

Motivos para el cuidado de familiares mayores dependientes y consecuencias de dicho cuidado

Reasons for the care of dependent older families and the consequences of such care

Autora: María José Aguilera-Moreno (1)

Tutor del trabajo: Rafael del Pino-Casado (2), Catalina López-Martínez (2)

Dirección de contacto: mjam0020@red.ujaen.es

Fecha recepción: 18/07/2019

Aceptado para su publicación: 19/12/2019

Fecha de la versión definitiva: 26/02/2020

Resumen

Antecedentes: En el pasado algunos estudios apuntaron que los motivos que se tienen para convertir a una persona en cuidadora de un familiar dependiente podrían influenciar su salud. Sin embargo, hasta la fecha el análisis de los motivos de cuidado ha recibido menos atención de lo que cabría esperar. **Objetivo:** Analizar la relación entre los motivos de cuidado (creencias de obligación y presión social), y la sobrecarga subjetiva, la ansiedad, la depresión y la satisfacción con el cuidado en personas cuidadoras de familiares mayores dependientes. **Diseño:** Estudio descriptivo transversal. **Emplazamiento:** Municipio de Granada (España). **Participantes:** Muestra no probabilística de 58 personas cuidadoras de familiares mayores dependientes. **Mediciones principales:** Creencias de obligación, presión social, sobrecarga subjetiva, ansiedad, depresión y carga objetiva (dedicación al cuidado de la persona cuidadora). **Resultados:** La mayoría de las personas cuidadoras eran mujeres, hijas de la persona cuidada. Se encontró una asociación estadística positiva entre la creencia de obligación y la ansiedad ($r = 0,222$), la depresión ($r = 0,242$) y la satisfacción con el cuidado ($r = 0,387$). Al ajustar por carga objetiva solo se mantuvo significativa la asociación con la satisfacción con el cuidado. Por otro lado, se encontró una asociación estadística positiva entre la presión social y la satisfacción con el cuidado ($r = 0,268$). Sin embargo, ésta no se mantuvo significativa al ajustar por la carga objetiva. **Discusión:** La creencia de obligación podría favorecer la satisfacción con el cuidado de forma independiente a la carga objetiva.

Palabras clave

Cuidadores; Satisfacción; Sobrecarga subjetiva; Ansiedad; Depresión.

Abstract

Background: In the past, some studies pointed out that the reasons for making a person a caregiver of a dependent family member could influence their health. However, to date the analysis of the reasons for care has received less attention than one would expect. **Objective:** To analyze the relationship between the reasons for care (beliefs of obligation and social pressure), and subjective overload, anxiety, depression and satisfaction with the care of people in informal caregivers of disabled older relatives. **Design:** Cross-sectional descriptive study. **Location:** City of Granada (Spain). **Participants:** Non-probabilistic sample of 58 caregivers of dependent elderly relatives. **Main measurements:** Beliefs of obligation, social pressure, subjective overload, anxiety, depression and objective burden (dedication to the caregiver's care). **Results:** The majority of the caregivers were women, daughters of the person cared. A positive statistical association was found between the belief of obligation and anxiety ($r = 0.222$), depression ($r = 0.242$) and satisfaction with care ($r = 0.387$). When adjusting for objective load, only the association with satisfaction with care remained significant. On the other hand, a positive statistical association was found between social pressure and satisfaction with care ($r = 0.268$). However, this did not remain significant when adjusting for the objective load. **Discussion:** The belief of obligation could mean more satisfaction with care independently of the objective burden.

Key words

Caregivers; Satisfaction; Subjective overload; Anxiety; Depression.

Categoría profesional

(1) DUE, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España. (2) Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, Jaén, España.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de las personas mayores dependientes es un importante reto en las sociedades desarrolladas, debido fundamentalmente al incremento de enfermedades crónicas y degenerativas y a que dicho cuidado recae fundamentalmente en la familia (1,2).

