

COMPORTAMIENTO ASERTIVO EN CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON DEMENCIA: DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL “CUESTIONARIO DE ASERTIVIDAD EN EL CUIDADO” (CAQ)

María Márquez-González¹, Lucía Jiménez-Gonzalo², Laura Gallego-Alberto¹, Alba Hernández-Gómez³, Isabel Cabrera¹, Inés García-Batalloso¹ y Andrés Losada-Baltar²

¹Universidad Autónoma de Madrid; ²Universidad Rey Juan Carlos;

³Universidad Complutense de Madrid (España)

Resumen

La asertividad podría tener un papel relevante en el proceso de estrés y afrontamiento del cuidado familiar de personas con demencia. Sin embargo, la investigación sobre esta cuestión es todavía escasa. Este estudio presenta las propiedades psicométricas del “Cuestionario de asertividad en el cuidado” (CAQ), y analiza las asociaciones entre esta variable y otras que presentan un papel importante en el afrontamiento del cuidado. Participaron 147 cuidadores de personas con demencia. Se identificó la estructura factorial del CAQ (expresión del malestar, hacer frente a los conflictos y poner límites), que explicaba el 69,63% de la varianza en asertividad. Se encontraron asociaciones significativas entre las puntuaciones en el CAQ (escala total y subescalas) y otras variables tales como la evitación experiencial, fusión cognitiva y frecuencia de ocio. El CAQ presenta adecuadas propiedades psicométricas y es un instrumento de potencial utilidad a tener en cuenta a la hora de diseñar protocolos de evaluación de los cuidadores familiares y diseñar intervenciones dirigidas a ayudar a estas personas.

PALABRAS CLAVE: *demencia, cuidado familiar, asertividad, evaluación, habilidades sociales.*

Abstract

Dementia family caregivers' assertiveness may play a significant role in the caregiving stress and coping process, but research analyzing this topic is still scarce. This study presents the psychometric properties of the Caregiving Assertiveness Questionnaire (CAQ) and analyzes the associations between assertiveness and other variables with a relevant role in the caregiving coping process. One hundred and forty-seven family dementia caregivers participated in the study. A three-factor structure (expressing discomfort, facing conflicts and setting limits) was found for

La preparación de este artículo ha sido financiada por el Ministerio Español de Economía y Competitividad bajo el proyecto PSI2012-31293 y por el Ministerio Español de Ciencia e Innovación bajo el proyecto PID2019-106714RB-C22. Ambos proyectos fueron revisados y aprobados por el Comité de Ética de la Universidad Rey Juan Carlos (número de registro: 060720166616).

Correspondencia: María Márquez-González, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, c/ Ivan Pavlov, 6, Campus de Cantoblanco, 28049 Madrid (España). E-mail: maria.marquez@uam.es

the CAQ, which explained a 69.63% of the variance in assertiveness. Significant associations were found between scores in CAQ (total scale and subscales) and variables such as experiential avoidance, cognitive fusion and frequency of leisure. CAQ presents appropriate psychometric characteristics and is a useful assessment tool to take into consideration when designing comprehensive assessment protocols for dementia family caregivers, and designing interventions aimed at helping this population.

KEYWORDS: *dementia, family caregiving, assertiveness, assessment, social skills.*

Introducción

El cuidado de un familiar con demencia es una situación altamente demandante y ha sido asociada con consecuencias para la salud física y psicológica de los cuidadores (Schultz *et al.*, 2020). A pesar de que los cuidadores pueden experimentar aspectos positivos del cuidado tales como crecimiento personal, pericia o gratitud (Quinn y Toms, 2019), existe un consenso general de que el cuidado está asociado a una peor salud física general, tasas más altas de malestar psicológico y deterioro del apoyo social y actividades de ocio, en comparación con personas no cuidadoras (Schultz *et al.*, 2020).

El cuidado puede conceptualizarse como una situación de estrés crónico. Sin embargo, siguiendo el modelo de estrés y afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984), esta situación no necesariamente lleva a todos los cuidadores a desarrollar síntomas psicopatológicos (Lazarus y Folkman, 1984; Losada *et al.*, 2003). Las diferencias en los efectos psicológicos del cuidado podrían explicarse por la existencia de variables que modulan los efectos de los eventos estresantes derivados de la situación de cuidado, tales como los estilos de afrontamiento, la autoeficacia o el apoyo social (Knight y Sayegh, 2010; Losada *et al.*, 2017).

La asertividad podría ser una de estas variables moduladoras. Se ha descrito la asertividad como la habilidad de expresar opiniones, necesidades y deseos, al mismo tiempo que se respetan los de otros (Rakos, 1991). De esta manera, la probabilidad de conseguir y mantener relaciones personales mutuamente gratificantes a largo plazo es potenciada, en comparación con comportamientos interpersonales alternativos, tales como la agresión o la sumisión (Marchezini *et al.*, 2010). Wolpe (1958), uno de los creadores del entrenamiento en asertividad, definió el término originalmente e incluyó "la expresión externa de amistad, afecto y otros sentimientos no ansiosos" (Wolpe, 1958, p. 114). Lazarus (1973) definió la asertividad como la capacidad de decir no, pedir ayuda, hacer una petición, expresar emociones positivas y negativas, e iniciar, mantener y finalizar comportamientos. Finalmente, Alberti y Emmons (2008) definieron la asertividad como la capacidad de "expresar sentimientos de manera confortable y honesta, y para defenderse por uno mismo sin excesiva ansiedad, al mismo tiempo que se tienen en cuenta los derechos de las dos partes". A pesar de que la asertividad se ha definido de diferentes maneras, existe un consenso relativo a su complejidad y a su carácter multidimensional. Al respecto, se han diferenciado cuatro expresiones específicas del comportamiento asertivo (p. ej., Alberti y Emmons, 2008; Bishop, 2010): a)

expresiones de sentimientos negativos, tales como responder a críticas, rechazar peticiones, o solicitar un cambio en el comportamiento de los otros; b) gestionar limitaciones personales, como pedir ayuda o perdón; c) tomar la iniciativa, como expresar opiniones personales; y d) expresar sentimientos positivos tales como afecto o satisfacción, o elogiar y responder a elogios.

La asertividad ha sido ampliamente estudiada en población general y clínica, encontrándose relaciones entre esta variable y otras variables transdiagnósticas como la autoestima (Caballo *et al.*, 2018; Riggio *et al.*, 1990), el autoconcepto y la satisfacción con las relaciones personales (Elliot y Grampling, 1990; Speed *et al.*, 2017). Además, se ha encontrado una asociación inversa entre la asertividad y otras variables relacionadas con el malestar psicológico, como la ansiedad o la depresión (Speed *et al.*, 2017).

En cuidadores profesionales o formales también se han encontrado beneficios de la asertividad (p. ej., Kanade, 2018; Macaden, 2005). Los cuidadores formales o trabajadores de la salud se benefician de los comportamientos asertivos para manejar eventos estresantes relacionados con el trabajo, tales como tratar con síntomas imprevistos en los pacientes, o afrontar la sobrecarga de trabajo (Abdelaziz *et al.*, 2020). Por lo tanto, las habilidades asertivas en cuidadores formales reducen el estrés interpersonal, construyen relaciones de equipo eficaces, y aportan confianza en las propias acciones, haciéndolos más competentes en la provisión de un cuidado al paciente de calidad, más eficaces en la comunicación con otros, y en el uso de sus conocimientos y habilidades profesionales (Abdelaziz *et al.*, 2020).

