



Psicoperspectivas

ISSN: 0717-7798

revista@psicoperspectivas.cl

Pontificia Universidad Católica de
Valparaíso
Chile

García, Felipe E.; Manquían, Esteban; Rivas, Gisela
Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores
informales
Psicoperspectivas, vol. 15, núm. 3, 2016, pp. 101-111
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
Viña del Mar, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171048523010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales

Psychological well-being, coping strategies and social support to informal caregivers

Felipe E. García^a(*), Esteban Manquían^b, Gisela Rivas^a

a Universidad Santo Tomás, Chile

b Universidad de las Américas, Chile

(*) felipegarciam@yahoo.es

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue evaluar la influencia de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social sobre el bienestar psicológico en cuidadores informales la provincia de Concepción, Chile. Fueron encuestados 194 personas, 131 mujeres (67.5%) y 63 varones (32.5%), entre 18 y 78 años de edad. Se utilizaron el inventario Brief COPE para evaluar las estrategias de afrontamiento, la Flourishing Scale de Diener para evaluar bienestar psicológico, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) para evaluar el apoyo social percibido, además de un cuestionario socio-demográfico. Se encontró una correlación significativa entre las estrategias de planificación y aceptación y del apoyo social percibido con el bienestar psicológico. El apoyo de los amigos resultó ser el único predictor significativo del bienestar psicológico. Entre las estrategias de afrontamiento, la aceptación fue el único predictor significativo. El apoyo social resultó un mediador total entre la aceptación y el bienestar psicológico. Estos resultados refuerzan la importancia del apoyo social no solo para disminuir el malestar de los cuidadores, sino también para promover su bienestar.

Palabras claves: cuidadores familiares; apoyo social percibido; psicología positiva

ABSTRACT

The purpose of this study was to assess the influence that coping strategies and social support have on the psychological sense of well-being of informal caregivers in the province of Concepción, Chile. We surveyed one hundred and ninety-four people with ages between eighteen to seventy-eight years old. Thirty-one of them (67.3%) were women and sixty-three (32.5%) were men. We used the Brief COPE inventory to evaluate coping strategies, Diener's Flourishing Scale to evaluate the psychological sense of well-being, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) to evaluate the perceived social support, plus a socio-demographic questionnaire. We found a significant correlation between the planning and coping strategies and the perceived social support vs. the sense of psychological well-being. Support by friends turned out to be the only significant predictor of psychological well-being. Among coping strategies, acceptance was the only significant predictor. Social support turned out to be a full mediator between acceptance and the sense of psychological well-being. These results reinforce the importance of social support, not only to reduce the level of discomfort among caregivers, but also to promote their well-being.

Keywords: family caregivers; perceived social support; positive psychology

Cómo citar este artículo: García, F., Manquían, E., & Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15(3), 87-97. DOI 10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL15-ISSUE3-FULLTEXT-789

Recibido:
01-10-2015
Aceptado:
10-11-2015

Cuidar a una persona que presente alguna condición de salud que lo requiera conlleva dedicación, conocimiento, afecto, responsabilidad y preocupación (González, Bracho, Zambrano, Marquina, & Guerra, 2002). Se trata de una experiencia de compromiso, tiempo y paciencia, que demanda habilidades y cualidades que son fundamentales en la realización de las actividades cotidianas (Vargas & Pinto, 2010). Como tal, la literatura especializada ha buscado relaciones entre la carga que significa cuidar de una persona que no puede realizar sus tareas diarias sin apoyo y los efectos psicológicos que tiene dicha carga sobre el estrés y el bienestar de los cuidadores (Boder-Bover, 2006).

El cuidador principal es aquella persona que asiste o cuida a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que dificulte o impida el desarrollo normal de sus actividades vitales (Abad, Llopis, Pérez, Serrano, & Tomás, 2002). A su vez, se denomina como cuidador informal a una persona miembro de la red social del receptor del cuidado, que brinda atención de manera voluntaria y sin que medie remuneración económica (Aparicio et al., 2008). Espín (2008) señala que usualmente, quien asume el rol de cuidador informal principal se encarga de ayudar al paciente en la realización de actividades que no podría hacer por sí mismo.

En cuanto a las características que posee la persona que asume el rol de cuidador informal, en un estudio realizado en España con cuidadores de adultos mayores se describe que su edad media era de 48.8 años, un 87,8% estaba casado, el 87.8% son mujeres, un 80.5% se encuentran desempleado y un 68.3% son las hijas de la persona cuidada (Guerra, & Zambrano, 2013).

Un factor que requiere ser evaluado en los cuidadores es su percepción de bienestar, entendido como el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo (García-Viniegra, & Benítez, 2000), pues se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico y psíquico (Tomás, Meléndez, & Navarro, 2008), asociándose con estados emocionales positivos (Lambert, Lambert, & Yamase, 2003; Wright, & Cropanzano, 2000) y posibilitando su desarrollo personal (Duckworth, Steen, & Seligman, 2005; Pinguart, & Sorensen, 2001). Entre los factores que parecen influir en el nivel de bienestar percibido están los medios empleados para lidiar con el estrés asociado a la carga del cuidador, es decir, las estrategias de afrontamiento usadas por los cuidadores (Colmenero, Peláez, & Martínez, 2002). También está la evaluación subjetiva que realiza el cuidador de los recursos sociales que dispone, es decir, el apoyo social percibido (Molina, Iañez, & Iañez, 2005).

