevado a cabo análisis para comprobar la distribución normal de las distintas variables del estudio así como de los valores atípicos univariados (puntuaciones z mayores que 3,29 con p < 0,001) y multivariados (distancia Mahalanobis con p < 0,001). Los resultados sugieren que no existen valores atípicos univariados ni multivariados. Los datos de normalidad, asimetría y curtosis se encuentran entre los valores esperados.

Igualmente, se han realizado análisis de multiplicidad entre la rumiación y la fusión cognitiva y los resultados muestran que no parece que esto constituya un problema ya que los valores máximos observados para el factor de inflación de la varianza y el índice de condición fueron 1,64 y 7,39, respectivamente.

### Información descriptiva y análisis de correlaciones

Las puntuaciones medias, desviaciones típicas y rangos de las distintas variables del estudio, así como las correlaciones entre las mismas, se presentan en la [tabla 2](#). Los resultados muestran asociaciones significativas y negativas entre la rumiación, la fusión cognitiva y la frecuencia de actividades agradables, coherencia y satisfacción con valores. Igualmente, se ha encontrado que los cuidadores con puntuaciones altas en rumiación y en fusión cognitiva presentan significativamente niveles mayores de depresión, ansiedad, frecuencia de comportamientos problemáticos y menores niveles de satisfacción con la vida.

### Diferencias entre grupos en función de la rumiación y la fusión cognitiva

En la [tabla 3](#) se presentan las puntuaciones medias y las desviaciones típicas de las variables evaluadas en el estudio en función del perfil de rumiación y fusión cognitiva del cuidador, así como los resultados del análisis ANOVA para cada una de las variables. En relación a los *estresores*, horas cuidando, frecuencia de comportamientos problemáticos y capacidad funcional, no se encontraron efectos principales en función del grupo para ninguna de estas variables. Con respecto a los *recursos* del cuidador, se encontraron efectos principales en función del grupo en las variables evitación experiencial, coherencia y satisfacción con valores. Específicamente, el grupo ARAF (grupo 3) presentaba significativamente mayores niveles de evitación experiencial y menores niveles de satisfacción con valores que el resto de los grupos (p < 0,01).



**Tabla 3**  
Diferencias entre grupos en las variables evaluadas

	Grupo 1 (BRBF) N = 64 Media ± DT	Grupo 2 (BRAAF) N = 17 Media ± DT	Grupo 3 (ARAF) N = 68 Media ± DT	Grupo 4 (ARBF) N = 27 Media ± DT	F	p	Diferencias poshoc
Horas cuidando	14,83 ± 8,85	13,59 ± 6,44	13,41 ± 8,05	12,63 ± 8,40	0,56	0,65	No diferencias significativas
Frecuencia de comportamientos problemáticos	13,56 ± 8,33	15,82 ± 9,58	15,25 ± 7,94	15,74 ± 6,30	0,79	0,50	No diferencias significativas
Capacidad funcional	62,34 ± 29,20	57,65 ± 22,72	62,65 ± 27,20	59,81 ± 26,69	0,20	0,89	No diferencias significativas
Frecuencia de actividades de ocio	6,15 ± 2,58	5,88 ± 2,42	5,13 ± 2,22	6,22 ± 2,19	2,39	0,07	Grupo 3 < que grupos 1 y 4
Evitación experiencial	28,48 ± 5,65	34,68 ± 7,41	39,46 ± 6,40	32,81 ± 5,94	35,19	< 0,01	Grupo 3 > que el resto y grupo 1 < que el resto
Coherencia con valores	85,88 ± 14,78	88,06 ± 14,39	76,94 ± 17,75	83,62 ± 15,17	4,07	< 0,01	Grupo 3 < que grupos 1 y 2
Satisfacción con valores	87,60 ± 15,27	83,41 ± 11,90	73,73 ± 19,95	81,56 ± 15,64	6,98	< 0,01	Grupo 3 < que el resto
Depresión	15,87 ± 11,08	20,23 ± 12,24	28,99 ± 12,77	18,80 ± 12,25	13,90	< 0,01	Grupo 3 > que el resto
Ansiedad	12,42 ± 6,18	16,43 ± 7,59	21,76 ± 8,74	15,91 ± 8,27	16,36	< 0,01	Grupo 3 > que el resto
Satisfacción con la vida	23,14 ± 6,36	22,64 ± 6,36	16,75 ± 7,16	22,15 ± 5,99	11,46	< 0,01	Grupo 3 < que el resto

