



ORIGINAL

Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes

J.A. Domínguez^{a,*}, M. Ruíz^b, I. Gómez^c, E. Gallego^d, J. Valero^e y M.T. Izquierdo^f

^a Centro de Salud Virgen de la Oliva, Alcalá de Guadaíra, Sevilla, España

^b Centro de Salud Algeciras Norte, Algeciras, Cádiz, España

^c Centro de Salud Arahal, Arahal, Sevilla, España

^d Centro de Salud Delicias, Málaga, España

^e Centro de Salud El Palo, Málaga, España

^f Centro de Salud Murcia Centro, Murcia, España

Recibido el 18 de diciembre de 2010; aceptado el 19 de mayo de 2011

Disponible en Internet el 21 de noviembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Depresión;
Ansiedad;
Dependencia;
Duke/apoyo social;
Cuidadores

Resumen

Objetivo: Estimar la prevalencia de depresión y ansiedad en cuidadores principales de pacientes dependientes según la Ley 39/2006 de atención a la dependencia.

Material y métodos: Seleccionamos 294 cuidadores principales de pacientes dependientes según la Ley 39/2006.

Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. Seleccionados durante el primer semestre de 2009 en 8 centros urbanos y 2 rurales de las comunidades de Andalucía y Murcia.

Medimos niveles de ansiedad y depresión a través de la escala Hamilton, el apoyo social percibido mediante la escala Duke-UNK, variables sociodemográficas, médicas y asociadas al cuidado del dependiente.

Se empleó la prueba de χ^2 y los tests de Wilcoxon y t de Student. Se realizó análisis multivariante con los datos más relevantes.

Resultados: Presentaban ansiedad 254 cuidadores (86%) (IC 95%: 82,47-90,31%) y depresión 191 (65%) (IC 95%: 59,51-70,41%).

La presencia de ansiedad se relacionó de manera estadísticamente significativa ($p = 0,043$) con: cuidador no remunerado, apoyo social bajo, diagnóstico previo de ansiedad y depresión, toma de psicofármacos y diagnóstico de depresión mediante escala Hamilton para depresión.

La presencia de depresión se relaciona con: cuidador no remunerado, parentesco, diagnóstico previo de ansiedad y depresión, consumir psicofármacos y con diagnóstico de ansiedad según la escala Hamilton.

No detectamos diferencias estadísticamente significativas en la asociación de grados de dependencia y la aparición de depresión y/o ansiedad.

Conclusiones: La prevalencia de depresión y ansiedad en cuidadores de pacientes dependientes es significativamente mayor que en la población general. A mayor apoyo social menor prevalencia de dichos trastornos.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Extragran@msn.com (J.A. Domínguez).

KEYWORDS

Depression;
Anxiety;
Dependency;
Duke/social support;
Caregivers

Anxiety and depression in carers of dependent patients**Abstract**

Objective: To determine the prevalence of depression and anxiety in main carers of dependent patients as defined by the Dependent Care Law 39/2006.

Material and methods: We selected 294 main carers of dependent patients as defined by Law 39/2006, and performed a descriptive, cross-sectional and multi-centre study.

They were recruited during the first semester of 2009 in 8 urban centres and 2 rural ones in the Communities of Andalusia and Murcia.

We measured levels of anxiety and depression using the Hamilton scale, the social support by means of the Duke-UNK scale, sociodemographic, medical variables and associated with the support to the dependent person.

The Chi-squared (χ^2), Wilcoxon and Student *t* tests were used to describe the data. Multivariate analysis was performed on the most significant data.

Results: A total of 254 carers showed anxiety (86%) (95% CI: 82.47-90.31%) and depression 191 (65%) (95% CI: 59.51 – 70.41%).

The presence of anxiety was statistically significant ($P=.043$) when associated to: being an unpaid carer, low social support, previous diagnosis of anxiety and depression, taking of psychiatric drugs, and diagnosis of depression using the Hamilton depression scale.

