



# **EVALUACIÓN DE UN GRUPO CONTROL DE CUIDADORES PRINCIPALES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER**

Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2016/1017  
Convocatoria: Junio

Modalidad: Trabajo de investigación relacionado con las competencias asociadas al título.

Noelia Martínez Sánchez,  
Tutora: Esther Sitges Maciá  
Elche, 19 de junio de 2017

## **Índice**

Resumen y Abstract.....	3-4
Marco Teórico.....	5-8
Método	
- Participantes.....	9
- Procedimiento.....	9
- Variables e instrumentos.....	9-10
- Tipo de Diseño.....	10
Resultados.....	11-21
Discusión.....	22-23
Referencias Bibliográficas.....	24-26
Tabla 1. Variables sociodemográficas grupo experimental y grupo control.....	12-13
Tabla 2. Estadísticos descriptivos pre-test y post-test TMMS-24 grupo control.....	14
Tabla 3. Prueba de Kolmogorov-Smirnov pre-test TMMS-24 grupo control.....	14
Tabla 4. Prueba t-Student para muestras relaciones TMMS-24 grupo control.....	15
Tabla 5. Estadísticos descriptivos pre-test y post-test STAI grupo control.....	15
Tabla 6. Prueba de Kolmogorov-Smirnov pre-test y post-test STAI grupo control....	16
Tabla 7. Prueba t-Student para muestras relacionadas STAI grupo control.....	16
Tabla 8. Estadísticos descriptivos pre-test y post-test TMMS-24 grupo experimental.....	17
Tabla 9. Estadísticos descriptivos pre-test y post-test STAI grupo experimental.....	17
Tabla 10. Prueba de Levene pre-test y post-test TMMS-24.....	18
Tabla 11. Prueba t-Student para dos muestras independientes en pre-test y post-test TMMS-24.....	18

Tabla 12. Prueba t-Student para dos muestras independientes en pre-test y post-test STAI Estado-Rasgo.....	20
Figura 1. Comparación de medias pre-test grupo experimental y control TMMS-2...	19
Figura 2. Comparación de medias post-test grupo experimental y control TMMS-24.....	19
Figura 3. Comparación de medias pre-test grupo experimental y control STAI Estado-Rasgo.....	21
Figura 4. Comparación de medias post-test grupo experimental y control STAI Estado-Rasgo.....	21



Actualmente, se reconoce la enfermedad de Alzheimer (EA) como una de las causas más comunes de dependencia entre los mayores, y se caracteriza por ser un trastorno neurodegenerativo cuyo rasgo cognoscitivo más distintivo es la pérdida progresiva de memoria. Aunque la institucionalización es una posibilidad, en la mayoría de los casos es uno de los familiares (cuidador informal principal) quien se encarga del cuidado, lo que suele tener repercusiones negativas en el bienestar biopsicosocial tanto del cuidador como del paciente. El presente estudio tiene como objetivo el evaluar a 10 cuidadores principales pertenecientes a la Asociación de Familiares de Personas con Alzheimer de Elche (AFAE), que actuarán como grupo control, y comparar los resultados obtenidos en los cuestionarios TMMS-24 y STAI Estado-Rasgo con medidas pre-test y post-test con los de un grupo experimental de un estudio previo, a quienes se les intervino mediante un Programa Psicoeducativo bajo el nombre de *Taller para familiares: El Cuidador Asertivo*. Los resultados obtenidos tras comparar ambas muestras han puesto de manifiesto diferencias significativas en la variable *reparación de las emociones* del TMMS-24 tanto en el pre-test como en el post-test; lo mismo ocurre con las variables *estado* y *rasgo* del STAI. Se concluye que sería interesante contar con una muestra más amplia en el futuro, a partir de la cual obtener datos sobre los beneficios de los programas de intervención psicoeducativa dirigido a familiares de personas mayores dependientes que puedan ser extrapolados a la población general.

*Palabras clave:* Alzheimer, cuidador informal principal, grupo control, inteligencia emocional, habilidades sociales.

Currently, Alzheimer's disease (AD) is recognized as one of the most common causes of dependence among the elderly, and it is characterized for being a neurodegenerative disorder whose most distinctive cognitive feature is progressive memory loss. Although institutionalization is a possibility, in most cases it is one of the relatives (primary informal caregiver) who takes care of the care, which usually has negative repercussions on the biopsychosocial welfare of both the caregiver and the patient. The present study aims to evaluate 10 primary caregivers belonging to the Association of Relatives of People with Alzheimer's in Elche (AFAE), who acted as a control group. Besides, its aim is also to compare the results obtained in the TMMS-24 and STAI with pre-test and post-test measures with those of an experimental group from a previous study, who were intervened through a Psychoeducational program under the name of Workshop for relatives: The Assertive Caregiver. The results obtained after this two samples have revealed significant differences in the TMMS-24 *emotional repair* variable in both the pre-test and the post-test. It happens the same with the *status* and *trait* variables of STAI. To sum up, it is interesting to have a larger sample in the future, to obtain data on the benefits of psychoeducational intervention programs to relatives of dependent elderly people that can be extrapolated to the general population.

**Keywords:** Alzheimer, primary informal caregiver, control group, emotional intelligence, social skills.



## MARCO TEÓRICO

En la actualidad, se reconoce la demencia como uno de los principales problemas de salud que causan dependencia entre los mayores (López y Crespo, 2007), especialmente en aquellos países en los que la esperanza de vida es alta (Santos- Franco et al., 2005). Según la Revista Colombiana de Psiquiatría (2000), el factor de riesgo primario para el desarrollo de algún tipo de demencia es la edad, por lo que el continuo incremento de la esperanza de vida conlleva el aumento de su incidencia y prevalencia.

La enfermedad de Alzheimer (EA) constituye la causa más común de demencia, ya que alrededor del 60% de la población anciana que presenta algún tipo de deterioro cognitivo padece esta enfermedad (Chaves et al. 2011). Su incidencia oscila entre el 3 y el 11% en personas mayores de 65 años y entre el 20 y el 50% en mayores de 85 años. Su curso es irreversible, y no es posible todavía hablar de tratamientos con resultados muy alentadores. (Santos- Franco et al., 2005).