El cuidado de un familiar dependiente ha demostrado tener consecuencias negativas en la salud de las cuidadoras (3). La sobrecarga, la ansiedad y la depresión son destacables en tanto su magnitud como su significado. Un estudio reveló que entorno al 59% de los cuidadores de pacientes geriátricos con dependencia física padecía algún grado de sobrecarga (4). Además se ha visto que la ansiedad significativa afecta a aproximadamente una cuarta parte de los cuidadores de personas con demencia (5). Por otro lado, varios estudios han situado la prevalencia de la depresión en las cuidadoras de personas de edad avanzada entre 26 a 57% (6-8).

Los motivos culturales por los que las personas deciden cuidar a un familiar mayor parecen tener un papel importante en la salud de las personas cuidadoras. Según un estudio de Lyonette y Yardley, las motivaciones relacionadas con las presiones externas (es decir, culpabilidad o la expectativa de cuidado de la persona mayor) predijeron significativamente un mayor estrés en el cuidador, mientras que las relacionadas con los deseos internos de adoptar el rol de cuidado (es decir, vivir según los principios o la naturaleza afectiva) fueron predictores significativos de satisfacción del cuidador (9). La teoría de la autodeterminación de Ryan y Deci explicaba la posible multidimensionalidad del concepto de obligación: el sentimiento del deber podía estar motivado por creencias personales o demandas sociales (10). Es posible que la obligación a través de las demandas sociales se asocie positivamente con la sobrecarga subjetiva y la obligación basada en creencias personales se asocie negativamente a ésta, pero estas cuestiones deben investigarse más a fondo. Al respecto, los hallazgos de Romero-Moreno et al. apoyaron la suposición anterior (11). Además, Del Pino et al., validaron un cuestionario en la población española sobre los motivos de cuidado donde las creencias personales se incluyeron en la dimensión "creencias de obligación", y las demandas sociales se incluyeron en la dimensión "presión social". Sus hallazgos apoyan la hipótesis de que la obligación externa está relacionada con las consecuencias negativas del cuidado, mientras que la obligación interna protege de estas consecuencias (12).

El análisis de los motivos de cuidado ha recibido poca atención hasta la fecha, y mucho menos de lo que se esperaría teniendo en cuenta los instrumentos de medición validados disponibles y su influencia en la salud de las cuidadoras. Considerando que estos motivos pueden influenciar las consecuencias tanto positivas como negativas que resultan de la acción de cuidar, su estudio puede proporcionar información relevante para el establecimiento de una adecuada relación entre los motivos externos e internos y las consecuencias negativas de cuidar. Esto permitiría identificar perfiles de riesgo útiles para la prevención de las consecuencias mediante detección e intervención precoz.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

El presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre los motivos culturales (creencias de obligación y presión social) y la sobrecarga subjetiva, la depresión, la ansiedad y la satisfacción con los cuidados en personas cuidadoras de mayores dependientes. La hipótesis a contrastar es que las creencias de obligación se acompañan de menor sobrecarga subjetiva, menor ansiedad, menor depresión y mayor satisfacción de los cuidados, mientras que la presión social se relaciona con mayor sobrecarga subjetiva, mayor ansiedad, mayor depresión y menor satisfacción.

METODOLOGÍA

Diseño

Se ha utilizado un diseño descriptivo transversal.

Participantes

El estudio se llevó a cabo en la zona geográfica de Loja, en el Distrito Metropolitano de Granada, cuya población es de 20.469 habitantes, según datos del pasado año 2017 en el INE (13). Nuestra población fueron las personas cuidadoras de familiares mayores dependientes con, al menos, un grado II de dependencia reconocido, (318 sujetos según el censo de los Servicios Sociales de personas mayores dependientes no institucionalizadas) (14). Se realizó un muestreo no probabilístico (por conveniencia) en dicho núcleo de población. El tamaño muestral conseguido (n=58 sujetos), permitió detectar un coeficiente de correlación de al menos 0,31 con una potencia del 80% y una seguridad del 95%.

