

Análisis de la resiliencia en cuidadores/as informales de personas con Alzheimer

Máster en Intervención y Mediación Familiar,
Social y Comunitaria

Universidad de La Laguna

Autora: Luis González, Belinda Adela

Tutora: Dra. González Méndez, María Rosaura

Año: 2018/2019

Índice

Resumen	2
Introducción	4
Marco teórico	5
Método	11
Participantes	11
Procedimiento	11
Instrumento	12
Resultados	13
Referencias bibliográficas	21
Anexos	25

Resumen

El progresivo envejecimiento de la población ha provocado un aumento de las personas que se encuentran en situación de dependencia. Las investigaciones se han centrado principalmente en las consecuencias de la dependencia en la persona que la sufre y en su cuidador/a. Sin embargo, muy pocos estudios han analizado los factores que favorecen una adaptación positiva en el cuidador/a. Por ello, el objetivo del presente estudio ha sido analizar la resiliencia en 55 cuidadores/as informales de personas con Alzheimer u otras demencias. Mediante un diseño transversal, se ha analizado la relación entre las distintas fortalezas identificadas y dos indicadores de la resiliencia (crecimiento postraumático y bienestar). Se utilizaron distintas escalas que miden tres tipos de fortalezas: regulatorias, interpersonales y de búsqueda de sentido. Los resultados obtenidos muestran correlaciones positivas entre las distintas fortalezas, -excepto espiritualidad- y los dos indicadores de la resiliencia. Un ANOVA realizado para comparar a los/as cuidadores/as con distinto nivel de crecimiento post-traumático mostró que aquellos con alto crecimiento presentaban mayores puntuaciones en bienestar, densidad de fortalezas y persistencia. Estos dos últimos factores son, además, los que predijeron el crecimiento postraumático. Estos resultados subrayan la necesidad de intervenir para promover la resiliencia entre los cuidadores/as, ahondando en las fortalezas que les permitan una adaptación positiva ante su rol.

Palabras clave: cuidador, resiliencia, crecimiento postraumático, bienestar y Alzheimer.

Abstract

The progressive ageing of the population has led to an increase in the number of dependents. Research has mainly focused on the consequences of dependency on the affected people and their caregivers. However, very few studies have analyzed the factors that favor a positive adaptation in the caregiver. Therefore, the aim of this study has been to analyze resilience in 55 informal caregivers of people with Alzheimer's or other dementias. Using a transversal design, the relationships between different strengths and two indicators of resilience (post-traumatic growth and well-being) have been analyzed. Different scales measuring three types of strengths were used: regulatory, interpersonal and sense-seeking. The results obtained showed positive correlations between the different strengths -except spirituality- and the two indicators of resilience. An ANOVA computed to compare caregivers with different levels of post-traumatic growth showed that those highest in growth also showed higher scores in well-being, density of strengths and persistence. Being these latter two factors those that predicted post-traumatic growth. These results underline the need to intervene to promote resilience among caregivers, boosting the strengths that allow them to adapt positively to their role.

Keywords: caregivers, resilience, post-traumatic growth, well-being, Alzheimer.

Introducción

La ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, reconoce por situación de dependencia el “estado permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental o sensorial, precisan de la atención de otra/s persona/s o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria (...)”. Ante esta situación, la familia constituye en muchos casos la principal fuente proveedora de esas atenciones y cuidados.

Como se verá a lo largo del presente estudio, el cuidado a una persona dependiente, y concretamente el cuidado a una persona con Alzheimer u otras demencias, acarrea consecuencias negativas tanto para la persona cuidadora como para el sistema familiar. Muchas familias se ven sometidas a un reajuste de las dinámicas familiares y de sus roles en los diferentes subsistemas. A menudo, se producen también desavenencias entre miembros de la familia extensa, relativas al cuidado de su familiar. Es por ello, que la investigación se ha centrado principalmente en analizar los factores de riesgo relacionados con el cuidado a un familiar dependiente, y se ha prestado menos atención a los factores de protección que propician que los cuidadores/as respondan positivamente a los numerosos cambios y demandas que conlleva su rol.

En este estudio nos planteamos identificar aquellas fortalezas de los cuidadores/as de familiares con Alzheimer u otras demencias que les permitan adaptarse positivamente a la labor de cuidado. Este estudio, que se enmarca en la asignatura de Trabajo de Fin de Máster del Máster de Intervención y Mediación Familiar, Social y Comunitaria, tiene un claro interés para la intervención en el ámbito de la familia.

Marco teórico

Los recientes estudios sociodemográficos ponen de manifiesto el elevado envejecimiento de nuestra población, ya que el 18,8% de la misma tiene una edad igual o superior a los 65 años (Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2018). Esto se debe tanto a la elevada esperanza de vida como a la baja natalidad. El progresivo envejecimiento de la población trae consigo, entre otras consecuencias, el aumento del número de personas que se encuentran en situación de dependencia. Esto ha motivado que la investigación se haya interesado por analizar cómo mejorar la calidad de vida de estas personas.

El Alzheimer es, junto a otras demencias, una de las principales enfermedades causantes de dependencia en todo el mundo. Según datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (2017), cerca de 50 millones de personas padecen algún tipo de demencia. De ellas, el Alzheimer acapara entre el 60-70% de los casos. Es por ello, que la mayoría de los estudios se han centrado en conocer cómo repercute esta enfermedad tanto en quienes la padecen como en sus familiares. Sin embargo, apenas hay estudios que aborden la resiliencia de las personas que se encargan del cuidado de estos enfermos. La investigación se ha centrado menos en la resiliencia y, por lo tanto, en analizar qué factores de protección predicen la adaptación positiva a la experiencia de cuidar a una persona con esta enfermedad.

Las consecuencias del Alzheimer en el cuidador/a informal

El Alzheimer, es una enfermedad neurodegenerativa que, a pesar de estar asociada al envejecimiento, afecta también a personas jóvenes, los denominados *enfermos jóvenes* que poseen una edad inferior a los 65 años (Aulestia, 2014).