The depression presence of depression is associated with: being an unpaid carer, family relationship, previous diagnosis of anxiety and depression, taking of psychiatric drugs, and with an anxiety diagnosis according to the Hamilton scale.

No statistically significant differences were detected in the association between levels of dependency and the appearance of depression and/or anxiety.

Conclusions: The prevalence of depression and anxiety in the carers of dependent patients is significantly greater than in the general population. The greater the social support the lower the prevalence of these disorders.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

En los últimos años en la sociedad española se ha producido un progresivo incremento de la población envejecida debido en parte al aumento de la esperanza de vida así como por una mejora de la calidad de vida y el sistema sanitario, entre otros. Se ha duplicado la población de más de 65 años en los últimos 30 años, para pasar de 3,3 millones de personas en 1970 a más de 6,6 millones en 2000, a lo cual hay que añadir el aumento de la población con edad superior a 80 años en los últimos 20 años, fenómeno demográfico denominado «envejecimiento del envejecimiento»^{1,2}. A esta realidad, derivada del envejecimiento, debe añadirse el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes ya que se ha incrementado la supervivencia de estos enfermos, así como las consecuencias derivadas de los índices de siniestralidad vial y laboral. La creciente dependencia de estos pacientes no solo repercute en una mayor demanda de recursos, sino que conlleva una serie de cambios en la estructura familiar, en los roles y patrones de conducta que pueden precipitar crisis que amenazan la estabilidad de la familia, especialmente al cuidador principal^{3,4}.

La relevancia a nivel social que está generando dicha situación ha propiciado la entrada en vigor el 1 de enero de 2007 de la Ley 39/2006 de atención a la dependencia como respuesta a las necesidades de cuidado de esta población. Esto ha supuesto la aparición de una novedosa herramienta que nos permite de forma objetiva (en función de los cuidados que necesitan para desempeñar las

actividades básicas de la vida diaria) detectar y clasificar a los pacientes que requieren el cuidado de terceras personas. La ley distingue así 3 grados según la «necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana»^{5,6}.

Llamamos cuidador principal a la persona que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario del paciente definido como dependiente. El impacto de cuidar influye negativamente sobre la vida de los cuidadores tanto en sus actividades sociolaborales y familiares como sobre la limitación del tiempo para dedicarse a sí mismos⁷. En los últimos años diversos estudios han puesto de manifiesto las repercusiones negativas que la prestación de cuidados puede tener en la salud y especialmente la mayor frecuencia de ansiedad y depresión en los cuidadores^{8,9}. La bibliografía demuestra una importante prevalencia de trastornos del estado de ánimo entre cuidadores de pacientes dependientes, e intentan medir el nivel de estrés psicológico en relación con numerosos factores (carga de cuidados, tipo de enfermedad, grados de dependencia según determinadas escalas, etc.)⁹⁻¹². Dentro de este contexto la aparición de la ley de dependencia viene a aportar un nuevo criterio objetivo para clasificar al paciente cuidado, y por lo tanto para valorar la carga de trabajo del cuidador principal, con independencia de la enfermedad sufrida por el paciente o el apoyo social percibido por el cuidador. Esto permite clasificar de forma global a todos los pacientes en situación de dependencia, y analizar por tanto a todos los cuidadores en función de la carga de cuidados, y no solo limitar

los estudios de prevalencia de enfermedades y perfil del cuidador a ciertos trastornos como son demencias u otras enfermedades crónicas incapacitantes, tal y como aparece en la bibliografía revisada^{9,12-14}.

Ante esto el objetivo que se plantea este estudio es estimar la prevalencia de depresión y ansiedad en cuidadores de pacientes dependientes clasificados según la ley de dependencia, así como analizar algunos factores relacionados con el cuidador (enfermedades previas, indicadores de apoyo social, nivel de estudios, etc.) y con el paciente cuidado (grado de dependencia), dentro del marco de la atención primaria.

Material y método

Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico realizado en el ámbito de atención primaria de salud. El trabajo se desarrolló en 10 centros de salud de Andalucía y Murcia, estratificado en zonas urbanas y rurales.