Recogida de datos

La recogida de datos fue llevada a cabo en 2018, mediante cuestionarios autocumplimentados en sobres cerrados en el domicilio de la persona cuidadora. Previamente, las personas cuidadoras fueron contactadas por el cuidador formal de su familiar mayor dependiente, siendo informadas del estudio coincidiendo con una visita domiciliaria, confirmando su participación y concretando la fecha de la entrega de los cuestionarios. Se les notificó a los participantes que únicamente tendrían acceso a los datos los profesionales de salud encargados de su análisis, los cuales no tenían ninguna relación previa con las personas cuidadoras ni con las personas cuidadas. La privacidad de los datos de identificación se garantizó en todo el proceso de muestreo y reclutamiento, así como en el resto del estudio. De las personas cuidadoras a las que se le ofertó la inclusión en el estudio, tres se negaron a participar en el estudio. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la provincia de Granada. Todos los participantes en el estudio firmaron el consentimiento informado.

Mediciones

Como variables sociodemográficas para describir la muestra se recogieron la edad y el sexo de la persona cuidadora, el parentesco con la persona cuidada, la antigüedad de la labor cuidadora, la edad y sexo de la persona cuidada y el tipo de dependencia. Como variables relacionadas con la hipótesis de estudio se midieron: 1) las dimensiones de creencias de obligación y presión social medidas a través del cuestionario de Motivos para el Cuidado, validado en la población española por del-Pino-Casado et al. (15); 2) la sobrecarga subjetiva, medida mediante el Índice de Esfuerzo del Cuidador de Robinson (16), validado en población española por López Alonso y Moral Serrano(17); 3) ansiedad y depresión, medidas mediante la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg (18), validada en la población española por Montón et al. (19) y 4) variable potencial de confusión, relacionada con la carga objetiva y definida en base a la evidencia disponible sobre los principales factores relacionados con la sobrecarga subjetiva, la depresión y la ansiedad (20, 21): dedicación de la persona cuidadora, medida con la Escala de Dedicación al Cuidado (DeCuida), validada por Serrano-Ortega et al. (22), que mide frecuencia de los cuidados teniendo en cuenta el nivel de dependencia de la persona cuidada en cada actividad de la vida diaria básica.

En el cuestionario de Motivos para el Cuidado, el sentido de la obligación como motivo para el cuidado se midió en dos dimensiones: una dimensión interna representada por las creencias de obligación y una dimensión externa representada por la presión social. Las escalas se desarrollaron a partir de una revisión de la literatura sobre los motivos del cuidado y los resultados de 12 entrevistas en profundidad con los cuidadores familiares de ancianos discapacitados. Dos jueces independientes evaluaron la literatura y analizaron las entrevistas a través del análisis de contenido. Al final de la revisión de la literatura y las entrevistas, se generaron 16 ítems, 11 por creencias de obligación y 5 por presión social. Luego, se constituyó un panel de 15 expertos (profesionales de la salud con al menos 5 años de experiencia en el cuidado de cuidadores de personas mayores con discapacidad) para analizar la adecuación de los ítems para las construcciones medidas. Se pidió a los expertos que expresaran su acuerdo con la adecuación de los ítems para la construcción medida. Los autores seleccionaron los ítems con un acuerdo de 70% o más (6 ítems; 3 por creencias de obligación y 3 por presión social). Para analizar la validez de constructo de la medida, se realizó un análisis factorial exploratorio con factores de eje principales y rotación directa de oblimin. En este análisis, los autores obtuvieron dos factores con valores propios superiores a 1, lo que explica el 61,7% de la varianza. Estos factores coincidieron con las dimensiones de las creencias de obligación y presión social. Además, un análisis factorial confirmatorio a través del modelado de ecuaciones estructurales (SEM) arrojó excelentes índices de ajuste. En cuanto a la consistencia interna, los valores alfa de Cronbach obtenidos fueron 0.74 para creencias de obligación, 0.66 para presión social y 0.70 para ambas dimensiones. Finalmente, se realizó una prueba piloto para evaluar la comprensión y la aceptabilidad de las escalas al entrevistar a 20 cuidadores familiares de ancianos discapacitados (15).