Las estrategias de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus, & Folkman, 1986). Estas estrategias se utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre su bienestar psicológico, es decir, “la carga” del cuidador (Fernández & Díaz, 2001). El uso de algunas estrategias de afrontamiento facilita la adaptación y el bienestar (Bascuñán, Horwitz, Schiattino, Acuña, & Jiménez, 2011), incide en la prevención de enfermedades y permite al cuidador informal adaptarse al progresivo deterioro de su familiar asistido (Crespo, & López, 2007). Dentro de las estrategias de afrontamiento, Carver (1997) distingue las siguientes: a) afrontamiento activo: acciones directas para incrementar o reducir al estresor; b) planificación: pensar cómo afrontar al estresor; c) búsqueda de apoyo instrumental: solicitar ayuda o consejos a personas competentes; d) búsqueda de apoyo emocional: conseguir apoyo de simpatía y de comprensión; e) auto-distracción: concentrarse en otros proyectos para no concentrarse en el estresor; f) desahogo: tendencia a expresar o descargar el malestar emocional; g) desconexión conductual: reducir los esfuerzos para tratar el estresor; e) reinterpretación positiva: buscar el lado positivo y favorable del problema; f) negación: negar la realidad del estresor; g) aceptación: aceptar que el hecho estresante es real; i) religión: tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés; j) uso de sustancia: significa hacer uso de estas para sentirse bien o soportar el estresor; k) humor: hacer bromas sobre el estresor; l) autoinculpación: criticarse y culpabilizarse.

En un estudio realizado por Cerquera y Galvis (2014) en cuidadores informales colombianos, se encontró que si el cuidador utiliza estrategias como el afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, búsqueda de apoyo emocional, auto-distracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, aceptación, religión y humor, su rol como cuidador no tiende a ser una experiencia frustrante, pudiendo llegar a ofrecer aspectos gratificantes. Por otro lado, se ha reportado que estrategias como el uso de alcohol y sustancias, no ayudan a proteger a las personas del malestar psicológico y el distrés emocional (Carrobbles, Remor, & Rodríguez, 2003; Ojeda, & Espinoza, 2010).

No obstante lo anterior, no está clara aún la relación entre la adopción de determinadas estrategias de afrontamiento y el mayor o menor bienestar (Salazar, 2013). Aldwin y Revenson (1987) revelan que no existe consenso sobre qué estrategias de afrontamiento son más efectivas, por lo que todavía se está lejos de hallar

una estrategia de afrontamiento que pueda resolver los problemas y restaurar el bienestar del cuidador.

El apoyo social se relaciona con la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que fluyen desde ella (Gracia, 1997). Así, el apoyo social se genera en el intercambio de relaciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, además de la entrega de ayuda simbólica o material (Muñoz, 2000). El apoyo social favorece la construcción de una percepción más positiva de su ambiente, y además promueve el auto-cuidado y el mejor uso de los recursos personales y sociales de un individuo (Barra, 2004).

Estudios realizados por Molina et al. (2005) afirman que el apoyo social es una importante fuente de ayuda para los cuidadores familiares a la hora de hacer frente a las situaciones del cuidado. El apoyo social tiene una relación directa con el bienestar psicológico del cuidador, ya que incide positivamente en la calidad de vida del mismo (García, Mateo-Rodríguez, & Eguiguren, 2004; Pérez, 2008) y predice significativamente la satisfacción con la vida (Schallock, & Verdugo, 2003).

Un aspecto importante acerca del apoyo social es su rol mediador entre distintas estrategias o circunstancias y el bienestar subjetivo o psicológico (Barrón, & Sánchez, 2001), rol que se ha observado en personas afectadas por la violencia (García, Włodarczyk, Reyes, San Cristóbal, & Solar, 2014) y también en cuidadores informales de adultos mayores (Domínguez, Ocejo, & Rivera, 2013).

En el caso de Chile, existen investigaciones dirigidas hacia la “carga” del cuidador, observándose que ésta impacta de manera negativa su calidad de vida (Flores, Rivas, & Seguel, 2012). Sin embargo, poco se conoce respecto a variables que posibilitan el bienestar psicológico de los cuidadores/ras informales. De este modo, la presente investigación tuvo como objetivo evaluar la relación entre las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y el bienestar psicológico de los cuidadores, así como el rol mediador del apoyo social entre las estrategias y el bienestar.

Método

Diseño

Se utilizó un diseño descriptivo y correlacional. Los datos fueron tomados en un solo corte temporal, por lo que se trata de un estudio transversal.

Participantes

Participaron 194 sujetos, de los cuales 131 fueron mujeres (76.5%) y 63 hombres (32.5%), todos cuidadores informales de la provincia de Concepción, Chile, y que conviven con la persona cuidada por un tiempo mayor de un mes. La selección de los sujetos se realizó mediante un muestreo no probabilístico, por accesibilidad, visitando diversos centros de discapacidad, municipalidades e iglesias de la provincia de Concepción.