Igualmente, el grupo 3 (ARAF) obtuvo puntuaciones significativamente menores ( $p < 0,01$ ) que los grupos 1 (BRBF) y 2 (BRAAF) en sus niveles de coherencia con valores. El grupo 1 (BRBF) presentaba niveles significativamente menores ( $p < 0,01$ ) de evitación experiencial que el resto de los grupos. Los resultados mostraron valores  $p$  cercanos a la significación ( $p = 0,07$ ) en la variable frecuencia de actividades agradables, mostrando que el grupo 3 (ARAF) tendía a puntuar menores niveles en esta variable en comparación con los grupos 1 y 4. Finalmente, con respecto a las variables de resultado, se han encontrado efectos principales en función del grupo en las variables depresión, ansiedad y satisfacción con la vida. Concretamente, el grupo 3 (ARAF) muestra niveles significativamente mayores ( $p < 0,01$ ) de depresión y ansiedad y menores niveles de satisfacción con la vida que el resto de los grupos.

## Conclusiones

El objetivo principal de este estudio es analizar las diferencias en el proceso de estrés del cuidador entre distintos perfiles de cuidadores en función de sus niveles en las variables cognitivas rumiación y fusión cognitiva. Concretamente, se analizaron las diferencias en las estrategias de afrontamiento (frecuencia de actividades de ocio, evitación experiencial y coherencia y satisfacción con los valores personales) y el malestar del cuidador (depresión, ansiedad y satisfacción con la vida) entre cuatro perfiles de cuidadores: baja rumiación y baja fusión (BRBF, grupo 1); baja rumiación y alta fusión (BRAAF, grupo 2); alta rumiación y alta fusión (ARAF, grupo 3); y baja rumiación y alta fusión (BRAAF, grupo 4).

De forma consistente con otros estudios, los resultados muestran que tanto la rumiación como la fusión cognitiva son dos variables cognitivas que tienen un impacto negativo en el proceso de estrés del cuidador<sup>5,14</sup>. Los resultados muestran que altos niveles de rumiación y fusión cognitiva se asocian con mayores niveles de depresión y ansiedad y menores niveles de satisfacción con la vida en los cuidadores. Igualmente, altos niveles en ambas variables se asocian positivamente con mayores niveles de evitación experiencial y negativamente con frecuencia de actividades de ocio y coherencia y satisfacción con los valores personales. Hasta donde sabemos, este es el primer estudio donde se analiza simultáneamente el efecto que tiene la rumiación y la fusión cognitiva en el proceso de estrés del cuidador.

Los resultados muestran que, mientras que no existen diferencias significativas entre los grupos en ninguno de los estresores evaluados (horas cuidando, capacidad funcional y frecuencia de comportamientos problemáticos), sí que existen en las estrategias de afrontamiento y en los niveles de malestar del cuidador, lo que

proporciona apoyo empírico al modelo de estrés y afrontamiento adaptado al cuidado<sup>2</sup>.

Los resultados de este estudio sugieren que existe un perfil especialmente vulnerable de cuidadores caracterizado por altas puntuaciones en rumiación y, al mismo tiempo, altas puntuaciones en fusión cognitiva (grupo 3, ARAF). Este grupo de cuidadores presenta mayores niveles de malestar en comparación con el resto de los grupos, concretamente mayores niveles de depresión y ansiedad y menores niveles de satisfacción con la vida. Igualmente, y en términos generales, este perfil de cuidadores usa con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento más desadaptativas que el resto de los grupos. Específicamente, el grupo 3 (ARAF) presenta mayores niveles de evitación experiencial y tienen menores niveles de satisfacción con sus valores personales que el resto de los grupos. Además, el grupo 3 realiza menos actividades de ocio que los grupos 1 (BRBF) y 4 (ARBF) y presenta menores niveles de coherencia con sus valores personales que los grupos 1 (BRBF) y 2 (BRAAF). De la misma manera que parece existir un grupo especialmente vulnerable, existe otro grupo (grupo 1, BRBF) que presenta un perfil más adaptativo, ya que tiene menores niveles de evitación experiencial que el resto de los grupos.