El Índice de Esfuerzo del Cuidador (IEC) se desarrolló con una muestra de cuidadores, de entre 22 y 83 años, que brindaron diversos grados de atención a pacientes recientemente operados de cirugía de cadera y pacientes cardíacos de 65 años o más. La consistencia interna (alfa de Cronbach) para IEC de 13 ítems en 81 casos fue de 0.86. Se obtuvo evidencia de validez de constructo en tres áreas: características del ex paciente; percepciones subjetivas de la relación de cuidado por parte de los cuidadores; y salud emocional de los cuidadores. Los resultados indican que el IEC fue capaz de identificar el esfuerzo del cuidador en la muestra estudiada y que se trata de un instrumento breve y fácil de administrar (16).

Un estudio se llevó a cabo para conocer las propiedades psicométricas del Índice de Esfuerzo del Cuidador (IEC) sobre la población española. Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal realizado con una muestra de 215 cuidadores de pacientes crónicos, oncológicos y agudos. La fiabilidad interna es de 0.808, el área bajo la curva ROC asociada a la depresión y ansiedad son de 0.791 y 0.814. Como conclusión, se pudo afirmar que el IEC es un instrumento de fácil administración por su brevedad que presenta su mejor utilidad para el cribado del sobreesfuerzo percibido por el cuidador (17).

La Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg se creó para ayudar a los médicos generales y a todos aquellos que no fuesen psiquiatras a reconocer mejor las enfermedades mentales. Para ello se obtuvieron escalas cortas para medir la ansiedad y la depresión mediante un análisis de rasgos latentes. Ésta proporciona medidas dimensionales de la gravedad de cada trastorno. El conjunto completo de nueve preguntas debe administrarse sólo si hay respuestas positivas a las primeras cuatro. Cuando se evaluaron contra el conjunto completo de 60 preguntas contenidas en el programa de evaluación psiquiátrica, tuvieron una especificidad del 91% y una sensibilidad del 86% (18).

En la Escala de Dedicación al Cuidado (DeCuida), el valor del alfa de Cronbach fue 0,86. El coeficiente de correlación intraclase para la fiabilidad test-retest fue de 0,96 y para la concordancia interobservadores fue de 0,88. Al dividir la muestra en 2 grupos en función del nivel de sobrecarga (presencia y ausencia), la puntuación de la escala fue significativamente diferente en cada grupo ($p = 0,001$). El análisis factorial reveló la existencia de un único factor que explicaba el 64% de la varianza. Ésta escala permite una adecuada medición de la dedicación al cuidado en la esfera de las ABVD en personas cuidadoras de mayores dependientes, ya que es un instrumento de fácil y rápida administración, que fue bien aceptado por las personas cuidadoras, presentando resultados psicométricos y ajustándose a la frecuencia de dedicación, al tipo de necesidad atendida y al nivel de dependencia de cada necesidad (22).

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo se han utilizado la frecuencia absoluta y relativa (porcentaje) para las variables cualitativas, y la media y la desviación tí-

pica (DT) para las variables cuantitativas. Para el análisis bivariante se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente, para analizar la relación entre creencias de obligación y presión social y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión, controlando por un potencial factor de confusión, se ha utilizado la regresión lineal múltiple (método Intro). El nivel de significación estadística se fijó en el 5%. El programa estadístico SPSS v23.0 fue utilizado para los distintos análisis.