El promedio de edad correspondió a 44.25 años ($DE = 14.54$; rango 18 a 78 años). Los cuidadores del estudio tenían a su cargo personas afectadas por cáncer (23.2%), accidente vascular (13.9%), diabetes (12.9%) y otros (50%). En relación a los años ejerciendo como cuidador, se observó que fluctuaban entre un mes y 13 años ejerciendo esta labor ($M = 3.66$; $DE = 2.68$). En relación al estado civil, se observó que las personas que están casadas equivalen al 45.9%, los solteros al 39.7%, los separados o divorciados al 9.8% y los viudos al 4.6%. Con respecto al nivel educacional del cuidador, se observó que un 3.1% contaba con estudios superiores, un 70.6% con enseñanza media completa e incompleta y un 26.3% con enseñanza básica completa e incompleta. Con respecto al parentesco que tenía el cuidador con la persona a cargo, se observó que el parentesco más frecuente fue de los hijos (as) con un 39.17%, seguido de los padres (mamá, papá) con un 24.74% y hermanos (as) con un 22.68%. En relación a la ocupación de los cuidadores, se observó que el 35.57% se encuentra trabajando y el 64.43% se encuentra desempleado.

Instrumentos

Brief COPE (Carver, 1997). Se utilizó la versión traducida al español de Morán, Landero y González (2010). Es un inventario desarrollado para evaluar 14 estrategias de afrontamiento: afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo emocional, búsqueda de apoyo instrumental, autodistracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, negación, aceptación, religión, uso de sustancia, humor y autoinculpación. Consta de 28 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 4 puntos, entre 0 (“nunca hago esto”) a 3 (“hago siempre esto”). En el estudio de Morán et al., se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86 en la escala total y sus factores variaron entre 0.30 (aceptación) y 0.93 (uso de sustancias).

Flourishing Scale (FS, Diener et al., 2009). Fue utilizada para medir el bienestar psicológico. Se empleó la traducción al español de Ramírez (2015), quien observó adecuadas propiedades psicométricas en población

adulta chilena. Está conformada por 8 ítems que se responden en una escala Likert de 1 (*muy en desacuerdo*) hasta 5 puntos (*muy de acuerdo*). Su consistencia interna en el estudio de Ramírez fue de $\alpha = 0.87$.

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS, Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988). Fue traducida y validada para población chilena por Arechabala y Miranda (2002). Consta de 12 ítems y 3 sub-escalas que recogen información del apoyo social percibido en tres áreas: familia, amigos y otros significativos. Posee un formato de respuesta tipo Likert de 1 (*casi nunca*) hasta 4 puntos (*casi siempre*). En el estudio de Arechabala y Miranda se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86 en la escala total, 0.86 en apoyo de amigos, 0.88 en apoyo de la familia y de 0.86 en apoyo de otros significativos.

Cuestionario socio-demográfico. Se elaboró un cuestionario *ad-hoc* en el que se registró la edad, género, número de integrantes del grupo familiar, ingresos totales del grupo familiar, nivel educacional del evaluado, estado civil, relación o parentesco con la persona cuidada, ocupación, situación de cuidado de la persona que tiene a cargo y tiempo de cuidado.

Procedimiento

Los instrumentos fueron aplicados entre marzo y junio

del año 2015, utilizando un muestreo no probabilístico por accesibilidad. Se tomó contacto con centros de discapacidad, municipalidades e iglesias de la provincia de Concepción, con el objetivo de llegar a las personas que ejercieran la labor de cuidador informal. Las encuestas se aplicaron en forma individual. Previo a la aplicación de las encuestas, se solicitó a los participantes firmar un consentimiento informado en el que se aseguraba la voluntariedad, el anonimato y la confidencialidad de los datos entregados. El proyecto fue revisado y aprobado en sus aspectos éticos por una comisión de la Escuela de Psicología de la Universidad de Las Américas.

Análisis de datos

En una primera etapa se realizó un análisis descriptivo de las variables independientes y dependientes, para determinar el promedio, desviación estándar, puntajes máximos y mínimos y confiabilidad de cada instrumento. Posteriormente, para probar las hipótesis de estudio se realizaron análisis de correlaciones y de regresión lineal múltiple. Se empleó el software PASW Statistics 20 de SPSS. La mediación del apoyo social sobre la relación entre las estrategias de afrontamiento y el bienestar psicológico se realizó usando el paquete estadístico Process de acuerdo al procedimiento propuesto por Mathieu y Taylor (2006).