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo muy heterogéneo, con múltiples manifestaciones y causas, cuyo rasgo cognoscitivo más distintivo es la pérdida progresiva de la memoria. En los primeros estados de la enfermedad, la disfunción de la memoria queda patente en la dificultad para retener y aprender nueva información. Finalmente, en los estados tardíos, este deterioro de memoria se extiende a la capacidad de recordar información previamente bien preservada (Revista Colombiana de Psiquiatría, 2000).

Otras áreas cognitivas afectadas en la EA, además de la memoria, son: la atención, con especial dificultad para cambiar el enfoque atencional; el lenguaje, con mayor dificultad en la tarea de nombrar; la capacidad visoperceptual y las funciones ejecutivas. Además, una característica primaria para el diagnóstico de esta patología es la pérdida progresiva de la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, lo que se conoce como discapacidad funcional (Chaves et al., 2011).

A pesar de lo nombrado anteriormente, los síntomas conductuales y psicológicos del Alzheimer son los más comunes durante el curso de la enfermedad, siendo una de las principales causas de institucionalización (Chaves et al., 2011). Estos síntomas no cognitivos son en gran medida los responsables de las dificultades en el cuidado de estos pacientes, pues presentan con frecuencia notables cambios en la conducta (Revista Colombiana de Psiquiatría, 2000).

Una vez diagnosticada la enfermedad de Alzheimer, la familia debe ser informada de que sus consecuencias no afectarán únicamente al paciente, sino a la calidad de vida del núcleo familiar. (Peinado Portero y Garcés de Los Fayos Ruiz, 1998).

Aunque la institucionalización es una posibilidad, en la actualidad el cuidado de las personas mayores se lleva a cabo principalmente dentro del entorno familiar, en el que uno de los familiares (el cuidador informal) asume dicha labor. (López y Crespo, 2007). Los cuidadores son cruciales para mantener a las personas con demencia en la comunidad (Brodaty, Green y Koschera, 2003), y en la mayoría de los casos, el perfil del cuidador principal es el de una mujer de alrededor de 54 años de edad, casada, sin estudios o con estudios primarios, ama de casa e hija del paciente. (Alonso Babarro, Garrido Barral, Díaz Ponce, Casquero Ruiz y Riera Pastor, 2004). La prestación de asistencia informal no remunerada supone una situación generadora de estrés, ya que el cuidado implica una sobrecarga de tareas y servicios al enfermo. Por lo tanto, esta experiencia suele tener repercusiones en el bienestar físico, psicológico y social del cuidador (Crespo- López y López- Martínez, 2005).

A pesar de lo nombrado anteriormente, algunos investigadores afirman que la situación de asistencia puede conllevar ciertos beneficios subjetivos, e incluso que los cuidadores pueden llegar a experimentar una sensación de crecimiento personal como resultado de desempeñar el rol de cuidador, así como desarrollar su resiliencia, conocida como la capacidad para afrontar las situaciones adversas (Fernández- Lansac, Crespo López, Cáceres y Rodríguez- Poyo, 2012).

No obstante, numerosos trabajos han demostrado que el cuidado de personas con demencia es una tarea muy estresante con consecuencias negativas significativas, ya que las tasas de ansiedad y depresión en los cuidadores, a diferencia de los no cuidadores, son sustancialmente más elevadas (García- Alberca et al., 2012). Experimentar la progresión de la demencia, con el consecuente incremento de dependencia del paciente y deterioro de la relación entre cuidador y paciente causa estrés y malestar (Schneider, Murray, Banerjee y Mann, 1999).

Gran parte de los estudios dedicados a evaluar las respuestas emocionales negativas de los cuidadores, centran su atención en determinar los niveles de depresión, ansiedad, ira, hostilidad o psicopatología general (López y Crespo, 2007). Un estudio llevado a cabo por García- Alberca et al., (2012) pone de manifiesto las elevadas tasas de ansiedad y depresión en los cuidadores principales de pacientes con EA, pues más de un 50% de los cuidadores presentan estas patologías de manera clínicamente significativa, siendo en su mayoría mujeres que guardan una relación de esposas o hijas con el paciente.

Más del 85% de los cuidadores principales afirma recibir ayuda significativa de otros familiares, pero menos del 30% recibe algún tipo de ayuda formal (Alonso- Babarro, Garrido-Barral, Martín- Martínez y Francisco- Morejón, 2005), lo que supone uno de los mayores factores de estrés (Schneider, Murray, Benerjee y Mann, 1999). Además, se ha demostrado que el sexo femenino y una mayor edad son factores relacionados con un mayor grado de sobrecarga o cansancio en el desempeño del rol de cuidador (Alonso Babarro, Garrido Barral, Díaz Ponce, Casquero Ruiz y Riera Pastor, 2004), así como la presencia de pensamientos disfuncionales (Vázquez- Sánchez et al., 2011).

Con el fin de reducir el estrés y la depresión que derivan del cuidado de una persona con Alzheimer y mejorar el bienestar tanto de los cuidadores como de los pacientes, los clínicos e investigadores han ideado diferentes métodos y programas de intervención, muchos de ellos con exitosos resultados (Brodaty, Green y Koschera, 2003). El cuidador principal deberá ser el primero en ser educado en aquellas habilidades que le ayuden a afrontar mejor la situación (Peinado Portero y Garcés de los Fayos Ruiz, 1998).