RESULTADOS

La muestra de estudio estuvo formada por 58 personas cuidadoras familiares, con una media de edad de 55,12 años (DT: 8,7) y una antigüedad en el cuidado promedio de 90,31 meses (DT: 81,14), y de las cuales el 78% (45) eran mujeres, el 59% (34) eran hijas o hijos de dicha persona, el 14% (8) cónyuges y el 5% (3) yernos o nueras. Los datos descriptivos de las variables del estudio se resumen en la **tabla 1**.

Creencia de obligación y sobrecarga subjetiva

En el análisis bivariante (**tabla 2**), la creencia de obligación no presentó asociación estadística con la sobrecarga subjetiva ($r = 0,06$). Tras controlar por la carga objetiva (dedicación al cuidado) mediante una regresión lineal múltiple, tampoco se encontró asociación estadística entre la creencia de obligación y la sobrecarga subjetiva ($\beta = 0,029$). El modelo final, en el que también aparecen como variables predictoras la dedicación al cuidado y la presión social, explicó un 5,3% de la varianza de la sobrecarga subjetiva (**tabla 3**).

Creencia de obligación y ansiedad

En el análisis bivariante (**tabla 2**), la creencia de obligación presentó una asociación estadística positiva y baja con la ansiedad ($r = 0,222$; $p < 0,05$). Tras controlar por la carga objetiva (dedicación al cuidado) mediante una regresión lineal múltiple, no se encontró asociación estadística entre la creencia de obligación y la ansiedad ($\beta = 0,159$). El modelo final, en el que también aparecen como variables predictoras la dedicación al cuidado y la presión social, explicó un 33% de la varianza de la ansiedad (**tabla 3**).

Creencia de obligación y depresión

En el análisis bivalente (**tabla 2**), la creencia de obligación presentó una asociación estadística positiva y baja con la depresión ($r = 0,242$; $p < 0,05$). Tras controlar por la carga objetiva (dedicación al cuidado) mediante una regresión lineal múltiple, no se encontró asociación entre la creencia de obligación y la depresión ($\beta = 0,225$). El modelo final, en el que también aparecen como variables predictoras la dedicación al cuidado y la presión social, explicó un 5,9% de la varianza de la depresión (**tabla 3**).

Creencia de obligación y satisfacción en los cuidados

En el análisis bivalente (**tabla 2**), la creencia de obligación presentó una asociación estadística positiva y moderada con la satisfacción en los cuidados ($r = 0,387$; $p < 0,01$). Tras controlar por la carga objetiva (dedicación al cuidado) mediante una regresión lineal múltiple, se encontró asociación estadística entre la creencia de obligación y la satisfacción ($\beta = 0,291$; $p < 0,05$). El modelo final, en el que también aparecen como variables predictoras la dedicación al cuidado y la presión social, explicó un 12% de la varianza de la satisfacción (**tabla 3**). La creencia de obligación explica un 7% de dicha variación (coeficiente de correlación parcial al cuadrado).

Presión social y sobrecarga subjetiva

En el análisis bivalente (**tabla 2**), la presión social no presentó asociación estadística con la satisfacción en los cuidados ($r = 0,090$). Tras controlar por la carga objetiva (dedicación al cuidado) mediante una regresión lineal múltiple, tampoco se encontró asociación estadística entre la presión social y la sobrecarga subjetiva ($\beta = 0,140$). El modelo final, en el que también aparecen como variables predictoras la dedicación al cuidado y la creencia de obligación, explicó un 5,3% de la varianza de la sobrecarga subjetiva (**tabla 3**).

Presión social y ansiedad

En el análisis bivalente (**tabla 2**), la presión social no presentó asociación estadística con la ansiedad ($r = 0,189$). Tras controlar por la carga objetiva (dedicación al cuidado) mediante una regresión lineal múltiple, tampoco se encontró asociación estadística entre la presión social y la ansiedad ($\beta = 0,131$). El modelo final, en el que también aparecen

como variables predictoras la dedicación al cuidado y la creencia de obligación, explicó un 33% de la varianza de la ansiedad (**tabla 3**).