El número de estudios que analizan el papel específico de la asertividad en el malestar emocional de cuidadores informales es escaso. Bandeira *et al.* (2014) analizaron esta variable en cuidadores familiares de pacientes psiquiátricos, encontrando que aquellos que mostraban menos asertividad informaban de mayor carga. Además, los cuidadores de adultos mayores dependientes (con y sin demencia) que piden ayuda de manera asertiva parecen sufrir menos carga, comparados con cuidadores que no muestran esta habilidad (Muela *et al.*, 2001; Pinto y Barham 2014; Queluz *et al.*, 2019). Pedir ayuda se ha asociado con la calidad de vida de los cuidadores y con otras consecuencias positivas (Pinto y Barham, 2014). En un estudio realizado por Pinto *et al.* (2016) se encontró que, a pesar de que la mayoría de los cuidadores que participaron informaron de necesitar más apoyo, solo el 20% de ellos afirmó que la capacidad de pedir ayuda era importante. Esto es, a pesar de ser conscientes de necesitar más apoyo, el 80% de ellos no pensaba en la capacidad de pedir ayuda como una habilidad que un cuidador debería utilizar.

Existe gran variedad de razones por las que los cuidadores pueden no pedir ayuda. Por ejemplo, normas sociales transmitidas culturalmente que sostienen que el cuidado debe ser realizado por una sola persona (la más cercana), la cual no debería pedir ayuda con el fin de no molestar a los demás, o porque el cuidado debe ser llevado en la familia (Losada *et al.*, 2003; Losada *et al.*, 2017). Estas normas culturales podrían dar forma a creencias acerca del cuidado disfuncionales o desadaptativas, que actúan como una barrera a la hora de pedir ayuda (Cabrera *et al.*, 2020; Losada *et al.*, 2006). Los cuidadores también podrían no pedir ayuda porque no saben cómo hacerlo (Losada *et al.*, 2008).

Dada la importancia de la asertividad, se han desarrollado y validado escalas para evaluarla en diferentes contextos, tales como la relación médico-paciente (García-Arista y Reyes-Lagunes, 2017), en adultos con discapacidad intelectual (Arias *et al.*, 2014), adultos con esquizofrenia (Casas-Anguera *et al.*, 2014), o en cuidadores informales de personas con demencia (Franzmann *et al.*, 2014). La asertividad en cuidadores familiares de personas con demencia se ha estudiado a través de instrumentos diseñados para población general, o a través de métodos cualitativos (p. ej., entrevistas semiestructuradas). Algunos de los instrumentos más utilizados son el "Cuestionario de asertividad" (*Assertiveness Schedule*; Rathus, 1973), o el "Inventario de asertividad" (*Assertion Inventory*; Gambrill y Richey, 1975). Sin embargo, el comportamiento asertivo parece ser una variable dependiente del contexto, lo cual significa que los instrumentos dirigidos a población general pueden no discernir si esa población específica es asertiva en el contexto del cuidado familiar. Siguiendo esta línea, Queluz *et al.* (2018) desarrollaron el "Inventario de habilidades sociales para los cuidadores de adultos mayores" (IHS-CM) con el fin de evaluar un amplio rango de habilidades sociales (expresión emocional, comunicación asertiva y búsqueda de información) en cuidadores familiares de adultos mayores dependientes. Teniendo en cuenta la dependencia contextual del comportamiento asertivo, parece haber una necesidad de estudiar la asertividad de los cuidadores en el contexto específico del cuidado de personas con demencia (Pinto *et al.*, 2016). En este escenario, la capacidad de los cuidadores para expresar su malestar a otros familiares o manejar potenciales conflictos que pueden surgir en sus interacciones con ellos, incluyendo aquellos asociados con pedir ayuda en el cuidado, puede ser un factor esencial que dé forma a su adaptación a este contexto estresante.

Basándonos en lo anteriormente mencionado, el objetivo del presente trabajo es presentar las propiedades psicométricas del "Cuestionario de asertividad en el cuidado" (*Caregiving Assertiveness Questionnaire*, CAQ) y analizar las asociaciones entre la asertividad y otras variables con un papel relevante en el proceso de estrés y afrontamiento en el cuidado. Específicamente, el CAQ fue desarrollado como una medida de las habilidades asertivas de cuidadores familiares de personas con demencia en sus interacciones con la persona cuidada y otros familiares en el contexto de cuidado. Con relación al análisis de los correlatos de la asertividad en cuidadores de personas con demencia, se exploraron las siguientes variables: variables sociodemográficas (edad, sexo y parentesco), eventos estresantes relacionados con la demencia (frecuencia y reacción a comportamientos problemáticos), variables moduladoras (evitación experiencial, fusión cognitiva, pensamientos disfuncionales, frecuencia de actividades de ocio, y disponibilidad y satisfacción con el apoyo social) y consecuencias del cuidado (depresión, ansiedad y presión arterial media).

Método

Participantes

Ciento cuarenta y siete cuidadores familiares de personas con demencia fueron reclutados a través de diferentes centros sociosanitario de la Comunidad Autónoma de Madrid. Para formar parte del estudio, los participantes tenían que: a) ser mayores de 18 años, b) identificarse como el cuidador principal, y c) dedicar más de una hora al día a tareas relacionadas con el cuidado durante al menos tres meses consecutivos. Las características sociodemográficas de la muestra aparecen en la tabla 1. La mayoría de los participantes fueron mujeres (76,2%) con una edad media de 60,2 años. El 54,4% de los cuidadores fueron hijos o hijas y un 40,2% fueron cónyuges. Dedicaban una media de 13 horas al día a tareas relacionadas con el cuidado durante una media de 45,9 meses. Con relación a la persona cuidada, el 51,7% eran mujeres, con una edad media de 79,8 años. Considerando el tipo de demencia, un 71,4% tenían enfermedad de Alzheimer, un 16,3% tenían otro tipo de demencia (p. ej., demencia con cuerpos de Lewy) y el resto tenían deterioro cognitivo leve.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra (N= 147)

Características sociodemográficas	M (DT) o % (n) / Rango de la escala
Edad del cuidador	60,22 (13,06) / 32-85
Mujer %	76,20 (112)
Estado civil % (n)	
Casado	61,20 (90)
Viudo	2,70 (4)
Soltero	30,60 (45)
Divorciado	2,00 (3)
Tiempo cuidando, meses	45,94 (49,71) / 3-444
Horas diarias de cuidado	13,03 (7,92) / 2-24
Convivencia con la persona cuidada: sí % (n)	77,60 (114)
Uso de centro de día: sí (%)	63,30 (93)
Uso de ayuda a domicilio: sí (%)	38,10 (93)
Edad de la persona cuidada	79,75 (8,20) / 58-103
Parentesco (%)	
Esposo	40,20 (95)
Hijo	54,40 (80)
Otro	5,40 (8)
Enfermedad de la persona cuidada, %	
Enfermedad de Alzheimer	71,40 (105)
Deterioro cognitivo leve	6,80 (10)
Otra demencia	16,30 (24)