Tabla 1

Estadísticos descriptivos y consistencia interna de las variables de estudio

Variables	Min.	Max.	M	DE	α
EA afrontamiento activo	0	6	4.49	1.37	.82
EA planificación	0	6	4.36	1.48	.75
EA apoyo emocional	0	6	3.96	1.89	.89
EA apoyo instrumental	0	6	3.66	1.79	.82
EA religión	0	6	4.18	1.77	.87
EA reinterpretación	0	6	4.27	1.51	.80
EA aceptación	0	6	4.51	1.48	.88
EA negación	0	6	1.18	1.56	.83
EA humor	0	6	1.26	1.83	.88
EA auto-distracción	0	6	4.05	1.69	.83
EA autoinculpación	0	6	1.39	1.64	.70
EA desconexión	0	6	0.92	1.36	.61
EA desahogo	0	6	1.52	1.72	.88
EA uso de sustancias	0	6	1.11	1.70	.83
Apoyo de la familia	4	16	13.55	2.40	.89
Apoyo de los amigos	4	16	12.81	3.29	.94
Apoyo de otros	5	16	13.66	2.43	.88
Apoyo social total	18	48	40.03	6.10	.88
Bienestar psicológico	24	40	35.36	3.30	.72

Nota: EA = estrategias de afrontamiento

Fuente: Elaboración propia

Resultados

La Tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos de las variables, incluyendo la consistencia interna medida por el alfa de Cronbach. En el caso de las subescalas del cuestionario de estrategias de afrontamiento, la consistencia interna se muestra sólo como referencia pues el análisis de consistencia interna no es recomendable para escalas formadas por dos ítems (Morán et al., 2010).

A continuación se evaluaron las diferencias en los niveles de bienestar entre las distintas categorías incluidas en el cuestionario socio-demográfico, para lo cual se usaron *t de student* o ANOVA usando DMS como prueba post-hoc, de modo de controlar la influencia de alguna variable relevante en los análisis posteriores. Como resultado, no se encontraron diferencias significativas en sexo, estado civil, nivel educacional, grupo de edad, tiempo ejerciendo el cuidado, parentesco con la persona cuidada y si trabaja o no trabaja. La única diferencia significativa en bienestar se obtuvo en el tipo de problema de salud que afectaba a la persona que era cuidada, obteniendo el grupo que cuida a pacientes con artrosis ($M = 32.40$; $DE = 2.70$), una media significativamente inferior a la de cuidadores de pacientes con diabetes ($M = 35.56$; $DE = 3.15$), retraso mental ($M = 36.69$; $DE = 2.14$), esquizofrenia ($M = 36.55$;

$DE = 2.98$) y demencia senil ($M = 37.20$; $DE = 2.59$).

Un siguiente paso fue establecer las correlaciones bivariadas entre las variables del estudio (ver tabla 2). En este caso se han omitido las correlaciones entre las distintas estrategias de afrontamiento medidas por el Brief-COPE de modo de facilitar la exposición de los resultados, además que estas relaciones no eran relevantes para este estudio. En la tabla observamos que el bienestar psicológico muestra relaciones significativas con las estrategias de afrontamiento de planificación ($r=0.14$, y $p<0.05$) y aceptación ($r=0.17$, y $p<0.05$); además el bienestar psicológico presenta relaciones significativas con el apoyo social total ($r=0.37$, $p < 0.001$), así como con cada uno de sus factores: apoyo de familia ($r=0.26$, $p<0.001$), apoyo de amigos ($r=0.30$, $p<0.001$) y apoyo social de otros significativos ($r=0.28$, $p<0.001$).

Para evaluar la relación y el efecto de las estrategias de afrontamiento y tipos de apoyo social sobre el bienestar psicológico se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple (RLM), con el método de pasos sucesivos. Este método exploratorio, que elimina del modelo variables que no tienen influencia significativa, fue elegido debido a que no existen antecedentes previos de mediciones de estas estrategias en población de cuidadores chilenos.

Tabla 2

Correlaciones de Pearson entre las variables de estudio

Variables	Apoyo de la familia	Apoyo de los amigos	Apoyo de otros	Apoyo social total	Bienestar psicológico
EA Afrontamiento activo	.12	.14*	.05	.15*	.07
EA Planificación	.21**	.35***	.16*	.33***	.14*
EA Apoyo emocional	.21**	.28***	.17*	.31***	.13
EA Apoyo instrumental	.22**	.27***	.26***	.34***	.07
EA Religión	.20**	.14	.20**	.23***	.13
EA Reinterpretación	.14	.23***	.23**	.27***	.08
EA Aceptación	.16*	.06	.13	.14*	.17*
EA Negación	-.14	.04	.05	0.02	-.11
EA Humor	-.06	.01	-.06	-.04	.06
EA Auto-distracción	.28***	.33***	.20**	.37***	.10
EA Auto-inculpación	-.07	-.07	-.01	-.07	.00
EA Desconexión	-.01	.12	.02	.07	.00
EA Desahogo	-.02	.02	.1	.04	.06
EA Uso de sustancias	.07	.18*	.20**	.20**	.09
Apoyo de la familia		.28***	.37***	.69***	.26***
Apoyo de los amigos			.37***	.80***	.30***
Apoyo de otros				.75***	.28***
Apoyo social total					.37***

Notas: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3

Coefficientes, valor t y correlaciones semiparciales del modelo de RLM de todas las variables sobre los puntajes de bienestar psicológico

Variables	Coefficientes no estandarizados		Coefficientes tipificados	t	Correlación Semiparcial
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	28.64	1.39		20.541***	
Apoyo social de los amigos	.24	.07	.24	3.436**	.23
Apoyo social de la familia	.27	.10	.19	2.725*	.19

Notas: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Fuente: Elaboración propia

El modelo obtenido presentó un coeficiente R^2 de 0,12 (R^2 adj 0,11) y un valor $F(1,192)=18,518$, $p<0.001$. El modelo muestra la influencia significativa del apoyo de los amigos y de la familia sobre el bienestar psicológico, tal como se observa en la Tabla 3.