Presión social y depresión

En el análisis bivalente (**tabla 2**), la presión social no presentó asociación estadística con la depresión ($r = 0,129$). Tras controlar por la carga objetiva (dedicación al cuidado) mediante una regresión lineal múltiple, tampoco se encontró asociación estadística entre la presión social y la depresión ($\beta = 0,111$). El modelo final, en el que también aparecen como variables predictoras la dedicación al cuidado y la creencia de obligación, explicó un 5,9% de la varianza de la depresión (**tabla 3**).

Presión social y satisfacción en los cuidados

En el análisis bivalente (**tabla 2**), la presión social presentó una asociación estadística positiva y baja con la satisfacción ($r = 0,268$; $p < 0,05$). Tras controlar por la carga objetiva (dedicación al cuidado) mediante una regresión lineal múltiple, no se encontró asociación estadística entre la presión social y la satisfacción ($\beta = 0,178$). El modelo final, en el que también aparecen como variables predictoras la dedicación al cuidado y la creencia de obligación, explicó un 12% de la varianza de la satisfacción (**tabla 3**).

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, el perfil de la persona cuidadora se correspondió con una mujer de una media de edad de 55.12 años, hija o esposa de la persona receptora de cuidados. Estos datos coinciden con el perfil de persona cuidadora de nuestro país (12).

Nuestros resultados indican que la creencia de obligación puede tener un efecto beneficioso sobre la satisfacción con el cuidado de forma independiente al nivel de necesidad de la persona cuidada y a la dedicación de la persona cuidadora. Nuestros resultados por tanto coinciden con los de Romero-Moreno y sus colaboradores, al mismo tiempo que aumentan la evidencia disponible al estar ajustados por carga objetiva (11). Dado que el porcentaje de explicación de la satisfacción con el cuidado por parte de la creencia de obligación encontrado en nuestro estudio es del 7%, puede que dicho motivo sea un aceptable factor predictor de la satisfacción con el cuidado. El resto de asociaciones no arrojaron suficiente significación estadística al ajustar por la variable de confusión. Sin

embargo, debemos de ser cautos al analizar las no asociaciones debido a la escasa potencia estadística que confiere el tamaño muestral alcanzado y por las limitaciones encontradas al tratarse de una muestra no probabilística. Por tanto, se necesita de futuras investigaciones para asegurar la comprensión de los motivos culturales de cuidado.

Al realizar nuestro estudio sobre una muestra no probabilística, no hemos conseguido controlar los posibles sesgos de selección. Sin embargo, al realizar los análisis ajustando por carga objetiva (necesidades de cuidado de la persona cuidada y dedicación de la persona cuidadora), hemos logrado controlar el sesgo de confusión relacionado con este factor, que es uno de los principales predictores de las consecuencias negativas del cuidado (20, 21). El empleo de cuestionarios validados que han demostrado suficiente consistencia interna en la muestra estudiada y el hecho de que no tuvieran relación con los participantes en el estudio, han servido para controlar los sesgos de clasificación. Al utilizar cuestionarios autoadministrados en sobres cerrados se ha evitado el efecto del investigador pero probablemente esto haya contribuido al aumento del sesgo de clasificación al no entender, posiblemente, las preguntas las personas encuestadas.

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIOSANITARIA DEL ESTUDIO

Se sabe que cuidar a un familiar mayor dependiente puede provocar consecuencias negativas en la salud de la persona cuidadora. Por otro lado, existen algunos estudios que relacionan las presiones externas de cuidado con mayor estrés en el cuidador y, por el contrario, las presiones internas parecen predecir mayor satisfacción con los cuidados. No obstante, dichos estudios son escasos y el nivel de evidencia que aportan es insuficiente.

El análisis de la relación entre los motivos culturales y las consecuencias positivas y negativas del cuidado de mayores dependientes puede permitir la identificación de perfiles de riesgo para dichas consecuencias así como de factores protectores. Más concretamente, las creencias de obligación pueden tener un efecto beneficioso sobre la satisfacción con el cuidado de forma independiente a la carga objetiva.