Instrumentos

- a) Entrevista con preguntas creadas *ad hoc* para evaluar las características sociodemográficas, tales como edad, sexo y estado civil, así como el tiempo siendo cuidador (en meses), parentesco entre cuidador y persona cuidada, horas diarias dedicadas al cuidado, convivencia con la persona cuidada, uso de centro de día y ayuda a domicilio, e información sobre la persona con demencia (edad y diagnóstico de demencia).
- b) "Cuestionario de asertividad en el cuidado" (CAQ). Este cuestionario fue desarrollado para evaluar la asertividad en cuidadores familiares de personas con demencia. Se utilizaron como referencia para escribir los ítems medidas previamente disponibles, como el "Cuestionario de asertividad" (Rathus, 1973) y la "Escala de habilidades sociales" (Gismero, 2010). Además, el cuestionario fue creado teniendo en cuenta la experiencia clínica de los autores (p. ej., Losada *et al.*, 2015; Márquez-González *et al.*, 2020). La versión final del CAQ fue revisada por un panel de expertos en evaluación e intervención en el ámbito del cuidado, quienes lo consideraron apropiado dado su contenido y su ajuste al constructo teórico. El cuestionario inicial consistía en 15 ítems con respuestas tipo Likert que van de 0 (nunca) a 3 (siempre). La versión final del CAQ tiene 12 ítems y se incluye como anexo.
- c) "Listado de problemas de memoria y de conducta revisado" (*Revised Memory and Behavior Problems Checklist*, RMBPC; Teri *et al.*, 1992), versión en español de Nogales *et al.* (2015). Se utilizó este listado para evaluar la frecuencia y la valoración de los síntomas psicológicos y conductuales de la persona con demencia (SPCPD). El RMBPC consiste en 24 ítems (p. ej., "La semana pasada, ¿con qué frecuencia hizo la misma pregunta una y otra vez?") con dos subescalas, una que evalúa la frecuencia de los comportamientos y la otra el grado en el que esos comportamientos son evaluados como estresantes por el cuidador. Las respuestas relativas a la frecuencia se puntúan a través de una escala tipo Likert de cinco puntos que van de 0 (nunca) a 4 (todos los días). Las opciones de respuesta a la escala de reacción van de 0 (en absoluto estresante) a 4 (extremadamente estresante). Estudios previos documentan adecuadas propiedades psicométricas de este instrumento, tales como alfa de Cronbach entre 0,85 para la subescala de frecuencia y de 0,93 para la subescala de reacción (Johnson *et al.*, 2001). En este estudio, la consistencia interna (alfa de Cronbach) fue de 0,91 para la puntuación total, de 0,78 para la subescala de frecuencia y de 0,91 para la subescala de reacción.
- d) "Cuestionario de evitación experiencial en el cuidado" (*Experiential Avoidance in Caregiving Questionnaire*, EACQ; Losada *et al.*, 2014). Este cuestionario evalúa las manifestaciones de evitación experiencial relacionadas con el cuidado (p. ej., "Si un cuidador tiene sentimientos negativos hacia su familiar, lo mejor es ignorarlos"). El EACQ está formado por 25 ítems con respuestas tipo Likert (1= completamente en desacuerdo, 5= completamente de acuerdo). Estudios previos muestran un alfa de Cronbach para esta escala de 0,69 (Cabrera *et al.*, 2022), similar a la encontrada en el presente estudio, que fue de 0,66.

- e) "Cuestionario de fusión cognitiva" (*Cognitive Fusion Questionnaire*, CFQ; Gillanders *et al.*, 2014), versión en español de Romero-Moreno *et al.* (2014). Se trata de una escala de siete ítems que evalúa la tendencia al predominio del control verbal (cognición) del comportamiento (p. ej., "Tiendo a enredarme mucho en lo que pienso") con respuestas que van de 1 (nunca) a 7 (siempre). Estudios previos muestran un adecuado alfa de Cronbach (0,87) para esta escala (Losada *et al.*, 2014). El alfa de Cronbach para el presente estudio fue 0,85.
- f) "Cuestionario de pensamientos disfuncionales sobre el cuidado" (*Dysfunctional Thoughts about Caregiving Questionnaire*, DTCQ; Losada *et al.*, 2006). El DTCQ es una escala de 16 ítems que evalúa reglas verbales rígidas sobre el cuidado de familiares dependientes (p. ej., "Es egoísta que un cuidador dedique tiempo para sí mismo teniendo un familiar enfermo o necesitado") con respuestas tipo Likert que van de 0 (completamente en desacuerdo) a 4 (completamente de acuerdo). Estudios previos encuentran adecuadas propiedades psicométricas de este instrumento, tales como un alfa de Cronbach de 0,91 (Huertas-Domingo *et al.*, 2023). El alfa de Cronbach de la escala para el presente estudio fue 0,89.
- g) "Cuestionario de eventos placenteros" (*Pleasant Events Schedule-AD* (PES-AD; Logsdon y Teri, 1997). Se empleó la subescala de frecuencia de la versión modificada del PES-AD (Logsdon y Teri, 1997), que consta de 20 ítems que evalúan la frecuencia de participación de la persona en 20 actividades de ocio. Las opciones de respuesta eran: 0 (nunca), 1 (algunas veces, 1-6 veces) y 2 (a menudo, 7 o más veces). Estudios previos informan de adecuadas propiedades psicométricas (fiabilidad y validez) de esta escala (Ampspoker *et al.*, 2019; Logsdon y Teri, 1997). El alfa de Cronbach de esta subescala para el presente estudio fue 0,72.
- h) "Cuestionario de apoyo social" (*Social Support Questionnaire*, SSQ; Sarason *et al.*, 1987), adaptación de la versión breve de Sarason *et al.* (1987). El SSQ evalúa el apoyo social y la satisfacción con el mismo. Se utilizaron los siguientes tres ítems: "¿Con quién puedes contar cuando necesitas ayuda?", "¿Con quién puedes contar realmente para ayudarte a sentir más relajado cuando estás tenso o bajo presión?" y "¿Con quién puedes contar para consolarte cuando estás muy triste?". Los cuidadores debían informar del número de personas que les daba ese tipo de apoyo. Para cada uno de esos ítems, se evaluó también el grado de satisfacción con el apoyo recibido, utilizando una escala tipo Likert que iba de 1 (muy insatisfecho) a 6 (muy satisfecho). Las dos puntuaciones se obtenían calculando la media de personas de apoyo y la media de satisfacción en los tres ítems. Estudios previos documentan sus adecuadas propiedades psicométricas (p. ej., Martínez-López *et al.*, 2014). En este estudio, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,75 para la escala de cantidad de apoyo y de 0,67 para la escala de satisfacción con el apoyo recibido.
- i) "Perfil del estado de ánimo" (*Profile of Mood States*, POMS; McNair *et al.*, 1971). Este instrumento evalúa diferentes dimensiones del estado de ánimo (tensión, depresión, ira, vigor, fatiga y confusión). En este estudio se utilizó la subescala de ansiedad-tensión, que consiste en nueve ítems (p. ej., "Tenso") y los cuidadores deben puntuar cuánto se sintieron de esa forma la semana

- pasada a través de una escala tipo Likert (0= en absoluto, 4= extremadamente). La fiabilidad de la subescala es adecuada (alfa de Cronbach de 0,89; Gibson, 1997). El alfa de Cronbach de la escala para el presente estudio fue 0,80.
- j) “Escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos” (*Center for Epidemiological Studies-Depression Scale*, CES-D; Radloff, 1977). Se trata de una escala de 20 ítems que evalúan síntomas de depresión (p. ej., “Me sentí triste) con puntuaciones que van de 0 (casi nunca o nunca) a 3 (casi todo el tiempo o todo el tiempo). Esta escala ha mostrado buenas propiedades psicométricas en estudios previos con un alfa de Cronbach de 0,89 (Romero-Moreno *et al.*, 2014). El alfa de Cronbach para el presente estudio fue 0,88.
- k) “Tensiómetro Omron M7” (**Omron Healthcare Co., Ltd.**). Se trata de un instrumento no invasivo que mide la presión arterial e incluye el monitor, el brazalete y el cable de conexión entre ambos. Este aparato fue validado de acuerdo con el protocolo de la Sociedad Británica de Hipertensión (Coleman *et al.*, 2008). Se realizaron tres medidas de presión arterial en momentos diferentes a lo largo de la entrevista de evaluación, siguiendo las recomendaciones de uso (O’Brien *et al.*, 2003). La presión arterial media (PAM) se calculó utilizando la fórmula proporcionada por Mausbach *et al.* (2007).