La población de estudio fueron los cuidadores principales de personas incluidas en la Ley de Atención a la Dependencia que cumplan los criterios de inclusión en el primer semestre del año 2009 y estén adscritos a los centros de salud estudiados.

El estudio se llevó a cabo en 9 centros de Andalucía y uno de Murcia, de los cuales la población era urbana en 8 de ellos y rural en los otros 2.

Para acceder a la población de estudio acudimos a los servicios sociales de los ayuntamientos de referencia que nos proporcionaron un listado con el nombre de la persona dependiente, el teléfono de contacto y el grado de dependencia. Con fecha de enero de 2009 habían censadas 2.342 personas dependientes con sus correspondientes cuidadores.

Para una prevalencia de ansiedad en cuidadores del 53,44%⁹ y de depresión del 24,6%¹⁵, para un nivel de confianza del 95% y un error muestral de $\pm 5\%$, se precisaba una muestra de 283 cuidadores para poder alcanzar un número de sujetos suficientes para que los resultados fueran representativos de la realidad (conseguir al menos 257 cuidadores). Finalmente, conseguimos 294 personas cuidadoras.

Estudiamos a las personas que cuidaban a personas que tenía reconocida la ley de dependencia, mediante un muestreo aleatorio estratificado donde el 9,3% estaban a cargo de dependientes de grado I, el 44,9% de los de grado II y el 45,8% de los de grado III. Fueron descartados del estudio a 8 cuidadores con los que no pudimos contactar tras llamarlos telefónicamente durante 3 días consecutivos a distinta hora, siendo esta la única causa de rechazo. Por lo que finalmente la muestra fue de 294 cuidadores.

Diseñamos un cuaderno de recogida de datos²⁹⁻³² y se desarrolló un entrenamiento previo de los investigadores mediante técnicas de *role-playing*.

Para ser incluidos en el estudio, los cuidadores debían tener a su cargo a personas dependientes según la Ley de Atención a la Dependencia, fueran mayores de edad, aceptaran el consentimiento informado y entendiesen el idioma español. Del mismo modo, fueron excluidos los menores de 18 años y las personas que no querían participar en el proyecto.

Para la recogida de datos se contactó telefónicamente con los cuidadores y solicitamos la participación en el proyecto de investigación. Con los que aceptaron, se concertó una cita en su domicilio del cuidador o del dependiente, donde se desarrolló la entrevista, una vez se firmó el consentimiento informado.

Se consideraron variables independientes la ansiedad y la depresión.

Medimos los niveles de ansiedad por la escala de Hamilton para ansiedad (HAM-A)^{16,27,28}. Es una escala de heteroevaluación ideada por Max Hamilton en 1959 para explorar los estados de ansiedad. Se constituye de varias categorías que exploran la ansiedad, tensión, síntomas neurovegetativos y somáticos.

La escala consta de 14 preguntas, cada una con una puntuación que oscila entre 0 y 4, así, diremos que la ansiedad es leve cuando la puntuación está dentro de los 18 y los 25 puntos, será moderada si nos movemos entre 35 y 30 puntos y será severa si se sobrepasan estos 30 puntos.

Valoramos la presencia de depresión a través de la escala Hamilton para depresión (HAM-D)¹⁷. Es una escala de valoración subjetiva que consta de 21 preguntas. Las 17 primeras están destinadas a evaluar el estado de ánimo, sentimiento de culpa, inhibición, presencia de ideas suicidas, insomnio y el resto de síntomas psicósomáticos. Los ítems del 18 al 21 van encaminados a valorar rasgos neuróticos ajenos a la depresión. Por último, hay un apartado abierto para exponer síntomas no recogidos en la encuesta.

Valores por debajo de 8 indican ausencia de depresión. Si obtenemos una puntuación entre 8 y 14 hablaríamos de depresiones menores o distimia, si alcanzamos cifras entre 14 y 18 puntos estaríamos ante una depresión moderada, si los puntos están entre 19 y 22 será severa y si supera los 23 puntos estaríamos ante una depresión muy severa.