Al observarse la exclusión de todas las estrategias de afrontamiento del modelo, debido a la preeminencia del

apoyo social en la predicción del bienestar, se realiza un segundo RLM en la que se usaron como predictores solo las estrategias medidas por el Brief COPE. El modelo obtenido presentó un coeficiente R^2 de 0.03 (R^2 adj 0.02) y un valor $F(1.192) = 5.652$, $p<0.05$. El modelo muestra la influencia significativa de la aceptación sobre el bienestar psicológico, tal como se observa en la Tabla 4.

Tabla 4

Coefficientes, valor t y correlaciones semiparciales del modelo de RLM de las estrategias de afrontamiento sobre los puntajes de bienestar psicológico

Variable	Coefficientes no estandarizados		Coefficientes tipificados	t	Sig.	Correlación Semiparcial
	B	Error típ.	Beta			
(Constante)	33.65	.75		44.597***	.000	
EA Aceptacion	.38	.16	.17	2.377*	.018	.17

Notas: EA = estrategia de afrontamiento; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Fuente: Elaboración propia

A partir de estos resultados, se evalúa el rol mediador del apoyo social total en la relación existente entre la estrategia de aceptación y el bienestar psicológico. Para ello se utiliza el método bootstrap de sesgo corregido, con un intervalo de confianza de 95% usando 5000 muestras bootstrap. MacKinnon, Lockwood y Williams (2004) indican que este método es la mejor prueba estadística para determinar si una mediación es significativa, en comparación con otras pruebas alternativas. En este caso, la mediación existe si el intervalo de confianza no incluye el 0. El efecto indirecto de la aceptación sobre el bienestar se estimó entre un IC de 0.01 y 0.28 ($M = 0.11$; $SE = 0,07$). Debido a que el cero no está incluido en este IC, se puede concluir que el efecto indirecto fue significativo ($p<0.05$) y que la relación entre la estrategia de afrontamiento de aceptación está mediada totalmente por el apoyo social (ver Figura 1).

Discusión

A pesar de que no se obtuvo una muestra aleatorizada, sino más bien se encuestó a todos los cuidadores que se fueron encontrando a lo largo del proceso de recolección de datos, visitando distintas instituciones y otros contactos establecidos en ellas, se observa en el grupo final de participantes un porcentaje superior de mujeres (67.5%) que de hombres (32.5%), lo que va en sintonía con otros estudios que muestran que la responsabilidad de cuidar recae principalmente en la mujer (Larrañaga et al., 2008). El promedio de edad de 44 años de los cuidadores encuestados se asemeja al promedio de 43.7 años encontrado en el estudio de Herrera, Flórez, Romero y

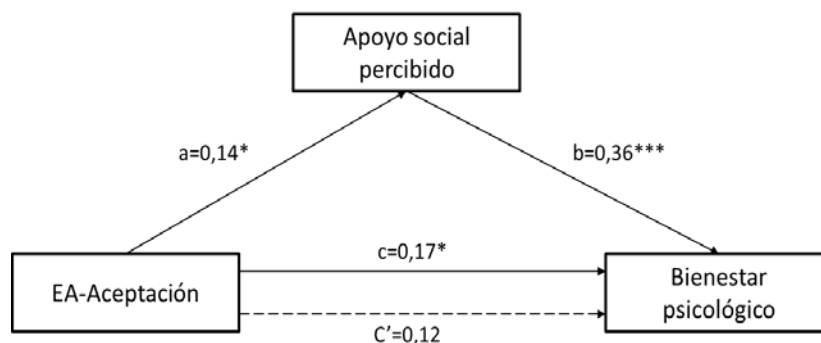


Figura 1. Modelo de mediación. Se muestran los coeficientes de regresión estandarizados para cada ruta del modelo.

Montalvo (2012). Un 39,17% de los encuestados era hijo/a de la persona cuidada, resultado similar al encontrado por otros estudios con cuidadores (Espinoza, & Jofré, 2012; Navarro, 2011).

En la única diferencia significativa encontrada entre las distintas categorías comparadas, se observó que los cuidadores de personas afectadas por artritis mostraban niveles de bienestar más bajos que cuidadores de personas afectadas por diabetes, retraso mental, esquizofrenia y demencia senil. Si bien, no es posible explicarnos este resultado de manera convincente, es posible que los pacientes con artrosis hayan presentado un nivel de dependencia mayor que los que padecen otro tipo de trastornos, pues están afectados en su autonomía física, lo que podría influir en los niveles de bienestar del cuidador al ejercer una carga superior.