La familia se erige como la principal fuente de apoyo y cuidados frente a esta enfermedad, lo que hace que también recaigan sobre ella las repercusiones del cuidado (Esandi y Canga, 2011). Cuidar a una persona con demencia supone consecuencias físicas, emocionales y económicas para los familiares (Losada et al., 2015). Además, es un estresor crónico que puede originar trastornos psicosociales y hábitos que suponen riesgo para la salud (alimentación deficiente, trastornos del sueño, sedentarismo, etc.) (Vitaliano, Zhang y Scanlan, 2003).

En su informe sobre *El Alzheimer en España*, Aulestia (2014) afirma que, a pesar de que vivir la enfermedad bajo los cuidados de la familia es la mejor alternativa para la

persona que la padece, para el cuidador/a principal conlleva graves efectos colaterales. El informe indica la existencia de niveles altos de ansiedad y depresión, que pueden dar lugar al denominado “*síndrome del cuidador quemado*”, acuñado por Freudenberguer en 1974 (Zambrano y Ceballos, 2007).

A nivel social, ser cuidador/a puede suponer aislamiento, debido a que la atención al familiar implica dedicarle numerosas horas diarias. Esto dificulta la dedicación de tiempo a sí mismos (Aulestia, 2014), lo que provoca un deterioro de las relaciones familiares y sociales (Esandi y Canga, 2011). Esto también implica la renuncia al desarrollo profesional de quien asume el rol de cuidador/a. En España, un estudio realizado por la Confederación Española de Alzheimer (CEAFA) y la Fundación Sanitas (2016), revela que más de un 30% de los cuidadores/as familiares han tenido que abandonar su empleo en las fases iniciales y leves de la enfermedad. Esto explica que el cuidador/a experimente también consecuencias económicas, asociadas a la imposibilidad de ampliar o complementar sus ingresos (Aulestia, 2014).

Para el cuidador/a principal, así como para la familia en su conjunto, la enfermedad también supone tener que redefinir los roles familiares, afrontar cambios en sus relaciones, así como hacer frente a duras situaciones (Esandi y Canga, 2011). Todo esto puede dar lugar a una crisis en el sistema familiar, debido a la desorganización que la enfermedad provoca en el mismo, y que afecta a cada uno de sus miembros (Fernández, 2004). Todos estos cambios se van produciendo progresivamente, a medida que va evolucionando el rol de cuidador/a. Este proceso se inicia con la asimilación del diagnóstico de la enfermedad, el apoyo en la realización de las actividades instrumentales, la asistencia ante los trastornos de comportamiento, y el posterior cuidado en las actividades básicas (Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, 2010).

La investigación se ha centrado en los cambios negativos que derivan de los cuidados destinados a una persona en situación de dependencia. No obstante, no se ha prestado tanta atención a posibles diferencias en los/as cuidadores/as que les ayuden a sobrellevar mejor este tipo de experiencias. Las personas difieren a la hora de hacer frente al estrés crónico, como puede ser cuidar a un familiar con demencia. Tras muchas décadas de investigación, se puede afirmar que no todas las personas expuestas a una situación adversa, responden igual (Fernández-Lansac, Crespo, Cáceres y Rodríguez-Poyo, 2012).

Hay personas que presentan una capacidad que les permite prosperar tras esa adversidad (Bonanno y Mancini, 2008). Esta capacidad recibe el nombre de *resiliencia*. Pero, ¿qué se entiende exactamente por resiliencia o por persona resiliente?

Resiliencia: la capacidad humana que marca la diferencia

El concepto de resiliencia deriva del latín *resilio* (volver atrás, rebotar), y ha pasado de ser utilizado en el campo de la física, -al aludir a la capacidad de algunos materiales deformados de volver a su estado inicial-, para ser también empleado en las ciencias sociales. En este último caso, se empezó a utilizar para referirse a aquellas personas que, a pesar de estar expuestas a situaciones adversas, lograban reponerse (Cabanyes, 2010) y crecer psicológicamente sanas y exitosas (Becoña, 2006).

La *American Psychological Association* (2019), define el término como un proceso que permite “adaptarse bien a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza, o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras”. La investigación entiende también la resiliencia como una transformación positiva que se produce a partir de una experiencia adversa, vinculando así este concepto al de crecimiento postraumático (Vera, Carbelo y Vecina, 2006). Sin embargo, mientras el crecimiento post-traumático requiere la exposición previa a una situación traumática, la resiliencia puede producirse sin que la experiencia sea extrema. De hecho, las personas mejoran su resiliencia cuando se exponen voluntariamente a situaciones adversas, pero controladas (Feeney y Collins, 2015). En definitiva, la resiliencia es un proceso que hace posible la adaptación positiva o el progreso frente a experiencias adversas de diferente intensidad (Gonzalez-Mendez, Ramírez-Santana y Hamby, 2018).

A lo largo del tiempo, la resiliencia se ha conceptualizado de distintas maneras. En un primer momento, se la consideró una característica estable que permitía a algunos individuos adaptarse a situaciones de adversidad. Posteriormente, pasó a reconocerse la importancia del entorno y su interacción con determinadas características. Tal como señala Ungar (2013), la resiliencia requiere de la existencia de un entorno que provea a las personas con oportunidades para desarrollarse.

Hoy en día, la resiliencia se considera un proceso que favorece la adaptación positiva o crecimiento frente a la adversidad, durante o después de dicha experiencia (Masten, 2011). Tal como señalan Grych, Hamby y Banyard (2015), el estudio de la resiliencia requiere centrar la atención en los factores de protección que permiten afrontar las experiencias adversas de forma positiva. Su Modelo del Portafolio de la Resiliencia permite integrar tanto las características que hacen posible un funcionamiento saludable del individuo, como los recursos externos que le sirven de apoyo. Ambos elementos constituyen las fortalezas que figuran en el portafolio de cada individuo. De esta forma, se propone que una mayor densidad (mayor intensidad) de fortalezas contribuye a facilitar la resiliencia.