Como variables dependientes se eligieron:

- *Apoyo social percibido*. Usamos el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNK². El objetivo de esta escala es la evaluación cuantitativa del apoyo social percibido. Es un cuestionario de autoevaluación formado por 11 ítems que recogen la opinión del individuo sobre la disponibilidad de las personas capaces de ofrecer ayuda ante las dificultades, facilidades para la relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva. En general, se recogen valores referidos a 2 dimensiones del apoyo social funcional: la confidencial y la afectiva. Cada uno de estos aspectos se evalúa mediante una escala Likert con 5 opciones de respuesta que se puntúan de 1 («mucho menos de lo que deseo») hasta 5 («tanto como deseo»).

El punto de corte igual a 32 distingue dos categorías: apoyo social bajo y apoyo social normal.

- *Sociodemográficas*. Se estudiaron el sexo, la edad en años (tanto del cuidador como del dependiente), grado de parentesco del cuidador con el enfermo (sin parentesco, padre, madre, hermano, hermana, hijo, hija, yerno, nuera o cónyuge), estado civil (soltero, casado, separado o viudo), nivel de estudios (analfabeto, primarios, secundarios o universitarios), nacionalidad del cuidador y tiempo de estancia en España, en casos de no ser nativos.

- *Asociadas al cuidado del dependiente*. Distinguimos en el tipo de cuidado, así hablaremos de cuidador formal si percibe una compensación económica por su trabajo y en caso contrario, será considerado informal. También valoramos si

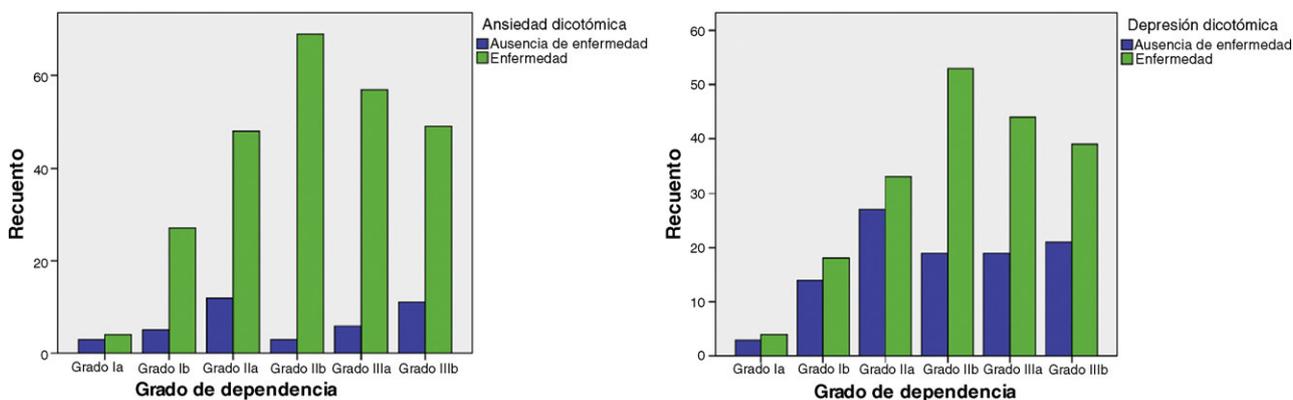


Figura 1 Prevalencia de ansiedad y depresión según el grado de dependencia.

convive en el mismo domicilio que el dependiente, si comparte el cuidado con otros cuidadores y el número de años que lleva cuidando a la misma persona.

- *Consumo de psicofármacos.* Como los antidepresivos y los ansiolíticos.

Análisis estadístico

Para obtener los resultados, se realizó una primera fase descriptiva de las distintas variables mediante tablas de frecuencia y medidas de tendencia central y dispersión. En segundo lugar, se practicó un análisis estadístico bivalente, estableciéndose relaciones entre la detección de ansiedad y depresión en el cuidador, y los distintos factores, considerando cada uno de ellos como independiente. Se empleó la prueba de χ^2 entre variables cualitativas; y los tests de Wilcoxon y t de Student en los casos de comparación con variables cuantitativas. Finalmente, se realizó un análisis multivariante con los datos más relevantes.