Los resultados sugieren que la rumiación podría tener un impacto negativo en la salud mental de los cuidadores cuando sus niveles de fusión cognitiva son altos. Esto se puede apreciar al haberse encontrado que el grupo 4 (ARBF), con altos niveles en rumiación pero bajos en fusión, no presenta un perfil tan desadaptativo como el grupo 3 (ARAF) porque a pesar de que tiene altas puntuaciones en rumiación, sus pensamientos no impactan de forma negativa en la salud de los cuidadores al no «fusionarse» con ellos. Si bien la naturaleza transversal del análisis impide llegar a una conclusión causal que explique con mayor seguridad los resultados obtenidos, es posible en el caso de los cuidadores del grupo ARBF que sus pensamientos no interfieran en el comportamiento de los cuidadores, ya que realizan más actividades de ocio y están más satisfechos con sus valores que el grupo con altos niveles tanto en rumiación como en fusión. En este sentido, en futuros estudios sería interesante analizar si la fusión cognitiva media o modera en la relación que existe entre la rumiación y el malestar del cuidador.

Los resultados de este estudio tienen importantes implicaciones clínicas. En primer lugar, resalta la importancia de evaluar no solo la frecuencia de pensamientos negativos o disfuncionales sino también la relación que las personas tienen con sus pensamientos. Hasta donde sabemos, no existen estudios sobre intervenciones psicológicas en el cuidado donde se haya evaluado la fusión cognitiva. Si bien las terapias cognitivo-conductuales son hasta el momento las que parecen tener mayor evidencia empírica, su tamaño del

efecto es, en el mejor de los casos, moderado<sup>35</sup>. Mientras que uno de los objetivos principales de TCC es disminuir la frecuencia y el impacto negativo de pensamientos disfuncionales cambiando el contenido negativo de los mismos por otro más adaptativo, sería muy útil añadir como objetivo terapéutico el cambio en la relación que las personas tienen con sus pensamientos, disminuyendo los niveles de fusión cognitiva en los estudios sobre intervención psicológica en cuidadores. En este sentido, la Terapia de Aceptación y Compromiso podría resultar útil para los cuidadores, ya que uno de sus componentes principales es promover la *defusión cognitiva* enseñando habilidades para distanciar a las personas de sus propios pensamientos sin intentar directamente modificar su contenido, con aceptación, disminuyendo así el poder regulador de estos sobre el comportamiento de las personas. En un estudio piloto de una intervención ACT realizado en población cuidadora se encontraron resultados prometedores para reducir los niveles de malestar del cuidador<sup>36</sup>. Igualmente, las terapias basadas en *mindfulness* pueden resultar útiles para reducir la fusión cognitiva, ya que el objetivo principal es centrar la atención en el presente y con aceptación de los pensamientos desagradables, lo que ayuda a las personas a percibir sus pensamientos como eventos internos que pueden ser observados, tal y como ha sido señalado en la literatura<sup>37</sup>. En esta línea se ha puesto de manifiesto en una reciente revisión<sup>38</sup> que la intervención psicológica basada en la meditación tiene efectos beneficiosos en los cuidadores en sus niveles de depresión y carga, si bien existen debilidades metodológicas y se necesitan más estudios rigurosos que lo avalen. Uno de los mecanismos que podría estar influyendo en la disminución de la depresión y ansiedad de los cuidadores a través de la meditación es el aumento en sus niveles de conciencia plena<sup>39</sup>. Por otra parte, es incluso posible que existan componentes cognitivos nucleares que medien ambos tipos de intervenciones, tanto de reestructuración cognitiva como de defusión cognitiva<sup>40</sup>, área de investigación que sin duda necesita ser más explorada. Incluso se ha puesto de manifiesto que la defusión cognitiva media tanto en la intervención ACT como en la TCC<sup>41</sup>.

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el carácter transversal del estudio no permite realizar inferencias causales. Teóricamente es posible que el uso de la rumiación y la fusión cognitiva como estrategias de afrontamiento influya en la disminución de los niveles de activación conductual de las personas, lo que repercute a su vez en el aumento de malestar o, al contrario, la baja activación conductual active la rumiación y la fusión cognitiva. Se necesitan estudios experimentales y longitudinales para aclarar cuáles son las direcciones de las relaciones entre las variables. Además, es posible que exista cierto solapamiento entre los constructos de la rumiación y la fusión cognitiva. Los resultados no se pueden generalizar a toda la población de cuidadores, al tratarse de una muestra formada por personas voluntarias que asisten a los distintos centros de servicios sociales y de salud. Igualmente, la baja consistencia interna de la escala de evitación experiencial obtenida en este estudio constituye una limitación del mismo, aunque es similar a la encontrada en estudios previos realizados con la misma escala<sup>25,42</sup>.