En un metaanálisis llevado a cabo por Brodaty, Green y Koschera (2003), se reveló que los programas psicoeducativos son beneficiosos de manera leve, aunque estadísticamente significativa, en el aumento de conocimientos de los cuidadores, en la morbilidad psicológica, en las estrategias de afrontamiento y en el apoyo social. También se encuentran estudios que afirman que estos programas, puestos en marcha de manera grupal, pueden contribuir a mejorar la calidad de vida de los cuidadores (Alonso- Babarro, Garrido- Barral, Martín- Martínez y Francisco- Morejón, 2005). En esta misma línea, estudios más recientes han puesto en evidencia la eficacia de los programas de intervención psicoeducativa para la reducción de los niveles de carga que sufren los cuidadores de pacientes con EA, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida y las tasas de morbilidad psiquiátrica en esta población (Martín- Carrasco et al., 2009).

Por otro lado, en un estudio realizado por Crespo- López y López Martínez (2005) cuyo objetivo era evaluar la influencia de las características personales y recursos de los cuidadores sobre su estado emocional, se puso de manifiesto la asociación significativa que guardan la autoestima y el afrontamiento centrado en las emociones con la ansiedad y la depresión. Además, los resultados obtenidos destacaban que el tipo de estresores tienen menor importancia que la forma en que los cuidadores se enfrentan a ellos.

Según una investigación realizada por Martín- Carrasco et al. (2009), los efectos de los programas psicoeducativos para cuidadores se prolongan durante, al menos, 6 meses tras la finalización de la intervención. Este es un aspecto importante a tener en cuenta, ya que en la mayoría de los casos la prestación de servicios tiene lugar durante varios años.



En la mayoría de los casos, las intervenciones psicoterapéuticas son programas multicomponente de orientación cognitivo- conductual, estructuradas en sesiones en las que se trabaja el entrenamiento en control de la activación, la reestructuración cognitiva, la solución de problemas y el incremento de actividades placenteras, a los que pueden añadirse otros elementos (López y Crespo, 2007). Un Programa Psicoeducativo de estas características fue desarrollado en la Universidad Miguel Hernández en el año 2014, bajo el nombre de *Taller para familiares: El Cuidador Asertivo*, compuesto por seis sesiones semanales de tres horas cada una, en el que se pretendía comprobar si mejora la Inteligencia Emocional y las Habilidades Sociales de los cuidadores principales tras su participación en el programa psicoeducativo. (Márquez Exojo, V.M., 2014).

A la vista de esta intervención, y a falta de la valoración de un grupo control para poder confirmar que los resultados obtenidos tras el taller fueron consecuencia de la puesta en marcha del mismo, el presente estudio tiene como objetivo el evaluar a un grupo de cuidadores principales de enfermos de Alzheimer, que actuarán como sujetos del grupo control a través de medidas pre-test y post-test, y comparar los resultados con los obtenidos con el grupo experimental en un estudio previo. Se seleccionará al grupo control con características sociodemográficas similares a las utilizadas en el grupo experimental, y poder así determinar si ha existido un cambio en la IE y las HH.SS de los cuidadores que participaron en el *Taller para familiares: el cuidador asertivo*.

## MÉTODO

### ***Participantes***

La muestra estuvo compuesta por 10 cuidadores principales de enfermos de Alzheimer, perteneciente a la Asociación de Familiares de Personas con Alzheimer de Elche (AFAE). La muestra fue seleccionada al azar, y los requisitos que se debían cumplir eran: que se identificasen a sí mismos como cuidadores principales, no haber participado en el *Taller para familiares: El Cuidador Asertivo*, e informar de que no se trataba de un trabajo remunerado, es decir, que eran cuidadores principales informales.

### ***Procedimiento***

Para obtener la muestra, se contactó con la Asociación de Familiares de Personas con Alzheimer de Elche (AFAE), a través de dos psicólogas del centro. En un primer momento, este contacto tuvo lugar vía e-mail, y posteriormente mediante una entrevista presencial con ambas profesionales, en la que se les explicó el objetivo del estudio y los pasos que se debían seguir.

Fueron las dos psicólogas del centro con quienes se contactó las encargadas de administrar las pruebas STAI y TMMS-24 a los 10 familiares que componían la muestra. Además, se aseguraron de que ninguna de las personas con las que se iba a llevar a cabo el estudio hubiese participado anteriormente en el *Taller para familiares: El Cuidador Asertivo*.

Finalmente, pasadas 6 semanas, se administró de nuevo a la misma muestra las pruebas STAI y TMMS-24. Se esperó este período de tiempo debido a que era el mismo que la duración del programa psicoeducativo con el que se había trabajado con el grupo experimental.

### ***VARIABLES e INSTRUMENTOS***

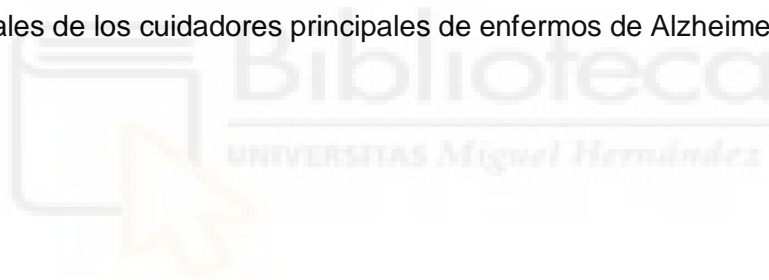
El TMMS- 24 (Trait Meta MoodScale) de Fernández- Berrocal, Extremera y Ramos (2004), y basado en el grupo de investigación de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995), se utilizó para la evaluación del conocimiento de los estados emocionales, es decir, de la capacidad tanto para ser conscientes de las propias emociones como de regularlas. Este cuestionario contiene tres dimensiones claves de la Inteligencia Emocional, con 8 ítems

cada una de ellas: Atención emocional, Claridad de sentimientos y Reparación emocional (Fernández- Berrocal, Extremera y Ramos, 2004).