Todos los datos fueron recogidos en una base de datos Microsoft® Access 2003 (Copyright® Microsoft Corporation, 1992-2003) y procesados posteriormente para el análisis estadístico con el programa SPSS versión 15.0 para Windows (Copyright © SPSS Inc., 1989-2006).

Resultados

De la muestra de participantes seleccionados, 6 (2%) no pudieron ser localizados, por lo que finalmente resultaron elegidos 294 cuidadores.

Las características de las personas dependientes eran: 174 mujeres (59,2%), con una edad media de 76,07 años (DE ± 15,4), rango de 12 a 98 años, sin diferencias significativas entre sexos.

Los cuidadores eran mayoritariamente mujeres 244 (82,9%) y la edad media fue de 56,85 años (DE ± 13,95).

Presentaban ansiedad, según la escala de Hamilton, 254 cuidadores (86%, IC 95% 82,47-90,31%). La ansiedad era de grado leve en 102 cuidadores (40%) y de grado moderado en 152 (60%).

La depresión se detectó en 191 cuidadores (65%) con IC 95%: 59,51-70,41. La depresión en grado mayor se

presentó en 74 casos (39%) y en grado menor en los otros 117 cuidadores (61%) (fig. 1).

Las características principales de la muestra se presentan en la tabla 1.

En la muestra estudiada la presencia de ansiedad se relacionó de manera estadísticamente significativa con las siguientes características del cuidador: no remunerado, apoyo social bajo, diagnóstico previo de ansiedad y depresión, toma de ansiolíticos y antidepresivos y con la presencia de depresión medida por la escala de Hamilton para depresión.

Con respecto al hecho de presentar ansiedad en relación con el grado de dependencia que presenta el paciente cuidado, vemos que el 46,1% de los cuidadores con ansiedad estaba al cuidado de dependientes grado II, el 41,7% estaba a cargo de grado III y el 12,2 de grado I. Aunque no es estadísticamente significativo.

Por otro lado, la presencia de depresión se relacionó de manera estadísticamente significativa con el siguiente perfil de cuidador: no remunerado, parentesco (en especial en las hijas y cónyuges del paciente cuidado), diagnóstico previo de ansiedad y depresión, toma de ansiolíticos y antidepresivos y con la presencia de ansiedad medida por la escala de Hamilton para ansiedad.

Al igual que nos ocurría con la ansiedad, tampoco detectamos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la asociación de grados de dependencia y la aparición de depresión.

En el análisis multivariante el modelo saturado explica el 7% de la variabilidad en la escala de Hamilton para depresión. Este modelo es estadísticamente significativo a un nivel $p = 0,043$. El modelo encuentra que las únicas variables que conservan asociación de una forma significativa, a un nivel $p \leq 0,05$ son la situación laboral (el tener un trabajo remunerado disminuye la depresión en 3,4 puntos) y la toma de antidepresivos (la aumenta en 3,4 puntos).

Al igual que con la depresión, en el caso de la ansiedad, la existencia de trabajo remunerado se asocia con una menor puntuación en la escala de Hamilton: -6,7; la edad en años del cuidador también se asocia con una menor puntuación, -0,2 puntos por cada año, la mayor puntuación en la escala de Duke es también un factor protector, con 0,3 puntos menos por cada punto en la escala de