Como conclusión, los resultados de este estudio sugieren que la consideración conjunta de las variables cognitivas rumiación y fusión cognitiva contribuye en mayor medida a la comprensión del efecto de las variables moduladoras en el proceso de estrés del cuidado, lo que proporciona apoyo empírico al modelo de estrés adaptado al cuidado<sup>2</sup>. Los resultados sugieren que es importante considerar no solo si los cuidadores emplean la rumiación como estrategia de afrontamiento emocional, sino también la valoración de la relación que uno tiene con sus propios pensamientos desagradables (fusión cognitiva) de cara a predecir variables de afrontamiento y resultado. El perfil cognitivo con un peor afrontamiento y consecuencias más negativas es el

correspondiente a los cuidadores con altos niveles de rumiación y alta fusión cognitiva.

## Financiación

La preparación de este artículo ha sido financiada por el Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2012-31293).

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

La elaboración de este trabajo ha sido gracias a la colaboración de la Fundación Cien, Fundación María Wolff, Servicio de Geriátría del Hospital Ramón y Cajal, centro Reina Sofía de Cruz Roja, centro de salud General Ricardos, los centros de día Vitalia, Centro de Salud Benita de Ávila, Centro de Salud Vicente Muzas, Unidad de Memoria de Cantoblanco, Servicio de Neurología del Hospital La Paz, Asociación de Familiares de Alzheimer de Alcorcón, Instituto de familia de la Universidad CEU San Pablo, Servicios Sociales de Getafe, Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid y a la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos. Agradecemos a la SEGG la concesión del premio Panella Casas 2013 del área de Ciencias Sociales y del Comportamiento a este trabajo en su 55 congreso.

## Bibliografía

- Mausbach BT, Chattillion EA, Roepke SK, Patterson TL, Grant I. A comparison of psychosocial outcomes in elderly Alzheimer caregivers and noncaregivers. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21:5–13.
- Knight BG, Sayegh P. Cultural values and caregiving: the updated Sociocultural Stress and Coping Model. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010;65:5–13.
- Losada A, Márquez-González M, Romero-Moreno R. Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26:1119–27.
- Márquez-González M, Losada A, Peñacoba C, Romero-Moreno R. El optimismo como factor moderador de la relación entre el estrés y la depresión de los cuidadores informales de personas mayores dependientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:235–7.
- Romero-Moreno R, Márquez-González M, Losada A, López J. Motives for caring: relationship to stress and coping dimensions. *Int Psychogeriatr*. 2011;23:573–82.
- Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychol Bull*. 1987;101:259–82.
- Smith JM, Alloy LB. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clin Psychol Rev*. 2009;29:116–28.
- Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and distress following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *J Pers Soc Psychol*. 1991;61:105–21.
- Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol*. 2000;109:504–11.
- Perlick DA, Gonzalez J, Michael L, Huth M, Culver J, Kaczynski R, et al. Rumination, gender, and depressive symptoms associated with caregiving strain in bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;126:356–62.
- Fernández-Fernández V, Márquez-González M, Losada A, García EP. Design and validation of the scales for the assessment of the psychological impact of past life events: the role of ruminative thought and personal growth. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48:161–70.
- Romero-Moreno R, Losada A, Márquez-González M, Mausbach B. Effects of the frequency and satisfaction with leisure profile on dementia caregivers distress. *Annals Psychol*. 2014;30:878–86.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. 2.<sup>a</sup> ed. New York: Guilford Press; 2011.
- Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, et al. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behav Ther*. 2014;45:83–101.
- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villate JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013;44:180–98.
- Romero-Moreno R, Márquez-González M, Losada A, Gillanders DT, Fernández-Fernández V. Cognitive fusion in dementia caregiving: psychometric properties