AGRADECIMIENTOS

A mis profesores del Master de Investigación en Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén, por trasmitirme su sabiduría y conseguir que me dejase embelesar por la búsqueda de conocimientos y de soluciones para aquellos problemas detectados en el ejercicio de mi profesión.

A mis tutores, especialmente el ilustre profesor Rafael Del Pino, por su gran ayuda y colaboración en cada momento de consulta y soporte en este trabajo de investigación.

A los participantes entrevistados, ya que gracias a su tiempo y su participación hicieron posible la realización de este estudio.

A mi familia, pareja y amigos, por el apoyo recibido durante toda mi formación.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Envejecimiento y ciclo de vida. Datos interesantes acerca del envejecimiento [Internet]. Geneva: OMS; 2018. Available at: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>, 2018.
2. OECD. Health at a glance 2013. OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2013.
3. Van der Lee J, Bakker T, Duivenvoorden H, Droes R. Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia; a systematic review. . Ageing Res Rev 2014;15:76-93.
4. Alfaro-Ramírez del Castillo OI, Morales-Vigil T, Vázquez-Pineda F, Sánchez-Román S, Ramos-del Río B, Guevara-López U. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008;46(5):485-494.
5. C. Cooper, T.B. Balamurali, G. Livingston. A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. Int Psychogeriatr., 19 (2007), pp. 175-195.
6. Loh A, Tan J, Zhang M, Ho R. The global prevalence of anxiety and depressive symptoms among caregivers of stroke survivors. J Am Med Dir Assoc 2017;18:111-6.

7. Parker Oliver D, Albright D, Washington K, Wittenberg-Lyles E, Gage A, Mooney M, et al. Hospice caregiver depression: the evidence surrounding the greatest pain of all. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2013;9:256-71.
8. Sallim A, Sayampanathan A, Cuttilan A, Chun-Man HR. Prevalence of mental health disorders among caregivers of patients with Alzheimer disease. *J Am Med Dir Assoc* 2015;16:1034-41.
9. Lyonette C, Yardley L. The influence on carer wellbeing of motivations to care for older people and the relationship with the care recipient. *Aging and Society* 2003;23:487-506.
10. Ryan R, Deci E. Overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective. In E. Deci & R. Ryan (Eds.). *Handbook of self-determination research* 2004. Rochester, MN: University of Rochester Press.
11. Romero-Moreno R, Losada A, Márquez-González M, Mausbach B. Effects of the frequency and satisfaction with leisure profile on dementia caregivers distress. *Anal Psicología* 2014;30:878-86.
12. Del-Pino-Casado R, Frias-Osuna A, Palomino-Moral P. Subjective burden and cultural motives for caregiving in informal caregivers of older people. *J Nurs Scholarsh* 2011;43:282-91.
13. Instituto Nacional de Estadística. 2017; Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=517>. Citado Junio, 2018.
14. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/agenciadeserviciosocialesydependencia/es/programas/atendep_faq/atendep_faq_info/wfprogramaitem_view_pub. Citado Junio, 2018.
15. Del-Pino-Casado R, Palomino-Moral P, Pastor-Bravo M, Frías-Osuna A. Determinants of depression in primary caregivers of disabled older relatives: a path analysis. *BMC Geriatrics* (2017) 17:274.
16. Robinson B. Validation of a Caregiver Strain Index. *J Gerontol* 1983;38:344-8.
17. López Alonso SR, Moral Serrano MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Comun* 2005;1(1): 12-17.
18. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ* 1988;297:897-9.
19. Montón C, Pérez-Echevarría M, Campos R, García-Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: Una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993;12:345-9.
20. Pinguat M SS. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003;58: 112-28.
21. Cooper C, Balamurali T, Livingston G. A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *Int Psychogeriatr* 2007;19:175-95.
22. Serrano-Ortega N, Frías-Osuna A, Recio-Gómez J, del-Pino-Casado R. Diseño y validación de una escala para la medición de la dedicación al cuidado en personas cuidadoras de mayores dependientes (DeCuida). *Aten Primaria* 2015 May 12.