Según el Modelo de Portafolio de Resiliencia, los activos o características de la persona son responsables de propiciar el funcionamiento óptimo de la misma en situaciones adversas. Con los recursos externos, sin embargo, se alude a las fuentes de apoyo con las que cuenta el individuo. Los activos y recursos son agrupados en tres dimensiones (Grych et al., 2015):

- *Las Fortalezas regulatorias* incluyen componentes cognitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos. Estas fortalezas juegan un papel muy importante en el manejo de las emociones negativas y de los impulsos, además de favorecer la persistencia en el logro de objetivos a corto y largo plazo. Entre las fortalezas de esta dimensión destaca la persistencia.
- *Las Fortalezas interpersonales* son aquellas características de la persona que promueven el desarrollo y mantenimiento de relaciones interpersonales. Dichas relaciones cobran gran relevancia, dado que otorgan al individuo felicidad y significado, además de proporcionarle apoyo ante las adversidades. Algunas de las características personales que fortalecen estos vínculos son la gratitud, la generosidad, la compasión y el perdón.
- *Las Fortalezas asociadas a la creación de significado* hacen referencia a la capacidad de dar sentido a la adversidad, manteniendo una coherencia entre el evento vivido y el sistema de valores y creencias de la persona. Estas fortalezas contribuyen a mantener “la sensación de que la vida tiene significado y propósito” (Grych et al., 2015, p.347). En este sentido, la investigación indica que el hecho de encontrar un significado a la adversidad favorece la salud mental. Dentro de estas fortalezas, destaca la espiritualidad.

Dentro del “Resilience Portfolio Model”, se proponen los conceptos de *densidad* (más intensidad de fortalezas) y *diversidad* (más variedad de fortalezas). Desde el modelo se asume que, a la hora de afrontar una situación adversa, es más relevante la cantidad total de fortalezas, que la existencia de alguna fortaleza concreta (Grych et al., 2015). No obstante, algunos estudios posteriores a la presentación de este modelo, indican que determinadas fortalezas tales como la conciencia emocional, la resistencia, la espiritualidad, el optimismo, así como la compasión y el apoyo se asocian más intensamente con la prosperidad (Hamby, Grych y Banyard, 2018). En la misma línea, Gonzalez-Mendez et al. (2018) encontraron que la resistencia psicológica, el optimismo y el propósito predecían la resiliencia en adolescentes españoles.

En España, López y Calvete (2015) también han desarrollado una serie de escalas para medir la resiliencia (IFRA). Entre sus medidas, destacan el sentido del humor, la espiritualidad, tener proyectos y metas, poner el foco en el presente, así como tener apoyo formal y/o informal, entre otros. Además, a la hora de desarrollar esta capacidad, tiene una mayor influencia poseer seguridad y creer en la capacidad para afrontar las situaciones críticas, así como el creer que siempre se puede aprender de las experiencias vividas e incluso, creer que se puede influir en lo que ocurre en el entorno (Vera et al., 2006).

La resiliencia en cuidadores informales de personas con demencia y estudios similares

Algunos estudios se han ocupado en España de la resiliencia en cuidadores informales de personas con Alzheimer u otras demencias. Un ejemplo, es el estudio de Fernández-Lansac et al. (2012), que identificó la resiliencia como un factor relevante para predecir la salud de los cuidadores. Además, señalaron que la resiliencia depende tanto de características personales como de las estrategias empleadas para hacer frente a la situación, y de cómo se interpreta el rol de cuidador/a. En un estudio posterior (Crespo y Fernández-Lansac, 2015), confirmaron la capacidad de las personas cuidadoras de adaptarse positivamente a las elevadas demandas de su rol. Las principales diferencias entre quienes presentaban alta y baja resiliencia, se concretaban en las fortalezas de cada persona, y la valoración que cada una hacía de su situación (Crespo y Fernández-Lansac, 2015). Concretamente, los/as más resilientes mostraban mayor satisfacción con el apoyo

recibido, su capacidad para manejar pensamientos negativos, su autoestima, y la capacidad de socialización.

Cerquera y Pabón (2016), por su parte, concluyeron que el 56.40% de los cuidadores/as evaluados/as poseen resiliencia, y que ésta correlaciona positivamente con determinadas fortalezas interpersonales como el apoyo social, y con fortalezas ligadas a la búsqueda de sentido como, por ejemplo, el optimismo y el sentido del humor.

Por otro lado, Oñate y Calvete (2017) analizaron los factores de resiliencia en familiares de personas con discapacidad intelectual, encontrando que la aceptación es un factor muy importante a la hora de ejercer como cuidador/a. Lo mismo ocurre con la espiritualidad, el sentido del humor y el optimismo, que se asocian con mayor resiliencia y menores niveles de estrés y depresión. Contar con apoyo social es también considerado un factor protector.

Por otro lado, encontramos varios estudios realizados fuera de España. Gaugler, Kane y Newcomer (2007) llevaron a cabo un estudio longitudinal, de tres años, sobre la resiliencia de 1.979 cuidadores/a de personas con demencia. Los resultados indicaron que los/as participantes que mostraron mayor autoeficacia y autoconfianza respecto a su rol, mostraron los niveles más altos de resiliencia durante las transiciones como cuidador/a. Recientemente, Hemalatha y Banu (2018) también encontraron una asociación significativa entre la autoeficacia y la resiliencia de cuidadores/as de personas con Alzheimer.

Por su parte, Wilks y Croom (2008) confirmaron que el apoyo social funciona como factor protector en cuidadores/as de personas con demencia. En un estudio cualitativo con 80 cuidadores/as de familiares con demencia, algunos dijeron estar viviendo una experiencia agotadora y difícil (Bekhet y Sjostedt, 2018). Sin embargo, otros/as afirmaron que su experiencia era gratificante, y que sentían estar cumpliendo un propósito en sus vidas.

Para finalizar, Kimura, Simoes, Luiza y Nascimento (2019) realizaron un estudio de 43 cuidadores/as informales de los llamados *enfermos jóvenes* de Alzheimer. En dicho estudio se observó que la resiliencia se asociaba inversamente con el nivel de depresión de los/as cuidadores/as.

A partir de lo expuesto hasta aquí, en el presente Trabajo de Fin de Máster se ha propuesto estudiar la resiliencia en cuidadores/as informales de personas con Alzheimer y otras demencias. Más concretamente, el objetivo fue analizar las fortalezas asociadas al crecimiento postraumático y al bienestar de los/as cuidadores/as. En este sentido, esperábamos que las personas con mayor nivel de crecimiento postraumático, presentaran mayor densidad de fortalezas y mayor bienestar.