Procedimiento

El presente proyecto fue aprobado por el Comité de ética de la Universidad Rey Juan Carlos. El primer contacto con los participantes se estableció a través de entrevista telefónica con el fin de determinar si los cuidadores cumplían los criterios de inclusión y para informarles de los objetivos del estudio. Tras firmar el documento de consentimiento informado, se realizaron entrevistas con formato individual cara a cara con psicólogos entrenados en el procedimiento. Además de administrar los instrumentos de autoinforme, se obtuvieron las tres lecturas de presión sanguínea: una al principio de la evaluación (tras la firma del consentimiento informado), otra a la mitad de la sesión de evaluación y la última al finalizar la misma.

Análisis de datos

Primero se calcularon los datos descriptivos de la muestra (medias, desviaciones típicas y frecuencias). Tras esto, se exploró la estructura factorial del CAQ mediante análisis factorial exploratorio (EFA). Con el fin de examinar si los datos muestrales eran aptos para realizar un EFA, se calcularon el test Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett. Se realizó el EFA utilizando las estimaciones de mínimos cuadrados ponderados y varianza ajustada (WLSMV) y método de rotación Geomin. Se realizaron análisis paralelos con el fin de determinar el número de factores a retener. Específicamente, se utilizaron los criterios propuesto por Longman *et al.* (1989), en los que se usan los autovalores medios y del percentil 95. El ajuste de la estructura factorial fue examinado a partir de los índices: chi-cuadrado (χ^2), los valores de los residuos cuadráticos medios estandarizados (SRMR), índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de Tucker-Lewis (TLI) y, el índice del error de

aproximación cuadrático medio (RMSEA). Una valoración de ajuste aceptable fue establecida si los valores de los índices anteriormente descritos eran: $RMSEA \leq 0,06$, $90\% CI \leq 0,08$, $SRMR \leq 0,08$ and CFI and $TLI \geq 0,95$ (Brown, 2015; Hu y Bentler, 1998). También se calculó el coeficiente de alfa de Cronbach para el cuestionario y los factores obtenidos. Se realizaron correlaciones de Pearson para explorar las asociaciones entre las variables del estudio. Debido al alto número de correlaciones se aplicó la corrección de Bonferroni. Siguiendo este método solo las correlaciones con valores de significación (p) menores a 0,003 fueron consideradas estadísticamente significativas. Para analizar diferencias entre cuidadores en función del sexo y parentesco con la persona cuidada, se utilizaron pruebas t de Student para muestras independientes para analizar diferencias en función del sexo, y un análisis ANOVA para explorar diferencias en función del parentesco, incluyendo el cálculo de los tamaños del efecto (El valor d de Cohen para la prueba t de Student y el de eta cuadrada para los análisis ANOVA). Sólo se tuvieron en cuenta los parentescos de hijas/os y esposas/os cuidadores ya que las otras categorías de parentesco (p. ej., nueras y otros familiares) estaban compuestas por muy pocos casos ($n= 2$). Los análisis EFA se realizaron con el programa Mplus 7.0 (Muthén y Muthén, 2012), mientras que, para los análisis descriptivos, de fiabilidad y de correlaciones se utilizó el programa SPSS v. 27.

Resultados

Estructura factorial del "Cuestionario de asertividad en el cuidado" (CAQ)

El índice de fiabilidad (alfa de Cronbach) del conjunto inicial de 15 ítems fue 0,74. A pesar de la fiabilidad aceptable del instrumento, tres ítems mostraron correlaciones con la puntuación total menores que 0,20 y por lo tanto fueron eliminados de los siguientes análisis.

El valor KMO fue 0,69 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa, $\chi^2(105)= 490,149$; $p < 0,001$. Se realizó un AFE con los 12 ítems. Los resultados del primer AFE mostraron una solución de tres factores. Sin embargo, tres ítems mostraron saturaciones factoriales menores de 0,40 ("Pido ayuda a mis familiares para tener tiempo para mis necesidades personales y hobbies", "Me resulta difícil pedir a mis familiares favores", "Me resulta difícil decir que no a un familiar cuando me pide un favor") y por lo tanto fueron eliminados. El valor KMO para la selección final de ítems fue 0,68 y el test de esfericidad de Bartlett para la muestra final de ítems fue significativo ($p < 0,00$), lo cual indica que la matriz de correlaciones tiene correlaciones significativas entre al menos algunas de las variables. Se realizó un segundo AFE con los ítems finales. Los resultados mostraron de nuevo una estructura de tres factores con autovalores de 3,21, 1,70 y 1,36 respectivamente, con todos los ítems mostrando saturaciones factoriales iguales o mayores de 0,40.

La estructura de tres factores mostró un ajuste excelente del modelo a los datos, $\chi^2(36)= 783,769$; $p < 0,001$; $RMSEA= 0,033$, $90\% CI (0,000-0,094)$; $CFI= 1,00$; $TLI= 0,992$, y $SRMR= 0,028$, y explicó un 69,63% de la varianza en esta variable. Adicionalmente, análisis paralelos confirmaron los tres factores retenidos,

dado que los valores propios obtenidos para los tres factores, 3,21, 1,70 y 1,36, fueron más altos que los valores propios medios y del percentil 95 simulados para cada factor (1,48, 1,29 y 1,19, respectivamente). La estructura factorial final se muestra en la tabla 2.

El primer factor se denominó “Expresión de malestar” y explicó un 35,67% de la varianza en asertividad. Este primer factor estaba compuesto por tres ítems que agrupaban los intentos de la persona cuidadora de expresar su estrés y malestar derivado de las acciones de otros familiares. El segundo factor estuvo formado por los tres ítems inversos que evaluaban conductas de la persona cuidadora (p. ej., ocultar emociones) realizadas con el fin de evitar conflictos y confrontaciones con otros familiares. Este segundo factor se denominó “Afrontamiento de conflictos” y explicó un 18,85% de la varianza. Finalmente, el tercer factor, denominado “Establecimiento de límites”, explicó un 15,11% de la varianza en asertividad. Los tres ítems que forman parte de este factor evalúan la habilidad del cuidador para decir que no y establecer límites con otros con el fin de proteger los propios intereses y necesidades.