Los resultados obtenidos sugieren la existencia de una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento de planificación y aceptación con el bienestar psicológico. La primera es una estrategia centrada en el problema relacionada a la resolución de exigencias prácticas, la segunda estrategia está relacionada a la resignación (Páez, Basabe, Bosco, Campos, & Ubillos, 2011). La importancia encontrada en la planificación, tendría relación con los hallazgos de Gottlieb y Wolfe (2002), quienes encuentran que un mayor bienestar psicológico del cuidador se asocia con respuestas de afrontamiento caracterizadas por la utilización de estrategias centradas en el problema.

La aceptación, una estrategia constituida por los ítems “acepté la realidad de lo que había sucedido” y “aprendí a vivir con ello”, no solo muestra una correlación bivariada significativa con el bienestar, sino que además es la única estrategia de afrontamiento que predice bienestar psicológico de las incluidas en el estudio. La relevancia de la aceptación como facilitador del bienestar radicaría en que las circunstancias que los lleva a ejercer

como cuidadores, específicamente las enfermedades o discapacidades de sus familiares, están fuera de su

control y resignarse a aceptar aquello que no podemos cambiar los lleva a concentrar sus esfuerzos en aquellos aspectos que sí están bajo su control, como la planificación de acciones de cuidado y autocuidado, además de la vinculación con otras personas que puedan significar soporte emocional e instrumental frente al estrés que genera la carga del cuidado.

Es importante agregar que la aceptación como estrategia de afrontamiento ha tenido un disímil comportamiento psicométrico en relación a su consistencia interna en distintos estudios, por ejemplo, Carver (1997) obtuvo un α de 0.57; Morán et al. (2010) obtuvieron 0.30; Perczek, Carver, Price y Pozo-Kaderman (2000) un 0.62; y en el presente estudio se obtuvo un 0.88. Esta variación puede explicarse por su constitución de solo dos ítems, al igual que todas las subescalas del Brief COPE, lo que la hace muy sensible a características propias de la muestra, su tamaño o circunstancias de la aplicación. De ese modo, distintos metodólogos recomiendan tomar con cuidado este índice en instrumentos con sólo dos ítems (Aiken, 2003; Anastasi, & Urbina, 1998). En el caso de nuestro estudio, un set de instrumentos de pocos ítems, su administración individualizada y un tamaño muestral alto para considerando una población tan específica y elusiva, pueden haber favorecido la alta consistencia interna encontrada.

En cuanto al apoyo social percibido, los resultados arrojaron que existe una relación significativa entre las tres fuentes de apoyo medidos (familia, amigos y otros significativos) con el bienestar. Esto coincide con los resultados de Moreno, Arango y Rogers (2010), quienes informan que una de las necesidades más frecuentes de los cuidadores familiares es la de discutir sus sentimientos con familiares y amigos. Otros autores han señalado que las visitas frecuentes por parte de otros

miembros de la familia, así como la presencia de una fuerte red social determinan niveles más bajos de carga del cuidador (Dunkin, & Anderson-Hanley, 1998; Parks, & Novielli, 2000; Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980). Lo anterior refuerza que el apoyo social sirve para mantener y promover la salud mental y generalmente aquellos con menores niveles de apoyo están en mayor riesgo de presentar problemas psicológicos (Ayyash-Abdo, & Alamuddin, 2007), mientras que un alto apoyo se relaciona con un alto bienestar subjetivo (Wong, Yoo, & Stewart, 2007).

Finalmente, encontramos que el apoyo social percibido por el cuidador mediaba totalmente la relación entre la aceptación y el bienestar psicológico. Este rol mediador, Barra (2004) lo explica señalando que la presencia de apoyo social puede promover conductas adaptativas de salud o proporcionar un sentimiento de bienestar que contrarreste o inhiba los efectos negativos del estrés. Asimismo, la ausencia de apoyo puede exponer al individuo a mayor estrés. En el caso del presente estudio, la aceptación parece promover el bienestar solo cuando el individuo cuenta con una red de apoyo social suficiente y significativo.

Existen algunas limitaciones que es necesario señalar. Una de ellas fue la dificultad de conseguir una mayor homogeneidad en cuanto al tipo de enfermedad o discapacidad de la persona que requería de cuidado. Esto implica que si bien los cuidadores fueron estudiados como un solo grupo, deben existir diferencias importantes en las estrategias de afrontamiento dependiendo del tipo de problema del familiar que deben cuidar. No debe ser lo mismo cuidar a alguien que padece de hipertensión o diabetes, que hacerlo con alguien que sufre de cáncer o del mal de Alzheimer. Esto obliga a que posteriores estudios se focalicen principalmente en uno o dos tipos de cuidadores para obtener información particular de ese grupo.

Una segunda limitación radica en que la muestra no fue aleatoria, por lo que no necesariamente los participantes representan al universo de personas que ejercen cuidado. Si bien se hizo una búsqueda exhaustiva de cuidadores, claramente los encuestados fueron aquellos que estaban visibles, existiendo quizás una masa importante de cuidadores invisibilizados, que podrían presentar por la misma razón redes de apoyo social de una calidad distinta a las personas encuestadas.