Método

Participantes

Para la realización de este estudio se contó con la participación de 55 cuidadores/as informales de personas con Alzheimer u otras demencias. La muestra estaba constituida mayoritariamente por mujeres (87.3%) frente a un 12.7% de hombres. Las personas que participaron pertenecían a los municipios de Santa Cruz, La Matanza, Santa Úrsula y Los Realejos. La media de edad era de 46.25 ($DT=15.42$). Con respecto al tiempo que llevaban como cuidadores/as, este variaba entre 1 mes y 12 años ($M=51.33$, $DT=34.97$).

Procedimiento

Para acceder a la muestra de este estudio, se contactó con tres recursos ubicados en la isla de Tenerife que prestan atención a personas en situación de dependencia, y/o a sus respectivas familias. Una vez obtenido el consentimiento para la recogida de datos, se procedió a recoger los datos de distinta forma. En algunos casos, se entregó el cuestionario a los/as profesionales en formato papel. En otros casos, los/as participantes respondieron directamente a través de un enlace de Google, o verbalmente por vía telefónica. Estas diferencias en el procedimiento de recogida de datos se debieron tanto al nivel de estudios como al acceso a internet o teléfono de los/as participantes.

En todo momento se hizo hincapié en que, para responder al instrumento, debían ser únicamente cuidadores/as de familiares con la enfermedad del Alzheimer u otras demencias, descartando así otros perfiles de cuidadores/as y enfermos/as. Asimismo, se señaló tanto a los/as profesionales que facilitaron el cuestionario como a los/as usuarios/as a los que se contactó por vía telefónica, que la participación en esta investigación era totalmente voluntaria, y que los datos recabados serían empleados únicamente para el presente estudio.

Instrumento

El instrumento utilizado para esta investigación es un cuestionario constituido por varias escalas con un formato tipo Likert, con respuestas que iban de 1 (*nada de acuerdo*) a 4 (*totalmente de acuerdo*). El cuestionario contaba con algunas preguntas abiertas dirigidas a recabar datos generales (edad, tiempo como cuidadores, etc.) y de la experiencia como cuidadores/as. Las escalas fueron seleccionadas de dos fuentes. Por un lado, se utilizaron algunas de las subescalas adaptadas por Hamby, Grych y Banyard (2013) para medir fortalezas, bienestar subjetivo y crecimiento post-traumático. Dichas escalas son versiones más cortas de otras escalas, lo que permite utilizarlas conjuntamente sin cansar a los participantes. La mayoría de ellas ya han sido adaptadas al español por Gonzalez-Mendez, Ramírez-Santana y Hamby (2018). Por otro lado, el instrumento incluyó también varias subescalas del Inventario de Factores de Resiliencia de López-Fuentes y Calvete (IFRA, 2016).

En cuanto a las preguntas abiertas, los participantes indicaron *¿Qué acciones cree que contribuirían a mejorar el bienestar de las personas cuidadoras?*

Todas las escalas que se describen a continuación tenían un rango de respuesta que va de 1 (*nada de acuerdo*) a 4 (*totalmente de acuerdo*).

Fortalezas regulatorias.

Persistencia. Se utilizó una escala de siete ítems para medir la persistencia psicológica (Hamby et al., 2013). Algunos ejemplos son “Me resulta reconfortante seguir mi rutina cuando me enfrento a tiempos difíciles”, “Termino los proyectos que he comenzado, incluso si son mucho más difíciles de lo que pensaba”). La consistencia interna, medida a través del Alpha de Cronbach fue de .82.

Fortalezas interpersonales. Para analizar dichas fortalezas, se emplearon dos escalas para medir el apoyo social (formal e informal) del IFRA (López-Fuentes y Calvete, 2016).

Apoyo social informal. En este caso, la escala agrupa cinco ítems (Ej. Tengo a mi lado a una persona especial con la que me siento muy vinculado/a y cuya ayuda ha sido imprescindible para mí). La consistencia interna fue de .84.

Apoyo social formal. En este caso, la consistencia interna fue baja (α .53), por lo que decidimos prescindir de esta escala en análisis posteriores.

Fortalezas asociadas a la búsqueda de significado.

Espiritualidad. Se utilizó la escala de *Religious Meaning-Making* (Hamby et al., 2013), que está integrada por cinco ítems (Ej. “tengo una sensación de paz interior de mi relación con Dios o un poder superior”). Se eliminó el ítem “Me siento bien con mi iglesia o grupo religioso”, ya que de esta forma mejoró la consistencia interna de .95 a .98.

Proyectos y metas. En este caso, utilizamos una de las escalas del IFRA (López-Fuentes y Calvete, 2016). Dicha escala consta de cinco ítems (“Tengo claros algunos de los objetivos que me gustaría cumplir en mi vida”). Tras analizar el Alfa de Cronbach, se eliminó el ítem “tengo otras personas a quienes cuidar”, lo que permitió mejorar la consistencia interna de .50 a .82.

Optimismo. Esta escala, perteneciente también al IFRA (López-Fuentes y Calvete, 2016), está formada por cinco ítems tales como el ítem “Creo que las cosas me van a ir bien”. La consistencia interna fue de .83.

Centrarse en el presente. Esta escala consta de 5 ítems (Ej. Trato de disfrutar de las cosas buenas que me están pasando ahora) (IFRA, López-Fuentes y Calvete, 2016). La consistencia interna fue .87.

Como variables criterio, utilizamos dos escalas, una sobre Bienestar subjetivo y otra sobre Crecimiento postraumático (Hamby, Grych y Banyard, 2015).

Bienestar subjetivo. Esta escala está integrada por 13 ítems (“Estoy satisfecho/a con mi vida”, “Me encantan lo que hago y encuentro energía que no sabía que tenía”). La consistencia interna fue de .94.

Crecimiento postraumático. Esta escala se compone de nueve ítems (“Descubrí que soy más fuerte de lo que creía” y “Han cambiado mis prioridades sobre lo que es importante en la vida”). La consistencia interna fue de .83.

Resultados

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos. La Tabla 1 muestra las correlaciones de Pearson entre los distintos factores analizados. Tal y como se observa en dicha tabla, el crecimiento postraumático y el bienestar correlacionan significativamente con todas las fortalezas, excepto con espiritualidad. También, se realizó una correlación entre el tiempo que llevaban los/as participantes cuidando a su

familiar y el bienestar y crecimiento postraumático, pero no se halló ninguna relación significativa.