ANEXOS

Esquema general del estudio:

Censo de personas dependientes no institucionalizadas con Grado II de dependencia en el municipio de Loja (n=318)



Muestreo no probabilístico (n=58)



Entrega de cuestionarios para ser autocumplimentados en sobres cerrados.

Variables dependientes:

- Sobrecarga subjetiva
- Ansiedad
- Depresión
- Satisfacción en los cuidados

Variable independiente principal:

- Creencias de obligación
- Presión social

Potencial factor de confusión:

- Carga objetiva (necesidades de cuidado de la persona cuidada y dedicación de la persona cuidadora)



Análisis estadístico:

- Análisis descriptivo
- Análisis bivariante
- Análisis multivariante (regresión lineal múltiple)

Tabla 1. Descripción de las variables de las personas cuidadoras y las receptoras del cuidado

	N	M	DT	95% IC	Rango posible	Rango real	α
Dedicación al cuidado	58	251,8	137,2	215,69 - 87,86	0-500	50-500	0,82
Satisfacción	58	22,60	6,212	20,97 - 24,24	6-30	6-30	0,80
Sobrecarga percibida	58	6,05	4,249	4,93 - 7,17	0-13	0-13	0,88
Ansiedad	58	5,41	3,298	4,55 - 6,28	0-9	0-9	0,88
Depresión	58	3,90	2,912	3,13 - 4,66	0-9	0-9	0,80
Motivos de cuidado							0,84
Creencia obligación	58	7,36	3,248	6,51 - 8,22	3-12	3-12	0,84
Presión social	58	4,33	1,741	3,87 - 4,79	3-12	3-9	0,67

DT: desviación típica, α : alfa de Cronbach (consistencia interna).

Tabla 2. Matriz de correlaciones de las variables estudiadas

	1	2	3	4	5	6	7
1. Dedicación al cuidado	1	,265*	,179	,176	,055	-,066	-,069
2. Sobrecarga subjetiva		1	,609**	,492**	-,296*	,060	,090
3. Ansiedad			1	,808**	-,234*	,222*	,189
4. Depresión				1	-,131	,242*	,129
5. Satisfacción con el cuidado					1	,387**	,268*
6. Creencias de obligación						1	,440**
7. Presión social							1

* $p < 0,05$.
** $p < 0,01$.

Tabla 3. Modelo de regresión lineal múltiple de la sobrecarga subjetiva, ansiedad, depresión y satisfacción con el cuidado.

Variable dependiente	Variable independiente	B	ET B	β	p	r2 corregida
Sobrecarga subjetiva	Dedicación al cuidado	0,09	0,04	0,295	0,027	0,053
	Creencias de obligación	0,038	0,193	0,029	0,844	
	Presión Social	0,341	0,359	0,140	0,347	
Ansiedad	Dedicación al cuidado	0,004	0,172	0,172	0,195	0,33
	Creencias de obligación	0,162	0,159	0,159	0,289	
	Presión Social	0,248	0,131	0,131	0,382	
Depresión	Dedicación al cuidado	0,004	0,003	0,179	0,172	0,059
	Creencias de obligación	0,201	0,132	0,225	0,132	
	Presión Social	0,186	0,245	0,111	0,451	
Satisfacción con el cuidado	Dedicación al cuidado	0,004	0,006	0,080	0,526	0,12
	Creencias de obligación	0,556	0,271	0,291	0,045	
	Presión Social	0,634	0,507	0,178	0,216	

B: coeficiente de regresión; ET B: Error típico de B; p: valor de p; β : coeficiente de regresión estandarizado.