Una tercera limitación es la naturaleza transversal del estudio, que impide establecer conclusiones que impliquen causa y efecto. Si bien se establecen predictores de bienestar, también es posible que sea el mismo bienestar de estas personas lo que los lleve a

aceptar mejor su condición de cuidador y acercarse con más facilidad a personas que les puedan brindar apoyo. Se hace necesario, por lo tanto, desarrollar más adelante estudios longitudinales que hagan un seguimiento a lo largo del tiempo de las personas que ejercen el rol de cuidador.

Conclusión

Los resultados de este estudio sugieren que existe una correlación significativa entre las estrategias de afrontamiento de planificación y aceptación con el bienestar, pero solo la aceptación resultó predecir el bienestar psicológico de los cuidadores informales, y eso solo cuando se excluyen del análisis las fuentes de apoyo social. También se encontró una influencia significativa del apoyo social de familiares y amigos sobre el bienestar psicológico de los cuidadores, incluso ejerciendo el apoyo social percibido un rol de mediador total entre la aceptación y el bienestar.

La aceptación implica por un lado aceptar la realidad de la enfermedad del familiar y que esto no se puede cambiar, por otro lado implica que el cuidador tiene la opción de asumir la situación de manera responsable (Herrera, & Rodríguez, 2009), actuando en forma activa sobre lo que sí tienen control, que en este caso son los mismos cuidados que debe ejercer tanto hacia su familiar como consigo mismo. La mediación total implicaría que la aceptación sólo llevaría al bienestar si el cuidador tiene fuentes de apoyo disponibles a los que acudir para aliviar la carga.

Estos hallazgos permiten generar ideas acerca de los elementos que deben ser potenciados en cuidadores informales con el fin de promover su bienestar. Entre ellos la necesidad de facilitar su acceso a redes de apoyo, ya sea con grupos comunitarios, pares, amigos o familiares, además de promover la aceptación de aquellos aspectos de su vida que han dejado de estar bajo su control, como la enfermedad o discapacidad de su familiar, promoviendo a su vez acciones en aquellos aspectos que sí están bajo su control, como la calidad del cuidado que entregan y actividades de auto-cuidado.

El acceso a redes de apoyo es un factor que debe ser considerado por los profesionales que brindan atención a estos cuidadores, pues pueden generar condiciones que les permitan reconectarse con familiares y amigos, distribuir la carga con los primeros y potenciar que los segundos ingenien o promuevan actividades de auto-cuidado. La aceptación también tiene que ser considerada como una alternativa saludable que estos profesionales pueden promover en los cuidadores, sobre

todo en quienes recién comienzan a cumplir estas funciones y que quizás cuestionen la naturaleza de la enfermedad o intenten evadir, muchas veces inútilmente, el rol que deben asumir como familiares directos.

Como sea, lograr que estos cuidadores consigan un nivel de bienestar adecuado a pesar de las restricciones que para sus vidas generan sus obligaciones, constituye una meta central en quienes realicen un acercamiento para mejorar su calidad de vida y su salud mental.

Referencias

- Abad, L., Llopis, R., Pérez, C., Serrano, M., & Tomás, F. (2002). El cuidador principal en la enfermedad de Alzheimer. *Enfermería Integral*, 55, 31-35.
- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. México: Pearson.
- Aldwin, C., & Revenson, T. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 337-348. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.2.337>
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1998). *Test psicológicos*. México: Prentice Hall.
- Aparicio, M., Sánchez, M., Díaz, J., Cuellar, I., Castellanos, B., Fernández, M., & De Tena, A. (2008). *La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales*. Madrid, España: Imserio.
- Arechabala, M. & Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 49-55. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532002000100007>
- Ayyash-Abdo, H., & Alamuddin, R. (2007). Predictors of subjective well-being among college youth in Lebanon. *The Journal of Social Psychology*, 147(3), 265-284. <https://doi.org/10.3200/socp.147.3.265-284>
- Bascuñán, M. L., Horwitz, N., Schiattino, I., Acuña, J., & Jimenez, J. P. (2011). Percepción de cambios en la práctica médica y estrategias de afrontamiento. *Revista Médica de Chile*, 139, 1305-1312. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872011001000009>
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Barrón, A., & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Bover-Bover, A. (2006). El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género. *Enfermería Clínica*, 16(2), 69-76. [https://doi.org/10.1016/s1130-8621\(06\)71184-6](https://doi.org/10.1016/s1130-8621(06)71184-6)
- Carrobbles, J. A., Remor, E. & Rodríguez, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Cerquera, A. & Galvis, A. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 149-167. <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi12-1.ecpa>
- Colmenero, C. J. T., Peláez, E. M. P., & Martínez, J. A. M. (2002). Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*, 14(3), 558-563.
- Crespo, L. & López, M. (2007). *El estrés en cuidadores de mayores dependientes, Cuidarse para cuidar*. Madrid, España: Pirámide.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. & Diener, R. (2009). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>
- Domínguez, M., Ocejo, A. & Rivera, M. (2013). Bienestar, apoyo social y contexto familiar de cuidadores de adultos mayores. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 1018-1030. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(13\)70949-9](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(13)70949-9)
- Duckworth, A., Steen, T. & Seligman, M. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154>
- Dunkin, J. & Anderson-Hanley, C. (1998). Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, 51(1), 53-60. https://doi.org/10.1212/wnl.51.1_suppl_1.s53
- Espin, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(3), 1-12. <https://doi.org/10.1590/s0864-34662008000300002>
- Espinoza, K. & Jofré, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y Enfermería*, 18(2), 23-30.