Tabla 1

Correlaciones de Pearson entre los factores y el crecimiento postraumático y el bienestar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Proyectos y metas									
2. Crecimiento	.510**								
3. Bienestar	.556**	.667**							
4. Optimismo	.631**	.653**	.706**						
5. Persistencia	.568**	.757**	.715**	.595**					
6. Apoyo social	.466**	.488**	.654**	.496**	.390**				
7. Centrarse	.351**	.679**	.598**	.609**	.583**	.387**			
8. Espiritualidad	.131	.269	-.008	.064	.071	.089	.319*		
9. Densidad	.655**	.821**	.775**	.793**	.760**	.641**	.804**	.450**	

Nota. * $p < .05$. ** $p < 0.01$

Para poner a prueba nuestra hipótesis, comenzamos llevando a cabo un ANOVA comparando las distintas fortalezas en los distintos niveles de crecimiento postraumático (bajo, medio o alto). Previamente, se procedió a clasificar a los/as participantes según sus puntuaciones percentiles en crecimiento post-traumático. Concretamente, clasificamos en el nivel bajo aquellos/as participantes situados por debajo del percentil 33; en el nivel medio los/as que se situaron entre los percentiles 33 y 66; y en el nivel alto los/as que puntuaron por encima del percentil 66. Una vez clasificados los/as participantes, se realizó la prueba de Levene para comprobar que las varianzas fueran homogéneas en cada uno de los factores. En los casos en los que se observó que las varianzas no eran homogéneas, se utilizó el estadístico robusto de Welch.

Tabla 2

ANOVA y análisis post hoc comparando los distintos factores en los niveles de crecimiento postraumático

	Bajo crec. (B) <i>M (DT)</i>	Medio crec. (M) <i>M (DT)</i>	Alto crec. (A) <i>M (DT)</i>	<i>F (2,49)</i>	<i>B-M</i>	<i>Post hoc</i> <i>B-A</i>	<i>M-A</i>
Proyectos	-.59 (1.33)	.22 (.68)	.46 (.36)	5.04* _w	.81*	1.06*	---
Optimismo	-.61 (1.14)	.06 (.75)	.80 (.52)	11.86*** _w	---	1.42*	---
Persistencia	-.78 (1.15)	.04 (.57)	.93 (.37)	24.80*** _w	.83*	1.71*	.88*
Apoyo social	-.45 (1.31)	.15 (.74)	.48 (.38)	4.44* _w	---	.93*	---
Densidad	-.77 (1.15)	.09 (.58)	.88 (.47)	17.37*** _w	.85*	1.64*	.79*
Bienestar	-.61 (1.21)	.05 (.57)	.94 (.46)	17.19*** _w	---	1.55*	.88*
Centrarse	-.73 (.95)	.19 (.91)	.71 (.64)	10.62***	.92*	1.44*	---
Espiritualidad	-.06 (.99)	-.16 (1.06)	.21 (.96)	.515	---	---	---

Nota. *** $p < .001$ ** $p < .01$ * $p < .05$.

^w Estadístico de Welch

Como se puede contemplar en la Tabla 2, entre los grupos de bajo y alto en crecimiento postraumático se encontraron diferencias significativas en todos los factores, excepto en espiritualidad. Concretamente, el grupo alto presentó mejores puntuaciones en todos los casos. Por otra parte, el grupo medio mostró más bienestar y más fortalezas (proyectos, persistencia, densidad y centrarse en el presente) que el grupo bajo. Finalmente, el grupo medio mostró menos persistencia, densidad y bienestar que el grupo de alto crecimiento postraumático.

Posteriormente, se llevó a cabo una regresión lineal múltiple (paso a paso), tomando el crecimiento postraumático como variable dependiente y las distintas fortalezas como variables predictivas. El modelo resultante ($F (2,46) = 49.67; p < .001$) permitió explicar el 67% de la varianza del crecimiento postraumático ($R^2 = .67$). Las variables que resultaron significativas en el modelo fueron la densidad y la persistencia (Tabla 3).

Tabla 3

Variables predictivas del crecimiento postraumático

	<i>B</i>	<i>ET</i>	β	<i>T</i>	<i>p</i>
Densidad de fortalezas	.486	.130	.485	3.75	.000
Persistencia	.398	.130	.394	3.05	.004

Finalmente, se volvió a realizar una regresión lineal (paso a paso) para predecir el bienestar psicológico (Tabla 4). El modelo resultante ($F(2,46) = 52.05; p < .001$) mostró que una mayor densidad y una menor espiritualidad predicen el 68% de la varianza ($R^2 = .68$).

Tabla 4

Factores que predicen el bienestar

	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Densidad de fortalezas	.93	.092	.93	10.14	.000
Espiritualidad	-.347	.093	-.346	-3.75	.000

Finalmente, en la figura 1 pueden verse las principales respuestas frente a una pregunta abierta sobre las acciones que podrían contribuir a aumentar su bienestar.