Tabla 1 Características sociodemográficas

Características	N	%	Sexo			
			Hombres	%	Mujeres	%
<i>Edad paciente</i>	76,07 (± 15,4)					
<i>Edad cuidador</i>	56,85 (± 13,96)					
<i>Sexo paciente</i>			120	59,2	174	41,8
<i>Sexo cuidador</i>			244	83	50	17
<i>Estado civil</i>						
Soltero	53	18	9	3,06	44	14,96
Casado	190	64,6	34	11,56	156	53,06
Otros	51	17,3	7	2,38	44	14,96
<i>Parentesco</i>						
Sí	236	81,3	42	14,28	194	63,98
No	58	19,7	8	2,72	50	17
<i>Nivel de estudios</i>						
Analfabeto	58	19,7	12	4,08	46	15,64
Primario	161	54,8	27	9,18	134	45,57
Secundario	61	20,7	10	3,40	51	17,34
Universitario	14	4,8	1	0,34	13	4,42
<i>Nacionalidad</i>						
Española	261	88,8	46	15,64	215	73,12
No española	33	11,2	4	1,36	29	9,86
<i>Situación laboral</i>						
Remunerado	124	42,2	17	5,78	107	36,39
No remunerado	170	57,8	33	11,22	137	46,59
<i>Cuidado compartido</i>						
Sí	153	52	29	9,86	124	42,17
No	141	48	21	7,14	120	40,81
<i>Conviviente</i>						
Sí	213	72,4	39	13,26	174	59,18
No	81	27,6	11	3,74	70	23,80
<i>Apoyo social (Duke)</i>						
Bajo	110	37,4	24	8,16	86	29,25
Alto	184	62,6	26	8,84	158	53,74
<i>Grado de dependencia del paciente</i>						
Grado I	39	9,3	18	6,12	21	7,14
Grado II	132	44,9	48	16,32	84	28,57
Grado III	123	45,8	54	18,36	69	23,46
<i>Antidepresivos</i>						
Sí	46	15,6	4	1,36	42	14,28
No	179	60,9	34	11,56	145	49,31
Desconocido	69	23,3	12	4,08	57	19,38
<i>Ansiolíticos</i>						
Sí	90	30,6	14	4,76	76	25,85
No	136	46,3	24	8,16	112	38,09
Desconocido	68	23,1	12	4,08	12	4,08

Duke; el consumo de antidepresivos se asocia con una mayor puntuación, 4,2 puntos; y el hecho de que los cuidados sean compartidos se asocia con una mayor ansiedad, 2,9 puntos (al igual que en el caso de la depresión no puede saberse que es causa y que es efecto, tener en cuenta en la discusión).

Discusión

En líneas generales podemos decir que en cuanto a las características sociodemográficas de la muestra obtenida destaca una población mayoritariamente femenina, cuya media de edad es de 56 años, casada, con estudios primarios

y algún grado de parentesco con el paciente dependiente (hijos/nuera), que conviven con el paciente en el mismo hogar y con cuidado compartido. Dichas características no difieren de las encontradas en otros estudios similares, en los que se describe un perfil de cuidador consistente en una mujer de edad media similar a la encontrada en el presente trabajo, ama de casa, con estudios primarios y con una relación de parentesco (en su mayoría hija o cónyuge) con el paciente cuidado. Las diferencias destacables en los resultados de nuestro trabajo radican en el caso del apoyo social percibido que en nuestra muestra era bajo con respecto a otros estudios y el cuidado compartido que es más frecuente en el estudio que nos ocupa^{3,4,8-10,13}.

Cabe destacar que la prevalencia de ansiedad encontrada en nuestro estudio es marcadamente superior a la detectada en los trabajos consultados; siendo ésta de 86,4%, si bien en los estudios revisados se muestra una gran variabilidad en cuanto a la prevalencia de trastornos afectivos en general y de ansiedad en particular presentado datos que oscilan entre el 32 y el 70%. Esta gran variabilidad podría deberse, en parte, al uso de diferentes escalas para la detección de dichas enfermedades. El objetivo marcado por nuestro estudio era detectar prevalencia de ansiedad, y por ello usamos la Escala de Hamilton, que tiene una mayor sensibilidad, frente a las escalas empleadas en los estudios revisados, por ejemplo Gálvez Mora, que obtiene en su estudio una muestra de características similares a las nuestras, usa para la detección de ansiedad la Escala de Goldberg, con menor sensibilidad^{7,11,12}. Si tomamos como referencia los estudios realizados en otros países, la prevalencia de ansiedad es igualmente menor oscilando entre el 28,9 y el 41%¹⁸⁻²⁰.