Tabla 2

Saturaciones factoriales de los ítems del “Cuestionario de asertividad en el cuidado” (CAQ)

Ítems	F1	F2	F3
1. Cuando alguien de mi familia se comporta de forma que me resulta incómoda o injusta, hablo con él/ ella y le pido que cambie su comportamiento	1,00	0,00	- 0,35
2. Cuando un familiar hace algo que me molesta, le comunico mi malestar	0,85	- 0,10	0,00
3. Si algún familiar ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, trato de hablar con él/ ella cuanto antes para dejar las cosas claras	0,61	- 0,16	0,02
4. Suelo reprimir mis emociones para evitar conflictos con mis familiares	0,17	0,93	0,00
5. Prefiero ceder, callarme, o “quitarme de en medio” para evitar problemas con mis familiares	- 0,02	0,82	0,08
9. Evito pedir ayuda a otros familiares por miedo a que se molesten o a que pueda generar un conflicto entre nosotros	0,16	0,52	- 0,04
7. Sé “delegar”, esto es, compartir el cuidado de mi familiar con otros familiares	0,23	0,04	0,40
11. Cuando alguien de mi familia me pide algo que no me apetece hacer o no considero que deba hacer, sé decirle que NO	0,02	- 0,25	0,56
12. Cuando la persona a quien cuido demanda mi atención o mis cuidados de forma excesiva, sé cómo poner límites	- 0,04	- 0,01	0,84

Notas: el número del ítem es el que presentaba en la lista inicial de 15 ítems. En negrita se presentan las saturaciones de los ítems que pertenecen al factor.

Fiabilidad del "Cuestionario de asertividad en el cuidado" (CAQ)

El alfa de Cronbach para la puntuación total del CAQ fue 0,74. El valor del alfa de Cronbach fue de 0,79 para el primer factor, 0,68 para el segundo y 0,59 para el tercer factor.

Datos descriptivos de "Cuestionario de asertividad en el cuidado" (CAQ)

La tabla 3 muestra las medias, desviaciones típicas y rangos del cuestionario completo y los factores del CAQ, así como de las otras variables evaluadas.

Tabla 3
Datos descriptivos de las variables evaluadas

Variables (instrumentos)	<i>M</i>	<i>DT</i>	Rango
Asertividad en el cuidado (puntuación total CAQ)	12,41	5,53	1-27
F1. Expresión de malestar	4,13	2,82	0-9
F2. Afrontamiento de conflictos	4,12	2,61	0-9
F3. Establecimiento de límites	4,11	2,48	0-9
Depresión (CES-D)	22,59	11,74	1-51
Ansiedad (POMS)	20,15	9,43	1-76
Evitación experiencial (EACQ)	45,46	9,49	19-63
Fusión cognitiva (CFQ)	27,11	9,99	7-49
Ocio (PES-AD)	21,57	5,88	8-36
Pensamientos disfuncionales (DTCQ)	25,55	14,30	0-64
Apoyo social (3 ítems del SSQ)	2,52	1,62	0-8,33
Satisfacción con el apoyo social (3 ítems del SSQ)	4,93	1,17	1-6
Frecuencia de SPCD (RMBPC)	36,73	15,83	1-84
Reacción a los SPCD (RMBPC)	18,92	17,30	0-76
PAM	96,10	12,71	66,78-144,78

Nota: CAQ= Cuestionario de asertividad en el cuidado; CES-D= Escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos; POMS= Perfil del estado de ánimo; EACQ= Cuestionario de evitación experiencial en el cuidado; CFQ= Cuestionario de fusión cognitiva; PES-AD= Cuestionario de eventos placenteros; DTCQ= Cuestionario de pensamientos disfuncionales sobre el cuidado; SSQ= Cuestionario de apoyo social; SPCD= Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia; RMBPC= Listado de problemas de memoria y de conducta revisado; PAM= presión arterial media.

Asociaciones entre las variables

Las correlaciones de Pearson entre las variables evaluadas se muestran en la tabla 4. Siguiendo la corrección Bonferroni solo aquellas asociaciones con valores *p* menores a 0,003 fueron consideradas como significativas. El CAQ se asoció de manera positiva y significativa con la frecuencia de actividades de ocio, ($r= 0,37$; $p < 0,003$). Respecto al primer factor (Expresión de malestar), éste mostró asociaciones positivas y significativas con ocio ($r= 0,24$; $p < 0,003$). El segundo factor (Afrontamiento de conflictos) correlacionó de manera negativa y significativa con evitación experiencial ($r= -0,30$; $p < 0,003$), y fusión cognitiva ($r= -0,30$; $p < 0,003$); y de manera positiva

Tabla 4
Correlaciones entre las variables del estudio

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Edad															
2. Depresión	-0,07														
3. Ansiedad	-0,11	0,68*													
4. Evitación experiencial	0,32*	-0,04	-0,03												
5. Fusión cognitiva	-0,17	0,52*	0,43*	0,12											
6. Ocio	-0,03	-0,37*	-0,30*	0,08	-0,12										
7. Pensamientos disfuncionales	0,46*	0,01	-0,09	0,48*	0,02	-0,05									
8. Apoyo social	0,03	-0,11	-0,02	0,07	-0,14	0,15	-0,12								
9. Satisfacción con apoyo social	0,12	-0,15	-0,19	0,05	-0,25*	0,11	0,1	0,19							
10. Frecuencia de SPCD	-0,25*	0,26*	0,31*	-0,26*	0,22	-0,15	-0,32*	0,03	-0,03						
11. Reacción a los SPCD	-0,11	0,36*	0,33*	-0,17	0,26*	-0,20	-0,16	0,05	-0,004	0,63*					
12. PAM	0,29*	0,01	0,02	0,17	-0,1	-0,12	0,22	-0,04	-0,009	-0,05	-0,11				
13. CAQ total	-0,20	-0,21	-0,11	-0,21	-0,22	0,37*	-0,16	0,21	0,24	0,05	-0,02	-0,20			
14. CAQ F1	-0,22	0,01	0,08	-0,04	0,03	0,24*	-0,03	0,18	0,1	0,09	0,08	-0,13	0,76*		
15. CAQ F2	-0,06	-0,22	-0,09	-0,30*	-0,30*	0,25*	-0,18	0,15	0,20	0,02	0,03	-0,13	0,66*	0,25*	
16. CAQ F3	-0,17	-0,23	-0,22	-0,11	-0,22	0,30*	-0,13	0,06	0,20	-0,02	-0,15	-0,15	0,67*	0,29*	0,15

Notas: SPCD= síntomas psicológicos y conductuales de la demencia; PAM= presión arterial media; CAQ= Cuestionario de asertividad en el cuidado; FI= Expresión de malestar; F2= Afrontamiento de conflictos; F3= Establecimiento de límites. * $p < 0,003$.

con ocio ($r= 0,25$; $p < 0,003$). Finalmente, el tercer factor (Establecimiento de límites) presentó asociaciones positivas con ocio ($r= 0,30$; $p < 0,003$).

Diferencias por edad y parentesco

La puntuación media en el CAQ para mujeres cuidadoras ($M= 11,89$; $DT= 5,72$) fue estadísticamente más baja ($t= -2,05$; $p < 0,05$) que la de los hombres cuidadores ($M= 14,09$; $DT= 4,59$), con un tamaño del efecto (d de Cohen) de 0,40. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el factor 2 (Afrontamiento de conflictos) ($t= -2,05$; $p < 0,05$), mostrando las mujeres cuidadoras puntuaciones más bajas ($M= 5,12$; $DT= 2,60$) que los hombres cuidadores ($M= 4,09$; $DT= 2,48$; d de Cohen= 0,40). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres cuidadores en los factores 1 (Expresión de malestar) ($t= -1,01$; $p > 0,05$) o 3 (Establecimiento de límites) ($t= -1,37$; $p > 0,05$).