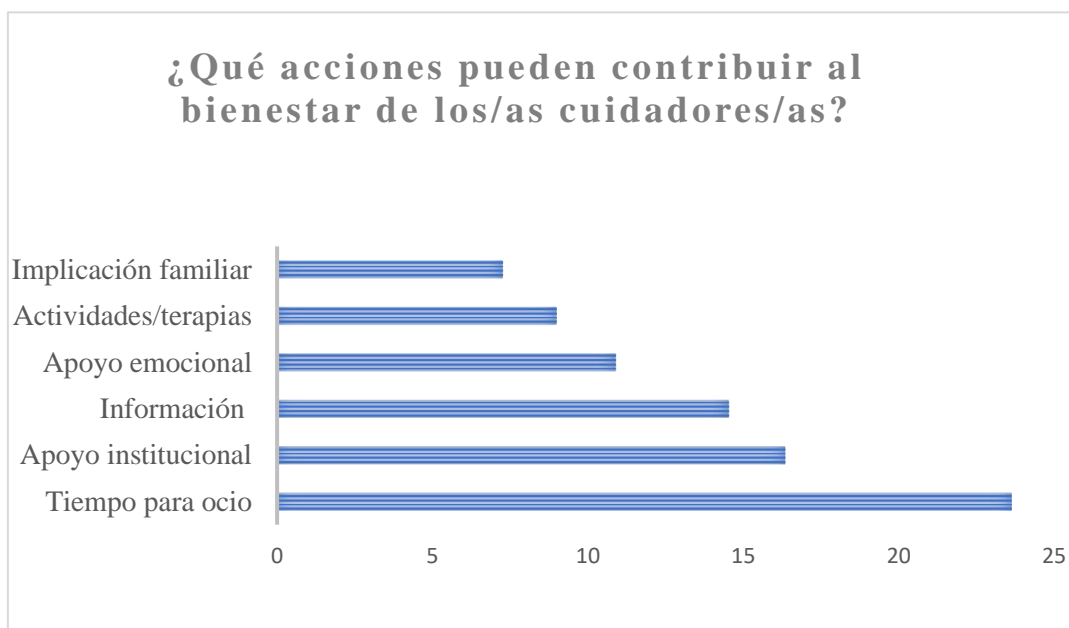


Figura 1. Porcentaje de respuestas de los cuidadores/as para cada una de las acciones que podrían incrementar su bienestar.

En este gráfico puede verse que el porcentaje más alto (23,64%) se corresponde con el deseo de contar con tiempo para el ocio. A continuación, se valora la necesidad de recibir más apoyo institucional (16,36%), y dentro de esta categoría incluyen tener que hacer frente a menos burocracia, más accesibilidad a los recursos, y más recursos públicos como centros de día y centros de estimulación cognitiva. Ocho participantes indicaron que les gustaría recibir más información desde el inicio de la enfermedad por parte de personal especializado. En orden decreciente, indicaron también la necesidad de apoyo emocional (10,91%), poder acudir a talleres orientados a cuidadores/as (9%) y contar con más implicación del resto de sus familiares (7%). En los talleres les gustaría que se abordaran temas como la autovaloración y técnicas de relajación. Señalan, además, que les gustaría poder compartir su experiencia con otras personas cuidadoras.

Por otra parte, ha habido participantes que han manifestado que les gustaría que se reconociera socialmente el trabajo como cuidador/a, y que pudieran acceder a la prestación por desempleo. Dos personas han respondido que les gustaría recibir formación que les permita hacer frente a situaciones adversas como, por ejemplo, los episodios de agresividad por parte del enfermo/a. Otro participante señaló, además, que

se deberían tomar medidas que propicien la conciliación de la vida familiar, personal y laboral.

Discusión y conclusiones

Este estudio ha tenido como principal objetivo analizar la relación entre las fortalezas de los/as cuidadores/as y dos medidas de resiliencia (crecimiento postraumático y bienestar). Tal como esperábamos, las personas con mayor densidad de fortalezas presentaron mayor nivel de crecimiento postraumático y bienestar. Este resultado es consistente con el Modelo de Portafolio de Resiliencia (Grych et al., 2015), que asume un mecanismo aditivo para explicar cómo se combinan las distintas fortalezas. Desde esta propuesta, la cantidad total de fortalezas con las que cuenta una persona puede ser más importante que la presencia de algunas fortalezas concretas.

Por otro lado, los análisis de correlación mostraron una asociación significativa entre todos los factores analizados, excepto con espiritualidad. Esta última fortaleza aparece además como un factor de riesgo en el análisis para predecir el bienestar. La espiritualidad ha sido señalada en distintos estudios como factor protector frente a situaciones adversas (Hamby et al., 2018). Sin embargo, a diferencia de otras sociedades en las que la religión tiene mayor relevancia, la nuestra tiende a ser cada vez más laica. Tal como señala un estudio reciente del CIS (2018), la población española se declara poco religiosa, lo que podría explicar nuestros resultados.

El ANOVA realizado para comparar a los/as participantes con distintos niveles de crecimiento post-traumático (bajo, medio y alto) también indicó diferencias entre los grupos alto y bajo en todas las fortalezas (excepto espiritualidad) y en bienestar. Asimismo, se detectaron otras diferencias entre los grupos bajo y medio, o medio y alto en otros factores. En este caso, destacan la persistencia y la densidad de fortalezas que resultaron significativamente diferentes en todos los grupos.

Los análisis de regresión para predecir el crecimiento destacaron la importancia de la persistencia como factor protector, lo que coincide con los resultados encontrados con distintas poblaciones (Cerquera y Pabón, 2016; Oñate y Calvete, 2017; Gonzalez-Mendez et al. 2018). Asimismo, detectamos que una mayor densidad de fortalezas predice tanto el crecimiento postraumático como el bienestar. Esto es especialmente relevante

para la intervención, ya que indica que promover el número de fortalezas entre los cuidadores puede ser una vía para mejorar su resiliencia.

En definitiva, el estudio confirma que las personas con mayor densidad de fortalezas presentaron mayor nivel de crecimiento postraumático y bienestar. Además, mientras la espiritualidad predijo un menor bienestar, la persistencia resultó protectora.

Limitaciones del estudio y futuras direcciones

Es conveniente mencionar algunas limitaciones del presente trabajo. Una de ellas es la reticencia de algunos/as cuidadores/as a la hora de responder al cuestionario por vía telefónica, ya que algunos/as de ellos/as eran personas mayores que tenían dificultad para entender correctamente los ítems. Otra limitación ha sido el tamaño de la muestra. Al tratarse de una muestra pequeña, no es posible generalizar los resultados. Por ello, en futuros estudios sería conveniente contar con una muestra más amplia. Finalmente, sería necesario llevar a cabo estudios prospectivos para identificar aquellas fortalezas más claramente asociadas a la resiliencia, ante la ardua tarea de cuidar a un familiar con demencia. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este estudio, se considera importante seguir investigando la resiliencia en los/as cuidadores/as informales.

Implicaciones prácticas

Considerando las respuestas de los/as participantes acerca de qué mejoraría su bienestar, sería muy beneficioso ampliar los programas de respiro familiar. La intervención desde estos recursos, debería centrarse en promover la resiliencia. Esto quiere decir, que en lugar de basar la intervención únicamente en los factores de riesgo y protección existentes en el contexto del cuidador/a y su familiar, se tengan en cuenta principalmente, aquellas fortalezas del cuidador/a que contribuyen a incrementar su bienestar. Así pues, a través de la intervención se podría promover en los/as cuidadores/as estrategias que propicien la recuperación del afecto positivo.