Por otro lado, también se utilizó el inventario de Estado y Rasgo (State and TraitAnxietyInventory- STAI), validación española (Spielberger, 1982), para la evaluación del conocimiento de la Ansiedad. Este inventario contiene dos escalas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de ansiedad: ansiedad- estado y ansiedad rasgo. Mientras la ansiedad- estado se considera una condición emocional transitoria, la ansiedad- rasgo se considera una propensión ansiosa relativamente estable (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

### ***Tipo de Diseño***

Estudio de campo, con medidas pre- test y post- test. Se quiere comparar los resultados del grupo control y el grupo experimental, antes y después de que éstos últimos hayan participado en un programa psicoeducativo sobre la inteligencia emocional y las habilidades sociales de los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer.



## RESULTADOS

El análisis estadístico de los datos se llevo a cabo a través del programa estadístico SPSS v.20.

Las características sociodemográficas de la muestra obtenida para evaluar el grupo control quedan recogidas en la tabla 1. El perfil del cuidador principal corresponde al de una mujer (90% en el grupo control y 100% en el grupo experimental), con una edad media de 45,3 años en el grupo control y 65,2 años en el grupo experimental. Mientras que en el grupo control predominan las mujeres tanto solteras como casadas con un 40% en ambos casos, en el grupo experimental la mayoría son casadas, con un 90%. En lo relativo a los estudios, en el grupo control se encuentra una mayor variedad que en el grupo experimental, con predominio de estudios medios en el primero (50%) y estudios primarios o carencia de estudios en el segundo (40% en ambos casos). La situación laboral también difiere en ambos grupos, pues la muestra del grupo control se encuentra, por lo general, en activo (40%), mientras que en el grupo experimental la mayoría se dedica a las labores del hogar (80%). En cuanto al parentesco, mientras que en el grupo experimental la gran mayoría son esposas (60%), en el grupo control predominan como cuidadores principales los hijos e hijas de los sujetos afectados por Alzheimer (80%). Además, el 100% de los cuidadores del grupo control asegura recibir ayuda de otros familiares, al contrario que en el grupo experimental, en el que un 70% afirma no recibir ningún tipo de ayuda. La media de tiempo desde el diagnóstico de Alzheimer es 37,1 meses en el grupo control y 65,7 meses en el grupo experimental, mientras que la media de tiempo desde que se ejerce de cuidador corresponde con 29,9 meses en el grupo control y 85,5 meses en el grupo experimental. La gran mayoría de sujetos que componen el grupo experimental dedican 125 horas o más a la tarea de cuidador (90%), mientras que en el grupo control los datos son más heterogéneos, con una mayoría del 30% tanto en la dedicación de 125 horas o más al cuidado como de 25 horas o menos.

Tabla 1

*Variables sociodemográficas grupo experimental y grupo control*

	Grupo experimental	Grupo control
Sexo		
Hombre	0%	10%
Mujer	100%	90%
Media de edad en años	65.2	45.3
Estado civil		
Soltero/a	10%	40%
Casado/a	90%	40%
Vuido/a	0%	10%
Divorciado/a	0%	10%
Estudios		
Sin estudios	40%	10%
Estudios primarios	40%	30%
Estudios medios	20%	50%
Estudio universitarios	0%	10%
Situación laboral		
Activo/a	0%	40%
En desempleo	0%	20%
Jubilado/a	10%	10%
Estudiante	0%	0%
Labores del hogar	80%	30%
Realización de trabajo no remunerado	0%	0%
Otra situación	10%	0%
Parentesco		
Esposo/a	60%	0%
Hijo/a	30%	80%
Nieto/a	0%	20%
Otro familiar	10%	0%

Tabla 1 (continuación)

*Variables sociodemográficas grupo experimental y grupo control*

	Grupo experimental	Grupo control
Media de tiempo desde el diagnóstico (en meses)	65.7	37.1
Media de tiempo desde que ejerce de cuidador principal (en meses)	85.5	29.9
Ayuda de otro familiar		
Si	30%	100%
No	70%	0%
Horas a la semana dedicadas al cuidado		
125 horas o más	90%	30%
100 a 125 horas	10%	10%
75 a 100 horas	0%	10%
50 a 75 horas	0%	10%
25 a 50 horas	0%	10%
25 horas o menos	0%	30%

A continuación, se pasa a exponer los resultados obtenidos tras realizar contrastes estadísticos con el objeto de detectar si existen diferencias significativas entre los pre-test y los post-test administrados al grupo control.

Las medias y desviaciones típicas obtenidas en el cuestionario TMMS-24 son, a primera vista, muy similares entre el pre-test y el post-test. No obstante, cabe destacar que en todos los casos estos datos descriptivos son mayores en los cuestionarios administrados en un primer momento (Tabla 2).

Tabla 2

*Estadísticos descriptivos pre-test y post-test TMMS-24 grupo control*

Variables	Media (DT)	Media (DT)
	Pre-Test	Post-Test
Atención de las emociones	29.20 (7.510)	24.80 (6.630)
Claridad de las emociones	27.80 (7.857)	27.10 (6.540)
Reparación de las emociones	28.90 (8.144)	27.80 (5.493)

\*DT= Desviación Típica.

Para comparar estos resultados, en primer lugar se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov a partir de la cual se pudo asumir que las puntuaciones procedían de una población normal, ya que trabajando con un nivel de confianza de 0.95 y un valor p de 0.05, en todos los casos se obtuvo un valor superior a p (Tabla 3).

Tabla 3

*Prueba de Kolmogorov- Smirnov pre-test TMMS-24 grupo control*

Variables	Significación	Significación
	Pre-Test	Post-Test
Atención de las emociones	0.866	0.981
Claridad de las emociones	0.996	0.748
Reparación de las emociones	0.887	0.969

Una vez asumida la normalidad, la prueba de contraste seleccionada fue la t- Student para muestras dependientes, con el fin de evaluar la significación de las posibles diferencias. Únicamente se encontraron diferencias significativas en la variable *atención de las emociones*, con un valor inferior a 0.05 ( $0.047 \leq p$ - valor). En el resto de los casos no se encontraron diferencias significativas (Tabla 4).