En cuanto al parentesco, la comparación entre cuidadores cónyuges e hijos mostró una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación total del CAQ ($t= -2,19$; $p < .05$; con un tamaño del efecto (η^2) de 0,29), y en el factor 2 (Afrontamiento de conflictos) ($F= 3,25$; $p < 0,05$; $\eta^2= 0,25$), con una tendencia cercana a la significación en el factor 3 (establecimiento de límites) ($t= -1,78$; $p= 0,07$). Los cuidadores cónyuges mostraron puntuaciones más bajas que los hijos en asertividad. El análisis al cruzar sexo y parentesco mostró diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total del CAQ ($F= 4,04$; $p < 0,01$), y en el factor 2 (Afrontamiento de conflictos) ($F= 3,25$; $p < 0,05$; $\eta^2= 0,29$), con una tendencia cercana a la significación estadística en el factor 3 (Establecimiento de límites) ($F= 2,67$; $p= 0,051$), pero no en el factor 1 (Expresión de malestar) ($F= 1,95$; $p > 0,05$; $\eta^2= 0,32$). Específicamente, las pruebas *post-hoc* HSD de Tukey revelaron que las diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total del CAQ se encontraban entre las esposas ($M= 10,31$; $DT= 4,27$) y el resto de los grupos de parentesco/sexo: esposos ($M= 14,80$; $DT= 4,04$), hijas ($M= 12,56$; $DT= 6,04$) e hijos cuidadores ($M= 14,64$; $DT= 4,29$). Con relación a los factores 2 y 3 del CAQ, las diferencias entre grupos se encontraron de nuevo entre las esposas (factor 2: $M= 3,27$; $DT= 2,43$; factor 3: $M= 3,34$; $DT= 2,50$) y los esposos (factor 2: $M= 5,80$; $DT= 2,15$; factor 3: $M= 5,30$; $DT= 1,63$) e hijos cuidadores (factor 2: $M= 4,41$; $DT= 2,67$; factor 3: $M= 4,76$; $DT= 2,10$), pero no con las hijas (factor 2: $M= 4,21$; $DT= 2,55$; factor 3: $M= 4,21$; $DT= 2,53$).

Discusión

El objetivo del presente estudio fue presentar las propiedades psicométricas de un nuevo instrumento desarrollado para evaluar las habilidades asertivas de cuidadores familiares de personas con demencia en el contexto de sus interacciones con la persona cuidada y otros familiares. El desarrollo del Cuestionario de asertividad en el cuidado (CAQ) vino motivado por la falta de medidas disponibles para evaluar las habilidades asertivas específicamente en cuidadores en el contexto

concreto de sus interacciones familiares, incluyendo aquellas con la persona cuidada (Pinto *et al.*, 2016). Los resultados del estudio sugieren que el CAQ presenta adecuadas características psicométricas y por lo tanto puede ser utilizado en el contexto clínico e investigador para evaluar las habilidades de los cuidadores familiares de personas con demencia para utilizar una comunicación directa y eficaz con la persona cuidada y otros familiares en el contexto del cuidado, expresar sus sentimientos y opiniones, establecer límites en el cuidado, y no evitar conflictos. Es importante destacar que, a pesar de la disponibilidad de instrumentos previos para evaluar habilidades comunicativas en cuidadores de adultos mayores (Queluz *et al.*, 2018), el CAQ es un instrumento innovador ya que permite la evaluación de habilidades asertivas específicas del contexto familiar, tales como la actitud receptiva a los conflictos o el establecimiento de límites en la interacción con la persona cuidada u otros familiares.

Específicamente, los resultados del presente estudio revelaron que el CAQ muestra una adecuada fiabilidad, reflejada por la aceptable consistencia interna de la puntuación total del cuestionario. La validez de constructo del cuestionario está apoyada por una estructura factorial de tres factores (“Expresión de malestar”, “Afrontamiento de conflictos” y “Establecimiento de límites”) que explican un importante porcentaje de la varianza en esta variable, con todos sus ítems mostrando saturaciones altas en el factor. La validez de constructo del CAQ también se apoya por su relación significativa con variables psicológicas relevantes en el proceso de estrés y afrontamiento en el cuidado (Knight y Sayegh, 2010). Específicamente, la puntuación total en asertividad de los cuidadores se asoció positivamente con frecuencia de actividades de ocio, sugiriendo su potencial papel como facilitador para la realización de actividades placenteras. A pesar de que no se identificaron asociaciones significativas entre las puntuaciones en el CAQ y el malestar en el cuidador (síntomas de depresión y ansiedad), la relación entre el CAQ y el ocio podría estar reflejando el potencial papel del ocio como un mediador en la relación entre la asertividad del cuidador y su bienestar psicológico.

La estructura de correlaciones sugiere que la subescala “Afrontamiento de conflictos” (factor 2) es el único que muestra un gran número de asociaciones con el resto de las variables. Específicamente, el afrontamiento de conflictos está inversamente asociado con la evitación experiencial y la fusión cognitiva, los cuales son considerados marcadores psicopatológicos centrales en la aproximación contextual a la salud psicológica (Hayes, Strosahl y Wilson, 2011). Estas asociaciones apoyan la validez de constructo y la relevancia de la actitud de los cuidadores para comportarse de manera asertiva (expresando opiniones y sentimientos o pidiendo ayuda) a pesar de que estos comportamientos pudieran potencialmente causar conflictos con otros familiares. Esta habilidad podría ser particularmente útil en el contexto estresante del cuidado familiar. Estas asociaciones, junto con las correlaciones significativas identificadas entre la frecuencia de actividades de ocio y la puntuación total del CAQ y sus tres subescalas, refuerzan el rol adaptativo de la asertividad en el cuidado de personas con demencia, y sugiere que esta variable puede ser conceptualizada como una clave fundamental para las conductas de afrontamiento adaptativas. Estos resultados sugieren que el CAQ puede ser una herramienta muy útil en contextos de intervención, proporcionando información

importante relacionada con áreas vulnerables del cuidador en el afrontamiento adaptativo.

Los resultados obtenidos son consistentes con muchos de los estudios analizados en la revisión sistemática llevada a cabo por Queluz *et al.* (2019), la cual explora habilidades sociales en cuidadores de adultos mayores frágiles. Esta revisión comprende 11 estudios y fue consistente en sus resultados: los cuidadores con buenas habilidades sociales y comunicativas tenían mayor calidad de vida, menores niveles de carga, y mejor ajuste psicológico que los cuidadores con un repertorio de habilidades limitado. Unas buenas habilidades sociales y comportamientos socialmente competentes pueden afectar el bienestar de los cuidadores familiares y la calidad de sus relaciones interpersonales (Barham y Pereira del Prette, 2016).

En el presente estudio, las mujeres mostraron menores niveles de asertividad en comparación con los hombres, algo que también se ha observado previamente en población general (Feingold, 1994). Es interesante destacar que estas diferencias de sexo se observaron en el cuestionario general y en el factor "Afrontamiento de conflictos" pero no en los otros dos factores "Expresión de malestar" y "Establecimiento de límites". Estos resultados pueden ser de especial relevancia, dado que la mayoría de los cuidadores familiares de personas con demencia son mujeres (Alzheimer's Association, 2019) y que, como ya se ha comentado anteriormente, en el presente estudio este factor del cuestionario ha mostrado tener las mayores asociaciones significativas con dimensiones relevantes del estrés y afrontamiento en el cuidado.