Asimismo, se considera relevante dirigir la atención al sistema familiar en su conjunto e intervenir con el mismo. Como se ha comentado anteriormente, las repercusiones de la enfermedad recaen tanto en el cuidador/a como en los diferentes subsistemas (conyugal, parental, parento-filial). Se contribuiría a mejorar las dinámicas familiares dotando a todos sus miembros de habilidades y estrategias que les permitan afrontar las adversidades que van surgiendo con el transcurso de la enfermedad. También,

se contribuiría a incrementar el apoyo hacia el cuidador/a principal, y a consolidar los vínculos afectivos entre los diferentes miembros.

Desde los recursos destinados tanto a los/as cuidadores/as como a las personas que padecen Alzheimer u otras demencias, sería también adecuado implantar la figura del mediador/a o que se proporcionara información sobre la mediación, y cómo a través de esta profesión, podrían solventar las desavenencias que en ocasiones surgen entre la familia extensa y el cuidador/a principal.

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association (2019). *El camino a la resiliencia: ¿qué entendemos por resiliencia? Lugar de publicación: Centro de Apoyo*. Recuperado de: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino>
- Aulestia, K. (2014). *El Alzheimer en España: Situación actual de la enfermedad y su investigación*. Recuperado de: <http://redseneca.org/noticia/el-alzheimer-en-espana-situacion-actual-de-la-enfermedad-y-su-investigacion>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Bekhet, A. y Sjostedt, J. (2018). Resilience from the perspectives of caregivers of persons with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 19-23.
- Bonanno, G. A. y Mancini, A. D. (2008). The Human Capacity to Thrive in the Face of Potential Trauma. *Pediatrics*, 121, 369-375. doi: 10.1542/peds.2007-1648
- Cabanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3, 145-151, doi: 10.1016/j.rpsm.2010.09.003
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2017). *Barómetro de marzo de 2018*. Recuperado de: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14387
- Cerquera, A. M. y Pabón, D. K. (2016). Resiliencia y variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Revista Colombiana de Psicología*, 25, 33-46. doi: 10.15446/rcp.v25n1.44558
- Confederación Española de Alzheimer y Fundación Sanitas (2016). *El cuidador en España. Contexto actual y perspectivas de futuro. Propuestas de intervención*. Recuperado de: <https://www.ceafa.es/files/2017/04/ESTUDIO%20CUIDADORES.pdf>
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas (2018). *Un perfil de las personas mayores en España: Indicadores estadísticos básicos*. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>

- Crespo, M. y Fernández-Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31, 19-27. doi: 10.6018/analesps.31.1.158241
- Esandi, N. y Canga, A. (2011). Familia cuidadora y enfermedad del Alzheimer: una revisión bibliográfica. *Gerokomos*, 22, 56-61.
- Fernández, M. A. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 47, 251-254.
- Fernández-Lansac, V., Crespo, M., Cáceres, R., y Rodríguez-Poyo, M. (2012). Resilience in caregivers of patients with dementia: A preliminary study. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47, 102-109.
- Gaugler, J., Kane, R. y Newcomer, R. (2007). Resilience and Transitions From Dementia Caregiving. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62, 38-44.
- Gonzalez-Mendez, R., Ramírez-Santana, G. y Hamby, S. (2018). Analyzing Spanish Adolescents Through the Lens of the Resilience Portfolio Model. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-18. doi:10.1177/0886260518790600
- Grych, J., Hamby, S. y Banyard, V. (2015). The Resilience Portfolio Model: Understanding Healthy Adaptation in Victims of Violence. *Psychology of Violence*, 5, 343-354. doi: 10.1037/a0039671
- Grych, J., Hamby, S. y Banyard, V. (2018). Resilience portfolios and poly-strengths: Identifying protective factors associated with thriving after adversity. *Psychology of Violence*, 8, 172-183. doi: 10.1037/vio0000135
- Hemalatha, M. y Banu, N. (2018). Impact of self-efficacy on resilience of caregivers attending to Alzheimer's patients. *The Pharma Innovation Journal*, 7, 22-24. doi: 10.18782/2320-7051.7031
- Kimura, N., Simoes, J. P., Luiza, R. y Nascimento, M. C. (2019). Resilience in Carers of People with Young-Onset Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 10, 1-9. doi: 10.1177/0891988718824039
- López-Fuentes, I. y Calvete, E. (2016). Desarrollo del Inventario de factores de resiliencia ante la adversidad. *Ansiedad y Estrés*, 22, 110-117.

- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V. y Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 26, 41-48. doi: 10.1016/j.clysa.2015.02.001
- Masten, A. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23, 493-506. doi:10.1017/S0954579411000198
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Ministerio de Ciencia e Innovación (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf
- Oñate, L. & Calvete, E. (2017). Una aproximación cualitativa a los factores de resiliencia en familiares de personas con discapacidad intelectual en España. *Psychosocial Intervention*, 26, 93-101. doi:10.1016/j. psi.2016.11.00
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Demencia: Datos y cifras*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Ungar, M. (2013). Resilience, trauma, context and culture. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14, 255–266.
- Uriarte, J. (2014). Resiliencia y Envejecimiento. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4, 67-77. doi: 10.1989/ejihpe.v4i2.54
- Vera, B., Carbelo, B. & Vecina, M^a. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27, 40-49
- Vitaliano, P. P., Zhang, J. y Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 946–972 doi: 10.1037/0033-2909.129.6.946

Wilks, S. y Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: testing moderation and mediation models of social support. *Aging Ment Health, 12*, 357-65. doi: 10.1080/13607860801933323.

Zambrano, R. y Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 36*, 26-39.

Anexos

Cuestionario de resiliencia dirigida a cuidadores informales de personas con Alzheimer

Estamos realizando un estudio sobre las fortalezas de los cuidadores/as familiares de personas con Alzheimer u otro tipo de demencias. Nuestro objetivo es recabar información que permita, de forma totalmente anónima, proponer acciones que permitan potenciar su bienestar.