Tabla 4

*Prueba t- Student para muestras relacionadas TMMS-24 grupo control*

Variabes	Significación
Atención de las emociones	0.047
Claridad de las emociones	0.062
Reparación de las emociones	0.557

En cuanto al inventario STAI Estado y Rasgo, cabe señalar la coincidencia de medias en la variable *rasgo*, así como la obtención de una media mayor en el post-test que en el pre-test en la variable *estado*. Las desviaciones típicas difieren en ambos casos, aunque a simple vista no parece que esta diferencia sea significativa (Tablas 5).

Tabla 5

*Estadísticos descriptivos pre-test y post- test STAI grupo control*

Variabes	Media (DT)	Media (DT)
	Pre-Test	Post-Test
Ansiedad- Estado	20.00 (9.626)	22.10 (13.916)
Ansiedad- Rasgo	23.50 (9.034)	23.50 (12.528)

Una vez obtenidos los estadísticos descriptivos expuestos anteriormente, y con el fin de comparar estos resultados, se utilizó en primer lugar la prueba de Kolmogorov- Smirnov, a partir de la cual se pudo asumir de nuevo normalidad debido a que los p-valores de todas las variables superan el valor de 0.05 (Tablas 6).



Tabla 6

*Prueba de Kolmogorov- Smirnov pre-test y post-test STAI grupo control*

Variables	Significación	Significación
	Pre-Test	Post-Test
Ansiedad- Estado	0.994	0.462
Ansiedad- Rasgo	0.951	0.611

El siguiente paso fue utilizar la prueba t-Student para muestras dependientes. El nivel de significación fue en ambos casos superior a 0.05, por lo que es posible afirmar que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones de Ansiedad-Estado del pre-test y del post-test (0.568  $\geq$ p- valor), así como entre las puntuaciones de la variable Ansiedad-Rasgo (1  $\geq$ p- valor) (Tabla 7).

Tabla 7

*Prueba t- Student para muestras relacionadas STAI grupo control*

Variables	Significación
Ansiedad- Estado	0.568
Ansiedad- Rasgo	1.000

Por otro lado, se quería determinar si existen diferencias significativas al comparar las puntuaciones obtenidas en el grupo control con las de un grupo experimental, también compuesto por una muestra de 10 sujetos. Los estadísticos descriptivos que han resultado del cuestionario TMMS-24 y del inventario STAI Estado-Rasgo de este último grupo aparecen en las tablas 8 y 9, siendo todas las puntuaciones obtenidas en el STAI notablemente superiores a las del grupo control.

Tabla 8

*Estadísticos descriptivos pre-test y post-test TMMS-24 grupo experimental*

Variables	Media (DT)	Media (DT)
	Pre-Test	Post-Test
Atención de las emociones	24.90 (6.367)	25.30 (6.111)
Claridad de las emociones	30.60 (6.670)	32.20 (6.957)
Reparación de las emociones	35.20 (3.706)	35.90 (3.542)

\*DT= Desviación Típica.

Tabla 9

*Estadísticos descriptivos pre-test y post-test STAI grupo experimental*

Variables	Media (DT)	Media (DT)
	Pre-Test	Post-Test
Ansiedad- Estado	75.40 (15.953)	71.20 (18.737)
Ansiedad- Rasgo	64.30 (21.245)	63.40 (21.588)

\*DT= Desviación Típica.

En cuanto al cuestionario TMMS-24, la prueba de contraste escogida fue la t-Student para dos poblaciones independientes con varianzas desconocidas y supuestas iguales. A pesar de no poder realizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov por falta de información del grupo experimental, se asume el supuesto de normalidad, pues en la muestra que conforma el grupo control se ha podido corroborar este supuesto, y se entiende que en el contraste realizado con el grupo experimental también se pudo confirmar. Es también posible asumir el supuesto de homocedasticidad; no obstante, en este caso se ha encontrado una probabilidad asociada inferior a 0.05 en el caso de la variable *reparación de las emociones* del pre-test ( $0.019 \leq p\text{-valor}$ ), por lo que únicamente en este caso se ha utilizado la t-Student para el contraste de medias en poblaciones independientes con varianzas desconocidas y supuestas distintas (Tabla 10).

Tabla 10

*Prueba de Levene pre-test y post-test TMMS-24*

Variables	Significación	Significación
	Pre-Test	Post-Test
Atención de las emociones	0.371	0.466
Claridad de las emociones	0.373	0.630
Reparación de las emociones	0.019	0.291

Tanto en la comparación de los resultados de los pre-test del grupo experimental con los del control como en la comparación de los post-test, se han encontrado diferencias significativas únicamente en la variable *reparación de las emociones*, con un valor en ambos casos inferior a 0.05 ( $0.04 \leq p$ - valor en pretest;  $0.005 \leq p$ - valor en post-test) (Tabla 11 y Figuras 1 y 2).



Tabla 11

*Prueba t- Student para dos muestras independientes en pre-test y post-test TMMS-24*

Variables	Significación	Significación
	Pre-Test	Post-Test
Atención de las emociones	0.17	0.86
Claridad de las emociones	0.38	0.1
Reparación de las emociones	0.04	0.005