Los resultados obtenidos tienen importantes implicaciones clínicas, dado que destacan la relevancia de incluir la asertividad en el diseño de protocolos de evaluación integrales, y como objetivo de intervenciones dirigidas a ayudar a los cuidadores a desarrollar estrategias de afrontamiento más adaptativas para lidiar con el cuidado en las demencias. A pesar de que algunos aspectos de las habilidades asertivas (p. ej., pedir ayuda) han sido incluidas en intervenciones cognitivo-conductuales con cuidadores (Losada *et al.*, 2006; Losada *et al.*, 2015; Márquez-González *et al.*, 2007), mejorar la asertividad global de los cuidadores o factores específicos podría ser un objetivo importante para permitirles aprender y desarrollar otras estrategias adaptativas tales como la implicación en actividades de ocio, o el apoyo social. De hecho, un programa de intervención corto para aumentar habilidades asertivas en cuidadores puede mostrar resultados positivos, como ya se ha hecho en otras poblaciones no cuidadoras (p. ej., Omura *et al.*, 2017). Además, puede ser interesante para futuros estudios explorar más en profundidad el papel de la asertividad en intervenciones psicoterapéuticas o psicoeducativas, dado que esta variable podría actuar como un mecanismo de acción relevante para entender la eficacia de estos tipos de intervenciones en cuidadores.

Es importante reconocer ciertas limitaciones del presente estudio, como la baja consistencia interna del tercer factor ("Establecimiento de límites"). Además, la naturaleza transversal no permite identificar relaciones causales entre las variables analizadas, un aspecto que podría ser muy útil para comprender los mecanismos a través de los cuales funciona la asertividad. Son necesarios estudios longitudinales con el CAQ para confirmar los resultados obtenidos. Además, la muestra está

compuesta por cuidadores españoles que participaron de manera voluntaria en el estudio, un hecho que podría limitar la generalización de los resultados. Por otro lado, el valor KMO se encontró por debajo de 0,7 y, siguiendo las indicaciones de Shrestha (2021), los valores entre 0,6 y 0,69 no son óptimos. Este aspecto podría estar influyendo en los resultados, y futuros estudios deberían replicar estos resultados en una muestra mayor. Teniendo en cuenta el impacto de variables socioculturales y contextuales en el proceso de estrés del cuidado, como el familismo (p. ej., Losada *et al.*, 2006), es necesaria la investigación en diferentes contextos culturales.

A pesar de estas limitaciones, los resultados del estudio sugieren que el CAQ puede ser un instrumento útil a tener en consideración a la hora de diseñar protocolos de evaluación integrales para cuidadores familiares de personas con demencia y para diseñar intervenciones dirigidas a mejorar su habilidad de afrontar el cuidado de manera adaptativa y eficaz.

Referencias

- Abdelaziz, E. M., Diab, I. A., Ouda, M. M. A., Elsharkawy, N. B. y Abdalkader, F. A. (2020). The effectiveness of assertiveness training program on psychological wellbeing and work engagement among novice psychiatric nurses. *Nursing Forum*. doi: 10.1111/nuf.12430
- Alberti, R. E. y Emmons, M. L. (2008). *Your perfect right: assertiveness and equality in your life and relationships*. Impact Publishers.
- Alzheimer's Association. (2019). 2019 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 15(3), 321-387. doi: 10.1016/j.jalz.2019.01.010
- Amspoker, A. B., Hersch, G., Snow, A. L., Wilson, N., Morgan, R. O., Sansgiry, S. y Kunik, M. E. (2019). A psychometric evaluation of the Pleasant Events Schedule–Alzheimer's Disease (Short Version): among a veteran population. *Journal of Applied Gerontology*, 38(5), 673-693. doi: 10.1177/0733464817690675
- Arias, V., Gómez, L. E., Arias, B., Rodríguez, H. y Silva, N. (2014). Evaluación de las habilidades sociales en adultos con discapacidad intelectual: calibración de la escala SPSS-R mediante el modelo de Rasch. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(3), 479-500.
- Bandeira, M., Andrade, J. G., Souza, D. C., Costa, D. y Oliveira, M. S. (2014). Sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: relação com assertividade [Burden in family caregivers of psychiatric patients: relation with assertive behavior]. *Psico-USF*, 19(3), 399-409. doi: 10.1590/1413-82712014019003003
- Bishop, S. (2010). *Develop your assertiveness*. Kogan Page.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Equipo de Investigación CISO-A España (2018). La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 26(1), 23-53.
- Cabrera, I., Márquez-González, M., Gallego-Alberto, L., Pedroso-Chaparro, M. D. S., Barrera-Caballero, S. y Losada, A. (2022). To pay attention or not: the associations between attentional bias towards negative emotional information and anxiety, guilt feelings, and experiential avoidance in dementia family caregivers. *Aging & Mental Health*, 26(2), 328-336. doi: 10.1080/13607863.2021.1871883
- Cabrera, I., Márquez-González, M., Kishita, N., Vara-García, C. y Losada, A. (2020). Development and validation of an Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) to

- measure implicit dysfunctional beliefs about caregiving in dementia family caregivers. *The Psychological Record*, 1-14. doi: 10.1007/s40732-020-00445-8
- Casas-Anguera, E., Prat, G., Vilamala, S., Escandell, M. J., Garcia-Franco, M., Martin, J. R., López, E. y Ochoa, S. (2014). Validación de la versión española del Inventario de asertividad Gambrill y Richey en población con diagnóstico de esquizofrenia. *Anales de Psicología*, 30(2), 431- 437. doi: 10.6018/analesps.30.2.154311
- Feingold, A. (1994). Gender differences in personality: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116(3), 429. doi: 10.1037/0033-2909.116.3.429
- Franzmann, J., Krause, K., Haberstroh, J. y Pantel, J. (2014). Assessment of self-perceived social competencies of caregivers in dementia care: development and psychometric testing of the SOKO dementia. *Geropsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 27(2), 67-73. doi: 10.1024/1662-9647/a000103
- Gambrill, E. D. y Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6(4), 550-561. doi: 10.1016/S0005-7894(75)80013-X
- García-Arista, A. y Reyes-Lagunes, L. I. (2017). Construcción y validación de una escala de asertividad en la relación paciente-médico. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(3), 2793-2801. doi: 10.1016/j.aiappr.2017.11.008
- Gibson, S. J. (1997). The measurement of mood states in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(4), 167-174. doi: 10.1093/geronb/52B.4.P167
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr S, Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S. y Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001
- Gismero, E. (2010). *Manual de la Escala de habilidades sociales* (3ª ed.). TEA.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. Guilford.
- Huertas-Domingo, C., Losada-Baltar, A., Romero-Moreno, R., Gallego-Alberto, L. y Márquez-González, M. (2023). Sociocultural factors, guilt, and depression in family caregivers of people with dementia. Kinship differences. *Aging & Mental Health*. doi: 10.1080/13607863.2023.2195821
- Johnson, M. M., Wackerbarth, S. B. y Schmitt, F. A. (2001). Revised memory and behavior problems checklist. *Clinical Gerontologist*, 22(3-4), 87-108. doi: 10.1300/J018v22n03_09
- Kanade, A. B. (2018). The effect of assertiveness training program on nurses. *Indian Journal of Psychiatric Nursing*, 15, 19 - 23. doi: 10.4103/2231-1505.255708
- Knight, B. G. y Sayegh, P. (2010). Cultural values and caregiving: the updated sociocultural stress and coping model. *The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(1), 5-13. doi: 10.1093/geronb/gbp096
- Lazarus, A. A. (1973). On assertive behavior: a brief note. *Behavior Therapy*, 4(5), 697-699. doi: 10.1016/S0005-7894(73)80161-3
- Lazarus R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Logsdon, R. y Teri, L. (1997). The Pleasant Events Schedule-AD: psychometric properties and relationship to depression and cognition in Alzheimer's Disease Patients. *The Gerontologist*, 37(1), 40-45. doi: 10.1093/geront/37.1.40
- Losada, A., Knight, B. G. y Márquez-González, M. (2003). Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38(2), 116-123. doi: 10.1016/S0211-139X(03)74867-7

- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R. y López, J. (2014). Development and validation of the Experiential Avoidance in Caregiving Questionnaire (EACQ). *Aging & Mental Health*, 18(7), 897-904. doi: 10.1080/13607863.2014.896868
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V. y Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 760. doi: 10.1037/ccp0000028
- Losada, A., Márquez-González, M., Vara, C., Gallego, L., Romero-Moreno, R. y Olazarán, J. (2017). Impacto psicológico de las demencias en las familias: propuesta de un modelo integrador. *Revista Clínica Contemporánea*, 8(4), 1-27. doi: 10.5093/cc2017a4
- Losada, A., Montorio, I., Izal, M. y Márquez-González, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. IMSERSO.
- Losada, A., Peñacoba, C., Márquez-González, M. y Cigarán, M. (2008). *Cuidar cuidándose. Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia*. Ediciones Encuentro.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C. y Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger.
- Macaden, L. (2005). Assertiveness in nursing. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*, 6(2), 5-8.
- Marchezini-Cunha, V. y Tourinho, E. Z. (2010). Assertiveness and self-control: a behavior-analytic interpretation. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 295-304. doi: 10.1590/S0102-37722010000200011
- Márquez-González, M., Losada, A., Izal, M., Pérez-Rojo, G. y Montorio, I. (2007). Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: description and outcomes of an intervention programme. *Aging & Mental Health*, 11(6), 616-625. doi: 10.1080/13607860701368455
- Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Cabrera, I., Olmos, R., Pérez-Miguel, A., & Losada, A. (2020). Tailored versus manualized interventions for dementia caregivers: the functional analysis-guided modular intervention. *Psychology and Aging*, 35(1), 41. doi: 10.1037/pag0000412
- Martínez-López, Z., Páramo Fernández, M. F., Guisande Couñago, M. A., Tinajero Vacas, C., Leandro da Silva Almeida, L. y Rodríguez González, M. S. (2014). Apoyo social en universitarios españoles de primer año: propiedades psicométricas del Social Support Questionnaire-Short Form y el Social Provisions Scale. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46, 102-110. doi: 10.1016/S0120-0534(14)70013-5.
- McNair, D., Lorr, M. y Droppleman, L. (1971). *Profile of Mood States. Manual*. Educational and Industrial Testing Service.
- Muela, J. A., Torres, C. J. y Peláez, E. M. (2001). La evaluación de la asertividad como predictor de carga en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 36(1), 41-45. doi: 10.1016/S0211-139X(01)74681-1
- Nogales-González, C., Losada, A. y Romero-Moreno, R. (2015). Confirmatory factor analysis of the Spanish version of the Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *International Psychogeriatrics*, 27, 683-692. doi: 10.1017/S1041610214002476
- Omura, M., Maguire, J., Levett-Jones, T. y Stone, T. E. (2017). The effectiveness of assertiveness communication training programs for healthcare professionals and students: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 76, 120-128. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.09.001
- Pinto, F. R. y Barham, E. J. (2014). Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: Relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de

- alta dependencia [Social skills and coping strategies: relationship with psychological well-being indicators among caregivers of elderly with high dependency]. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 525-539. doi: 10.1590/1809-9823.2014.13043
- Pinto, F. N. F. R., Barham, E. J. y Prette, Z. A. P. D. (2016). Interpersonal conflicts among family caregivers of the elderly: the importance of social skills. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 26(64), 161-170. doi: 10.1590/1982-43272664201605
- Queluz, F. N. F. R., Barham, E. J. y Prette, Z. A. P. D. (2019). The relationship between social skills and psychosocial adjustment among those who care for older adults. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 29. doi: 10.1590/1982-4327e2917.
- Queluz, F. N. F. R., Barham, E. J., Del Prette, Z. A. P. y dos Santos, A. A. A. (2018). Social Skills Inventory for Caregivers of Elderly Family Members (SSI-CE): relations with indicators of psychological wellbeing. *Temas em Psicologia*, 26(2), 537-549. doi: 10.9788/TP2018.2-01En
- Quinn, C. y Toms, G. (2019). Influence of positive aspects of dementia caregiving on caregivers' well-being: a systematic review. *The Gerontologist*, 59(5), e584-e596. doi: 10.1093/geront/gny168
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Rakos, R. (1991). *Assertive behavior—Theory, research and training*. Routledge.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398-406. doi: 10.1016/S0005-7894(73)80120-0
- Riggio, R. E., Throckmorton, B. y DePaola, S. (1990). Social skills and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 11(8), 799-804. doi: 10.1016/0191-8869(90)90188-W
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D. y Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(1), 117-132.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Shearin, E.N., & Pierce, G.R. (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4(4), 497-510. doi: 10.1177/0265407587044007
- Speed, B. C., Goldstein, B. L. y Goldfried, M. R. (2017). Assertiveness training: a forgotten evidence-based treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), 1-20. doi: 10.1111/cpsp.12216
- Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S. y Vitaliano, P. P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: the Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *Psychology and Aging*, 7(4), 622-631. doi: 10.1037//0882-7974.7.4.622
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press.

RECIBIDO: 22 de febrero de 2022

ACEPTADO: 8 de julio de 2022

Anexo

“Cuestionario de asertividad en el cuidado”

A continuación, aparecen algunas frases que describen formas de comportarse en relación con los familiares. Por favor, responda en qué medida suele usted comportarse de la manera que el ítem describe.

Ítem	Nunca	A veces	Bastantes veces	Siempre
1. Cuando alguien de mi familia se comporta de forma que me resulta incómoda o injusta, hablo con él/ ella y le pido que cambie su comportamiento				
2. Cuando un familiar hace algo que me molesta, le comunico mi malestar				
3. Si algún familiar ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, trato de hablar con él/ ella cuanto antes para dejar las cosas claras				
4. Suelo reprimir mis emociones para evitar conflictos con mis familiares				
5. Prefiero ceder, callarme, o “quitarme de en medio” para evitar problemas con mis familiares				
6. Evito pedir ayuda a otros familiares por miedo a que se molesten o a que pueda generar un conflicto entre nosotros				
7. Sé “delegar”, esto es, compartir el cuidado de mi familiar con otros familiares				
8. Cuando alguien de mi familia me pide algo que no me apetece hacer o no considero que deba hacer, sé decirle que NO				
9. Cuando la persona a quien cuido demanda mi atención o mis cuidados de forma excesiva, sé cómo poner límites				