¿Está usted de acuerdo con responder a este cuestionario?

Sí [] No []

Sexo: Mujer [] Hombre [] **Edad:**

¿Cuánto tiempo lleva cuidando a su familiar?

¿Qué acciones cree que contribuirían a mejorar el bienestar de las personas cuidadoras?

A continuación, le presentamos algunas afirmaciones. Le pedimos que indique en qué medida está de acuerdo con cada una de ellas. Sus respuestas van desde 1 (nada de acuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo).

Proyectos y metas			
PM1.	Tengo proyectos, metas y/o sueños.	1	2 3 4
PM2.	Sé lo que quiero conseguir en la vida.	1	2 3 4
PM3.	Suelo tener muchos planes y proyectos entre manos.	1	2 3 4
PM4.	Tengo otras personas a quienes cuidar (p. ej., mis hijos/as).	1	2 3 4
PM5.	Tengo claros algunos de los objetivos que me gustaría cumplir en mi vida.	1	2 3 4
Optimismo			
O1.	A menudo pienso en las cosas buenas de la vida.	1	2 3 4
O2.	Valoro las pequeñas gratificaciones de la vida.	1	2 3 4
O3.	Tengo facilidad para encontrar el lado positivo en una situación negativa.	1	2 3 4
O4.	Creo que las cosas me van a ir bien.	1	2 3 4
O5.	Afronto la vida con optimismo.	1	2 3 4
Centrarse en el presente			
CP1.	Tengo como lema «yo vivo el presente»	1	2 3 4
CP2.	Le doy más importancia al presente que al futuro.	1	2 3 4
CP3.	Trato de disfrutar de las cosas buenas que me están pasando ahora.	1	2 3 4
CP4.	Me centro en el presente, dejando más de lado el pasado y el futuro.	1	2 3 4

CP5.	Vivo el día a día.	1 2 3 4
Apoyo social informal		
ASI1.	Tengo relaciones de confianza con algunas de las personas de mi entorno.	1 2 3 4
ASI2.	Puedo apoyarme en mi familia y/o amigos cuando tengo dificultades.	1 2 3 4
ASI3.	Cuento con personas a las que puedo llamar cuando me siento mal.	1 2 3 4
ASI4.	Siento que cuento con el apoyo incondicional de algunas personas de mi entorno.	1 2 3 4
ASI5.	Tengo a mi lado a una persona especial con la que me siento muy vinculado/a y cuya ayuda ha sido imprescindible para mí.	1 2 3 4
Apoyo social formal		
ASF1.	He contado con la ayuda de diversos profesionales (psicólogos/as, policía, servicios sociales, etc.).	1 2 3 4
ASF2.	He recibido ayudas de tipo económico o ayudas materiales (ayudas para la vivienda, servicios de guardería, etc.).	1 2 3 4
ASF3.	He recibido una terapia psicológica que me ha ayudado a recuperarme.	1 2 3 4
ASF4.	He recibido la ayuda necesaria por parte de la policía y los servicios judiciales.	1 2 3 4
ASF5.	Siento que los distintos profesionales que me han atendido no me han juzgado.	1 2 3 4
Persistencia		
PER1.	Soy una fuente de fortaleza para mi familia.	1 2 3 4
PER2.	La gente confía en mi en los buenos y malos momentos.	1 2 3 4
PER3.	Me resulta reconfortante seguir mi rutina cuando me enfrento a tiempos difíciles.	1 2 3 4
PER4.	Creo que lo que no te mata, te hace más fuerte.	1 2 3 4
PER5.	Termino los proyectos que he comenzado, incluso si son mucho más difíciles de lo que pensaba.	1 2 3 4
PER6.	Cuando llegan tiempos difíciles, los enfrento de frente.	1 2 3 4
PER7.	Cuando tenga que hacer algo, trabajaré hasta que termine, aunque empiece a sentirme cansado.	1 2 3 4
Espiritualidad		
MR1.	Siento una sensación de bienestar al sentirme cerca de Dios o de un poder superior.	1 2 3 4
MR2.	Tengo una sensación de paz interior de mi relación con Dios o un poder superior.	1 2 3 4
MR3.	Me siento mejor cuando hablo con Dios o con un poder superior.	1 2 3 4
MR4.	Dios o un poder superior me ayuda en los tiempos difíciles.	1 2 3 4

MR5.	Me siento bien con mi iglesia o grupo religioso.	1 2 3 4
------	--	---------

Crecimiento postraumático		
PG1	Han cambiado mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.	1 2 3 4
PG2	Soy capaz de apreciar mejor lo que vale mi vida	1 2 3 4
PG3	He trazado un nuevo camino en mi vida.	1 2 3 4
PG4	Tengo mayor cercanía con otras personas.	1 2 3 4
PG5	Ahora sé que puedo manejarme en momentos difíciles.	1 2 3 4
PG6	Soy capaz de hacer cosas mejores con mi vida.	1 2 3 4
PG7	Tengo una fe fuerte.	1 2 3 4
PG8	Descubrí que soy más fuerte de lo que creía	1 2 3 4
PG9	He aprendido mucho sobre lo maravillosa que es la gente	1 2 3 4
Bienestar		
Bien1	En gran parte, mi vida se acerca a mi ideal	1 2 3 4
Bien2	Las condiciones de mi vida son excelentes	1 2 3 4
Bien3	Estoy satisfecho/a con mi vida	1 2 3 4
Bien4	Hasta ahora he conseguido las cosas más importantes que quería en mi vida	1 2 3 4
Bien5	Si pudiera vivir mi vida otra vez, no cambiaría casi nada	1 2 3 4
Bien6	Estoy contento/a conmigo mismo/a	1 2 3 4
Bien7	Me siento orgulloso/a de mí mismo/a	1 2 3 4
Bien8	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	1 2 3 4
Bien9	Yo puedo cambiar cosas importantes en mi vida	1 2 3 4
Bien10	Realmente me siento bien con mi vida	1 2 3 4
Bien11	Siento que me he esforzado para conseguir cosas	1 2 3 4
Bien12	Siento que conseguiré lo que me proponga en la vida	1 2 3 4
Bien13	Me encantan lo que hago y encuentro energía que no sabía que tenía	1 2 3 4