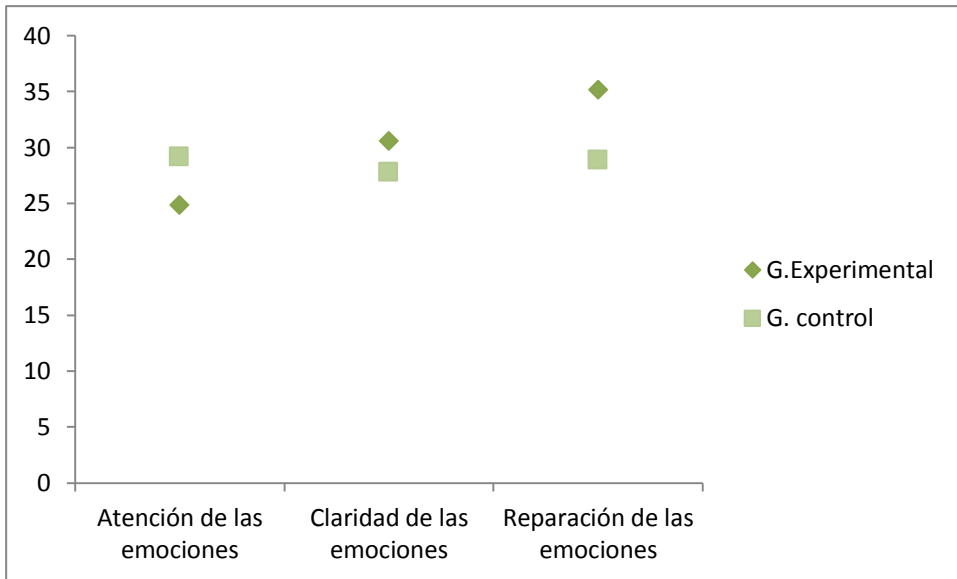


FIGURA 1. Comparación de medias Pre-Test Grupo Experimental y Control TMMS-24

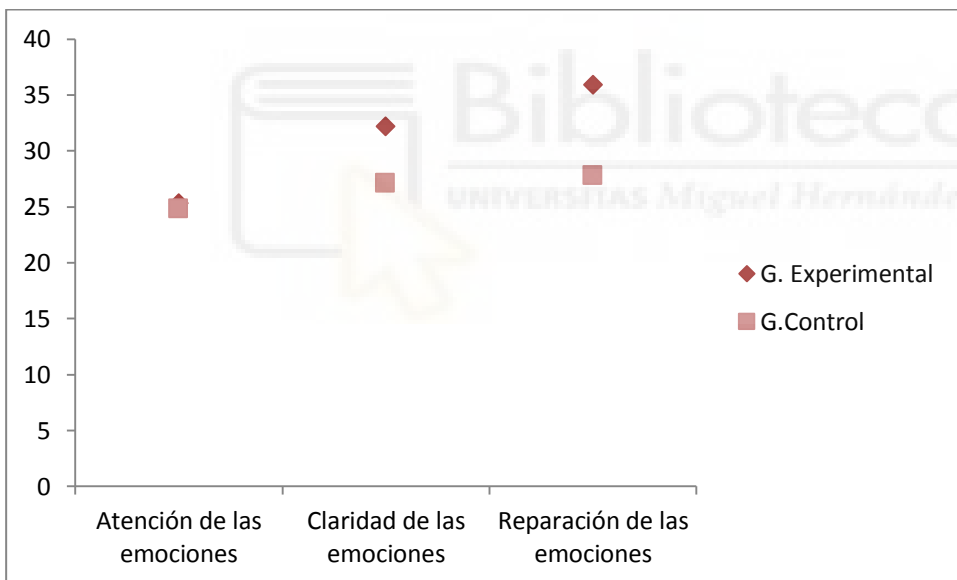


FIGURA 2. Comparación de medias Post-Test Grupo Experimental y Control TMMS-24

Por último, se pasa a comparar los resultados obtenidos en el inventario STAI Estado-Rasgo en los pre-test del grupo experimental con los del grupo control, así como los resultados de los post-test. Se acepta el supuesto de normalidad, ya que a pesar de no poder realizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov por falta de información del grupo experimental, este supuesto se ha podido corroborar en la muestra que conforma el grupo control, y se entiende que en el contraste realizado con el grupo experimental también se

pudo confirmar. En cuanto a la homocedasticidad, surgen de nuevo dos casos diferentes. Por un lado, la significación en la variable *rasgo* tanto del pre-test como del post-test es inferior a p-valor ( $0.006 \leq p$ -valor en el pre-test;  $0.044 \leq p$ -valor en el post-test), por lo que se debe emplear para la comparación de medias la prueba de contraste t-Student para poblaciones independientes con varianzas desconocidas y supuestas distintas. Por otro lado, la probabilidad asociada en la variable *estado* es superior a p-valor tanto en el pre-test como en el post-test ( $0.559 \geq p$ -valor en el pre-test;  $0.155 \geq p$ -valor en el post-test), por lo tanto, se debe utilizar la prueba de contraste de medias t-Student para dos poblaciones independientes con varianzas desconocidas y supuestas iguales.

A partir de la prueba de contraste t-Student se ha podido determinar que en todos los casos las diferencias entre las puntuaciones son significativas, ya que todas ellas son menores de 0.05 ( $0.000 \leq p$ -valor en pre-test ansiedad estado;  $0.000 \leq p$ -valor en pre-test ansiedad rasgo;  $0.000 \leq p$ -valor en post-test ansiedad estado;  $0.000 \leq p$ -valor en post-test ansiedad rasgo) (Tabla 12 y Figuras 3 y 4).

Tabla 12

*Prueba t- Student para dos muestras independientes en pre-test y post-test STAI Estado-Rasgo*

Variables	Significación	Significación
	Pre-Test	Post-Test
Ansiedad- Estado	0.000	0.000
Ansiedad- Rasgo	0.000	0.000