- of the Spanish version of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Psychol Conductual*. 2014;22:115–30.
17. Nolen-Hoeksema S, Jackson S. Mediators of the gender difference in rumination. *Psychol Women Q*. 2001;25:37–47.
  18. Márquez-González M, Izal Fernández de Trocóniz M, Montorio I, Losada A. Emotional experience and regulation across the adult lifespan: Comparative analysis in three age groups. *Psicothema*. 2008;20:616–22.
  19. Mahoney FL, Barthel DW. Funcional evaluation: The Barthel Index. *Md State J*. 1965;4:61–5.
  20. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Barthel Index: valid instrument for the functional assessment of patients with cerebrovascular disease. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993;28:32–40.
  21. Teri L, Truax P, Logsdon R, Uomoto J, Zarit S, Vitaliano PP. Assessment of behavioral problems in dementia: The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *Psychol Aging*. 1992;7:622–31.
  22. Nogales-González C, Losada A, Romero-Moreno R. Confirmatory factor analysis of the Spanish version of the revised memory and behavior problems checklist. *Int Psychogeriatr*. 2015;27:683–92.
  23. Stevens AB, Coon D, Wisniewski S, Vance D, Arguelles S, Belle S, et al. Measurement of leisure time satisfaction in family caregivers. *Aging and Ment Health*. 2004;8:450–9.
  24. Losada A, Peñacoba C, Márquez-González M, Cigarán M. Cuidar cuidándose. Evaluación e intervención interdisciplinaria con cuidadores familiares de personas con demencia. Madrid: Obra Social Caja Madrid; 2008.
  25. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychological Record*. 2004;54:553–78.
  26. Barraca-Mairal JB. Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *Rev Int Psicol Ter Psicol*. 2004;4:505–16.
  27. Wilson KG, Luciano MC. Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Ediciones Pirámide; 2009.
  28. Radloff LS, Teri L. Use of the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale with older adults. En: Brink TL, editor. *Clinical Gerontology: a guide to assessment and intervention*. New York: Haworth Press; 1986. p. 119–36.
  29. Losada A, Villareal MA, Nuevo R, Márquez-González M, Salazar BC, Romero-Moreno R, et al. Cross-cultural confirmatory factor analysis of the CES-D in Spanish and Mexican Dementia caregivers. *Span J Psychol*. 2012;15:783–92.
  30. McNair D, Lorr M, Droppleman L. Profile of mood states. Manual. San Diego: Educational and Industrial Testing Service; 1971.
  31. Moltó J, Montañés S, Poy R, Segarra P, Pastor MC, Tormo MP, et al. Un nuevo método para el estudio experimental de las emociones: el International Affective Picture System (IAPS). *Rev Psicol Gen Apl*. 1999;52:55–87.
  32. Pons D, Atienza FL, Balaguer I, García-Merita ML. Propiedades psicométricas de la Escala de satisfacción con la vida en personas de la tercera edad. *Rev Iberoam Diagn Ev*. 2002;13:71–82.
  33. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*. 1985;49:71–5.
  34. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 5. th ed. New York: Harper Collins; 2006.
  35. Pinquart M, Sörensen S. Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr*. 2006;18:577–95.
  36. Márquez-González M, Romero-Moreno R, Losada A. Caregiving issues in a therapeutic context: New insights from the acceptance and commitment therapy approach. En: Pachana N, Laidlaw K, Bob Knight, editores. *Casebook of Clinical Geropsychology: International perspectives on practice*. New York: Oxford University Press; 2010. p. 33–53.
  37. Whitebird RR, Kreitzer M, Crain AL, Lewis BA, Hanson LR, Enstad CJ. Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: a randomized controlled trial. *Gerontologist*. 2013;53:676–86.
  38. Hurley RV, Patterson TG, Cooley SJ. Meditation-based interventions for family caregivers of people with dementia: a review of the empirical literature. *Aging Ment Health*. 2014;18:281–8.
  39. Jain FA, Nazarian N, Lavretsky H. Feasibility of central meditation and imagery therapy for dementia caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29:870–6.
  40. Yovel I, Mor N, Skakarov H. Examination of the core cognitive components of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy: an analogue investigation. *Behav Ther*. 2014;45:482–94.
  41. Arch JJ, Wolitzky-Taylor KB, Eifer GH, Craske MG. Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behav Res Ther*. 2012;50:469–78.
  42. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011;42:676–88.