Otro dato que cabe destacar es la presencia de una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y el hecho de los cuidados compartidos, de manera que existe más ansiedad en los cuidadores que comparten la responsabilidad con otros, aunque no podemos establecer relaciones causales, esta mayor ansiedad puede ser debida a la fuente de tensión que supone coordinar los cuidados y la responsabilidad con otros que pueden ser o no familiares.

Aunque en nuestro estudio no se ha realizado una comparación con la población general sí podemos definir que, basándonos en otros datos revisados²¹, las personas cuidadoras de pacientes dependientes presentan más ansiedad que la población general.

Por otro lado, al analizar la posible relación entre la existencia de ansiedad y los grados de dependencia del paciente cuidado, apreciamos que aquellos con un grado II presentaban mayor ansiedad que el resto, dato que debería contrastarse con otros estudios posteriores realizados mediante muestreo aleatorio estratificado, que permita confirmar si dichas diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas. En líneas generales aunque existen pocos estudios donde contrastar estos resultados, cabría esperar que a mayor grado de dependencia mayor prevalencia de trastornos afectivos de los cuidadores; tal como se demuestra en los estudios que toman como referencia el uso de la escala de Barthel^{4,8}. Podríamos establecer que estos resultados pueden estar relacionados con el hecho de que los pacientes con grado III de dependencia llevan un tiempo de enfermedad suficiente para permitir la adaptación a la situación de la cuidadora, y pacientes con grado

mayor de dependencia pueden resultar menos gravosos para la salud mental del cuidador principal, además las ayudas recibidas (mayor a mayor grado de dependencia) pueden haber colaborado para reducir el nivel de ansiedad en parte por el reconocimiento de la labor desarrollada y por las ayudas materiales.

Si nos centramos en la prevalencia de trastornos depresivos en este estudio, se detectó una prevalencia de un 64,96%, mucho más alta que la registrada en otros tanto a nivel nacional como internacional, las cuales oscilan entre 3,7-49%^{15,22-26}. Esto se podría explicar por los mismos motivos que ocurren con la ansiedad pues nosotros hemos utilizado la escala de Hamilton mientras que la mayoría de estudios han utilizado la de Goldberg.

Los datos revelados en el análisis multivariante demuestran relación estadísticamente significativa en cuanto a la incidencia de depresión con respecto a la situación laboral, disminuyendo la depresión en los pacientes con trabajo remunerado, y en sentido contrario aumentando la depresión en los pacientes que toman antidepressivos; a pesar de que el diseño del estudio no permite establecer relaciones causales, podría ser que los cuidadores con depresión no salgan a buscar trabajo, o que el trabajo sea factor protector frente a la depresión en cuidadores.

Al relacionar la presencia de trastornos afectivos con el apoyo social percibido encontramos que a mayor apoyo social menor prevalencia de dichos trastornos. Estos resultados concuerdan con los hallados en otros artículos en los que se comparan tanto salud mental como física con la sensación de apoyo percibido por la cuidadora^{1,3}.

Finalmente debemos tener en cuenta que el hecho de ser un diseño transversal nos impide valorar los cambios que ocurren en el seguimiento de los sucesos expuestos en un periodo determinado de tiempo, sobre todo aquellos fenómenos sensibles al cambio, como son algunas de las variables estudiadas, por ejemplo el aumento del grado de dependencia sujeto al deterioro de los pacientes cuidados, o el aumento de la severidad de la ansiedad o depresión que pudiera ir asociado a este fenómeno.

Como expusimos en el apartado «Material y método» las encuestas empleadas para valorar la existencia de depresión y ansiedad tienen una validez y fiabilidad adecuadas, esto por un lado da validez a los resultados, pero limita la comparación de resultados con otros estudios que han utilizados otras escalas con sensibilidad y especificidad diferentes.

Habría que tener en cuenta las características de la muestra de estudio, ya que ésta se extrajo de diversos centros tanto de la comunidad andaluza como murciana, que estaban localizados en zonas tanto rurales como urbanas, lo que limitaría a la hora de generalizar resultados y limitaría la validez externa.