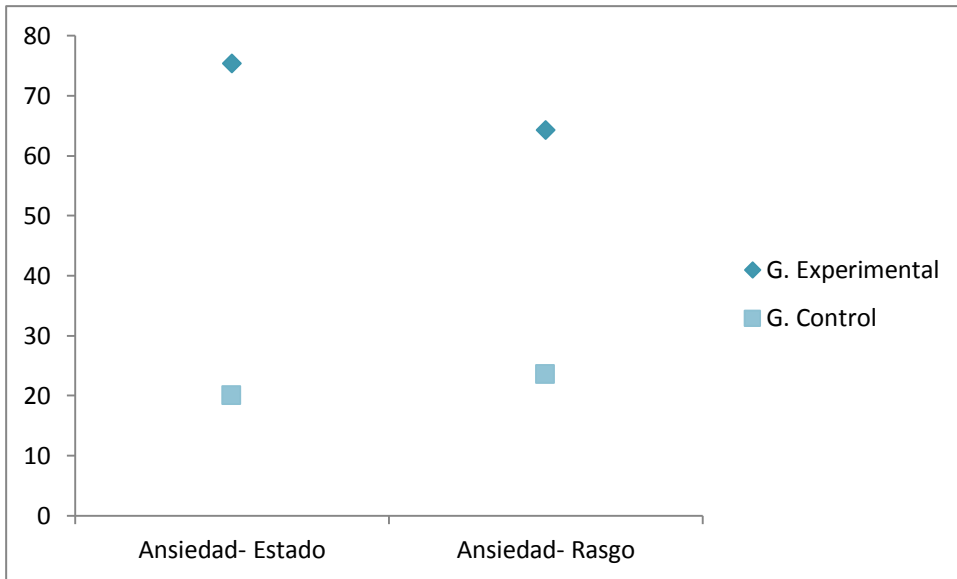


FIGURA 3. Comparación de medias Pre-Test Grupo Experimental y Control STAI Estado-Rasgo.

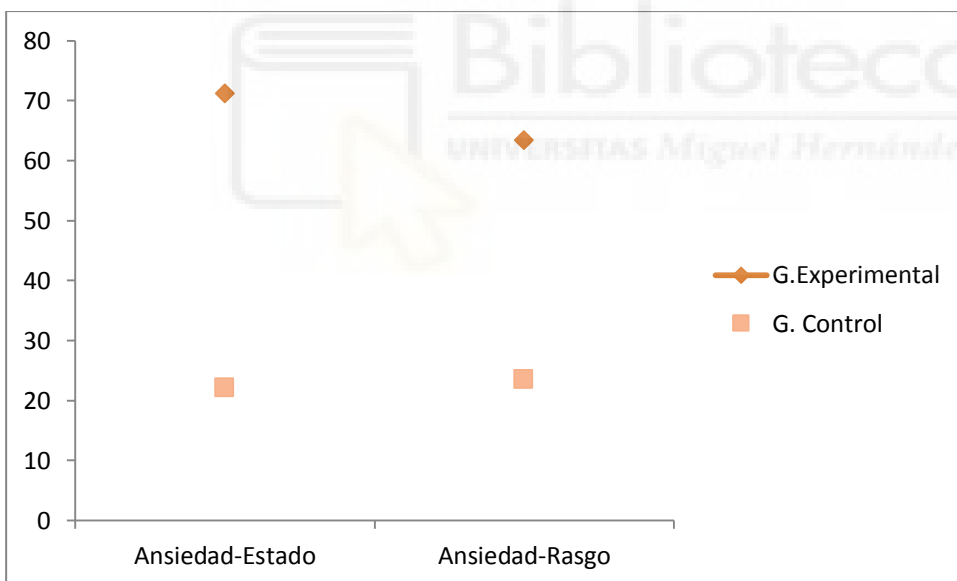


FIGURA 4. Comparación de medias Post-Test Grupo Experimental y Control STAI Estado-Rasgo.

## DISCUSIÓN

En primer lugar, en lo relativo a las características sociodemográficas de la muestra con la que hemos trabajado en el presente estudio, cabe señalar que éstas coinciden en gran medida con las nombradas en otros trabajos, ya que el cuidador principal es en la mayoría de los casos una mujer casada de mediana edad, que guarda una relación de hija con el sujeto afectado por Alzheimer. Además, en todos los casos los sujetos afirman recibir algún tipo de ayuda por parte de otros familiares, lo que supone un factor protector al estrés y a la sobrecarga de tareas a la que se enfrenta por lo general el cuidador principal (Alonso Babarro, Garrido Barral, Díaz Ponce, Casquero Ruiz y Riera Pastor, 2004).

Asimismo, los sujetos que componen el grupo control han obtenido una media considerablemente más baja que el experimental en cuanto al tiempo que llevan ejerciendo de cuidadoras, lo que podría estar también influyendo en las puntuaciones de los cuestionarios administrados. Hacia esta dirección apunta el estudio de Yanguas Lezaun, Leturia Arrazola y Leturia Arrazola (2000), en el que se indica que mientras que en algunos casos los cuidadores de personas mayores dependientes se adaptan exitosamente a la situación a medida que transcurre el tiempo de cuidado, en otros casos los sujetos tienden a sentirse progresivamente con mayores niveles de carga.

Atendiendo a los resultados obtenidos tras comparar los pre-test con los post-test dentro de nuestro grupo control, únicamente se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la variable *atención a las emociones* del cuestionario TMMS-24, con una media superior en el pre-test. Debido a que este grupo de sujetos no participó en ningún programa de intervención durante el período de tiempo en que fueron evaluados, esta diferencia se podría atribuir al transcurso del tiempo, pues la EA es una enfermedad progresiva y las puntuaciones obtenidas en el momento de la evaluación pueden estar influidas por circunstancias puntuales.

Por otro lado, al contrastar estadísticamente las puntuaciones pre-test y post-test del grupo control con el experimental, en cuanto al TMMS-24 hemos encontrado diferencias significativas en la variable *reparación de las emociones*, tanto en la comparación de los pre-test como en la de los post-test. Además, en ambos casos las medias son más altas en el caso del grupo experimental. Por lo tanto, con este resultado se podría afirmar que el Programa Psicoeducativo: *Taller para familiares: El Cuidador Asertivo* ha sido en cierta medida beneficioso en la gestión de las emociones de los sujetos sobre los que se intervino, es decir, influye de manera positiva sobre la inteligencia emocional. Estos resultados coinciden con otros estudios tales como es el de Espín Andrade (2009), en el que se afirma que un programa de intervención psicoeducativa puede llegar a mejorar significativamente el

manejo de los sentimientos negativos que suelen aparecer en los cuidadores principales, como la ira, la angustia y el miedo, así como mejorar el estado de ánimo de los mismos.