- <https://doi.org/10.4067/s0717-95532012000200003>
- Fernández, M. & Díaz, M. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 129-136. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.2.2001.3.910>
- Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, 18(1), 29-41. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532012000100004>
- García, M., Mateo-Rodríguez, I., & Eguiguren, A. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de seguridad. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 132-139. <https://doi.org/10.1157/13062262>
- García, F., Włodarczyk, A., Reyes, A., San Cristóbal, C., & Solar, C. (2014). Violencia en la pareja, apoyo social y bienestar psicológico en adultos jóvenes. *Ajayu*, 12(2), 246-265.
- García-Viniegra, C., & Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.
- González, R., Bracho, C., Zambrano, A., Marquina, M., & Guerra, C. (2002). El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud. *Revistas Salus*, 6(2).
- Gottlieb, B., & Wolfe, J. (2002). Coping with family caregiving to persons with dementia: A critical review. *Aging & Mental Health*, 6(4), 325-342. <https://doi.org/10.1080/1360786021000006947>
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Guerra, M., & Zambrano, E. (2013). Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales. *Enfermería Global*, 32, 211-221. <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.4.177061>
- Herrera, A., Flórez, I., Romero, E., & Montalvo, A. (2012). Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. *Aquichán*, 12(3), 286-297. <https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.3.7>
- Herrera, G., & Rodríguez, L. (2009). *Estudio piloto de validación del instrumento Brief Cope Inventory en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Lambert, V., Lambert, C., & Yamase, H. (2003). Psychological hardiness, workplace stress and related stress reduction strategies. *Nursing and Health Sciences*, 5, 181-189. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2003.00150.x>
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristain, J., Valderrama M. & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22, 443-450. <https://doi.org/10.1157/13126925>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- MacKinnon, D., Lockwood, C. & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39, 99-128. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3901_4
- Mathieu, J., & Taylor, S. (2006). Clarifying conditions and decision points for mediational type inferences in organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 27, 1031-1056. <https://doi.org/10.1002/job.406>
- Molina, J., Iañez, M., & Iañez, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud*, 15(1), 33-43.
- Morán, C., Landero, R., & González, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Moreno, J., Arango, J., & Rogers, H. (2010). Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia. *Psicología desde el Caribe*, 2(6), 1-35.
- Muñoz, L. (2000). El apoyo social y el cuidado de la salud humana. *Cuidado y Práctica de Enfermería*, 3 (5), 99-105.
- Navarro, A. (2011). Cuidadores con mayores necesidades de apoyo basándonos en la relación entre personalidad, sobrecarga y estrategias de afrontamiento en cuidadoras de pacientes mayores dependientes en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. *NURE Investigación*, 8(51), 1-11.
- Ojeda, A., & Espinoza, D. (2010). Afrontamiento y autocontrol en adolescentes michoacanos: evaluando su alternativa de ¿migrar o no migrar? *Interamerican Journal of Psychology*, 44(1), 168-175.
- Páez, D., Basabe, N., Bosco, S., Campos, M., & Ubillos, S. (2011). Afrontamiento y violencia colectiva. En D. Páez, C. Martin Beristain, J.L. González, N. Basabe y J. Rivera (Eds.). *Superando la violencia colectiva*

- y construyendo cultura de paz (pp. 279- 309). Madrid: Fundamentos.
- Parks, S., & Novielli, K. (2000). A practical guide to caring for caregivers. *American Family Physician*, 15, 2215 – 2219.
- Perczek, R., Carver, C. S., Price, A., & Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment*, 74(1), 63-87.
- Pérez, A. (2008). *Dependencia, cuidado formal y función familiar. Análisis a través de modelo sociocultural del estrés y afrontamiento*. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, España.
- Pinguart, M., & Sorensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *Journal of Gerontology*, 56, 195-214. doi: 10.1093/geronb/56.4.P195
- Ramírez, P. (2015). *Evaluación del modelo del estado completo de salud mental en una muestra de estudiantes universitarios*. (Tesis doctoral). Universidad de Concepción, Chile.
- Salazar, A. (2013). *La activación de los tipos de afrontamiento relacionados con el sentimiento de sobrecarga en el cuidador familiar de personas con discapacidad físico-motora*. (Tesis doctoral). Universidad Politécnica Salesiana, Quito, Ecuador.
- Schallock, R., & Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid, España: Alianza.
- Tomás, M., Meléndez, J., & Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema*, 20, 304-310.
- Vargas, L., & Pinto, N. (2010). Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. *Avances en Enfermería*, 28(1), 116-128.
- Wong, S., Yoo, G., & Stewart, A. (2007). An empirical evaluation of social support and psychological wellbeing in older Chinese and Korean immigrants. *Ethnicity and Health*, 12(1), 43-67. <https://doi.org/10.1080/13557850600824104>
- Wright, T., & Cropanzano, R. (2000). Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 84-94. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.84>
- Zarit, S. H., Reever, K.E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-654. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2