En lo relativo a los resultados obtenidos en el contraste de los pre-test y los post-test STAI Estado-Rasgo del grupo control con el experimental, hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas en todos los casos, con medias mayores en el grupo experimental que en el control. Estos datos no confirman la eficacia del Programa Psicoeducativo con el que se trabajó con la muestra del grupo experimental, ya que el nivel de ansiedad no se ha visto reducido en ninguno de los casos tras la intervención, pues lo esperado hubiese sido obtener medias significativamente menores en el grupo sobre el que se intervino.

Tras toda la información obtenida y anteriormente presentada, podemos confirmar, en cierta medida, la necesidad de que los cuidadores principales de personas con EA o algún otro tipo de demencia tengan la oportunidad de asistir a programas de intervención psicoeducativa, pues queda demostrada su eficacia en la mejora del manejo y gestión de las emociones negativas que surgen a lo largo de todo el proceso de cuidado. La posibilidad de poder reunirse con otras personas que están viviendo una situación similar, así como el hecho de poder compartir experiencias y opiniones, parece ser utilizada como una herramienta de desahogo emocional eficaz, que aumenta el bienestar y ayuda a los cuidadores a enfrentarse con una actitud más positiva a su día a día. Por todo lo nombrado, no querría concluir sin destacar la importancia de que las asociaciones de enfermos de Alzheimer cuenten también con los cuidadores como agentes de cuidado, y pongan a su disposición toda aquella asistencia y apoyo necesarios para facilitar en la medida de lo posible el proceso al que hacen frente. Por último, cabe añadir que los resultados que se han extraído del presente estudio pueden haberse visto influidos por el reducido tamaño muestral con el que se ha trabajado, por lo que en un futuro sería interesante recurrir a una muestra más amplia con el fin de confirmar con mayor fiabilidad los beneficios que obtienen los cuidadores principales de este tipo de programas de intervención.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso Babarro A., Garrido Barral A., Diaz Ponce A., Casquero Ruiz R. y Riera Pastor M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria*, 33(2), 61-68.
- Alonso-Babarro A., Garrido Barral A., Martín-Martínez M.A. y Francisco-Morejón N. (2005). Evaluación de una intervención en cuidadores de pacientes con demencia (programa ALOIS) mediante una escala de calidad de vida. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(3), 40-45.
- Brody H., Green A. y Koschera A. (2003) Meta- Analysis of psychological interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of America Geriatric Society*, 51(5), 657-664.
- Chaves M.L.F., Godinho C.C., Porto C.S., Mansur L., Carthery-Goulart M.T., Yassuda M.S., Beato R., Group Recommendations in Alzheimer's Disease y Vascular Dementia of the Brazilian Academy of Neurology. (2011). Cognitive, functional and behavioral assesment Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol*, 5(3), 153-166.
- Crespo-López M., y López-Martínez J. (2005). Estrés y estado emocional en cuidadores de familiares mayores con y sin demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(3), 55-61.
- Enfermedad de Alzheimer. (2000). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2(2), 119-126.
- Espín Andrade A.M.(2009). Escuela de Cuidadores como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(2), 1-14.
- Fernández-Berrocal P., Extremera N. y Ramos N.(2004). Validity and reliability of the Spanish modified versión of the Tarit Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fernández-Lansac V., Crespo López M., Cáceres R. y Rodríguez-Poyo M. (2012). Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(3), 102-109.
- García-Alberca J.M., Cruz B., Lara J.P., Garrido V., Lara A. y Gris E. (2012). Anxiety and depression are associated with coping strategies in caregivers of Alzheimer's disease

- patients: results from the MÁLAGA-AD study. *International Psychogeriatrics*, 24(8), 1325-1334.
- López J. y Crespo M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares dependientes: Una revisión. *Psicothema*, 19(1), 72-80.
- Martín-Carrasco M., Franco Martín M., Pelegrín Valero C., Roy Millán P., Iglesias García C., Ros Montalbán S., Gobartt Vázquez A.L., Pons Piris S. y Balañá Vilanova M. (2009). Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 24(5), 489-499.
- Márquez Exojo V.M. (2014). *Intervención psicoeducativa con cuidadores de personas con Alzheimer*. Universidad Miguel Hernández, Elche.
- Molina-Linde J.M., Iáñez-Velasco M.A. y Iáñez-Velasco B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud*, 15(1), 33-43.
- Ortega Navas, M.C. (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 21(2), 462-470.
- Peinado-Portero A. y Garcés de los Fayos-Ruiz E. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: El síndrome del asistente desatendido. *Anales de Psicología*, 14(1), 83-93.
- Salovey P., Mayer J.D., Goldman S., Turvey C. y Palfai T.(1995). Emotional attention, clarity and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Mood Scale. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp.125-154). Washington, DC: American Psychological Association.
- Santos-Franco J.A., Barquet-Platón E.I., Mercado- Pimentel R., Ortiz-Velázquez R.I., Cardona-Cabrera S. y Otero- Siliceo E. (2005). Demencias potencialmente reversibles no quirúrgicas. *Revista Neurología*, 40(1), 54-60.
- Schneider J., Murrain J., Benerjee S. y Mann A.(1999). EURO CARE: A cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I. Factor associated with caregiver burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 651-661.

- Sitges Maciá E. y Bonete López B.(2014). Desarrollo de un programa psicoeducativo en inteligencia emocional para cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*,4(3), 257-266).
- Spielberger C., Gorsuch R. y Lushene R. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger C., Gorsuch T. y Lushene R. (1982). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)* Madrid, España: TEA Ediciones S.A.
- Vázquez-Sánchez M., Aguilar-Trujillo M., Estébanez-Carvajal F., Casals-Vázquez C., Casals-Sánchez J. y Heras-Pérez M. (2012). Influencia de los pensamientos disfuncionales en la sobrecarga de los cuidadores de personas dependientes. *Enfermería Clínica*, 22(1), 11-17.
- Yanguas Lezaun J.J., Leturia Arrazola F.J. y Leturia Arrazola M.(2000). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del Psicólogo*,(76), 23-32.