Algunos estudios han descrito en sus resultados, un posible sesgo metodológico en la información del nivel de dependencia del paciente enfermo, ya que se ha obtenido de la valoración subjetiva proporcionada por el cuidador. En nuestro estudio hemos conseguido mediante la valoración de la ley de la dependencia una objetividad de este parámetro a medir.

Pudiera ser que con la implantación de la ley de dependencia recientemente, con el consiguiente reconocimiento económico o la aportación de ayudas de otra índole, ya sea

por parte de las instituciones o por parte de las familias, podría haber derivado en una disminución temporal del nivel de ansiedad o depresión percibido por los cuidadores.

Sería aconsejable realizar estudios sucesivos usando técnicas de muestreo estratificado con respecto a los distintos grados de dependencia, que permitan confirmar de manera fiable diferencias estadísticamente significativas con respecto a la prevalencia de trastornos afectivos, confirmando que a mayor grado de dependencia de los pacientes, mayor prevalencia de dichos trastornos en las cuidadoras.

Como conclusiones, nuestro estudio viene a confirmar la estrecha relación entre trastornos afectivos como son ansiedad y depresión en relación con las personas que asumen la carga de cuidados de un paciente dependiente, aumentando la frecuencia de dichos trastornos a mayor grado de dependencia, es decir, a mayor necesidad de cuidados del enfermo, mayor prevalencia de dichos trastornos.

El apoyo social percibido por los cuidadores tiene un papel importante en la aparición de estos trastornos, encontrando en nuestro estudio que cuanto menor es el grado de apoyo percibido, mayor es la frecuencia de ansiedad y depresión, en este sentido la ley de dependencia podría ser una alternativa sobre todo para las personas con menos redes sociales, al ser una forma de reconocimiento de su labor y ofrecer alternativas materiales para descargarlos.

Responsabilidades Éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores desean agradecer la ayuda de la Industria Farmacéutica Lilly S.A., que nos ha facilitado el soporte material y técnico de una forma totalmente aséptica sobre los resultados.

Agradecimientos

Este artículo ha sido realizado tras un trabajo de investigación más amplio y con otros médicos colaboradores, sin los que no hubiera sido posible la recogida de datos realizada, en el contexto del trabajo final de un Curso Experto en Salud Mental realizado por la Universidad de Alcalá de Henares, y bajo la dirección del Dr. Rick Manzanera.

Los autores queremos agradecer la especial colaboración de los Dres. J. Mancera y J.S. Fernández, sin cuya coordi-

nación, motivación y sincera disponibilidad no habría sido posible este artículo.

Bibliografía

1. IMSERSO, Ministerio de Sanidad y Política Social Mayres en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo (i). Informe Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social Mayores en España; 2008.
2. IMSERSO. Libro Blanco de la Dependencia. 1.ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; 2005.
3. Pérez Peñaranda A, García Ortiz L, Rodríguez Sánchez E, Losada Baltar A, Porras Santos N, Gómez Marcos MA. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Aten Primaria*. 2009;41:621-8.
4. Moreno-Gaviño L, Bernabeu-Wittel M, Álvarez-Tello M, Rincón Gómez M, Bohórquez Colombo P, Cassani Garza M, et al. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2008;40:193-8.
5. Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. 44142-44156. Referencia 2006/21990.
6. Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado.
7. Ras Vidal E, Bascuñana Boix A, Ferrando López C, Martínez Riaza D, Puig Ponsico C, Campo Estaun L. Repercusiones en el cuidador de los enfermos crónicos domiciliarios. *Aten Primaria*. 2006;38:77-83.
8. De la Revilla Ahumada L, De los Ríos Álvarez AM, De la Revilla Negro E, Prados Quel MA, Rupérez Larrea M, López de Hierro JA. El impacto sobre la salud de la cuidadora principal de personas mayores dependientes. *Med Fam Andal*. 2009;2:136-44.
9. Gálvez Mora J, Ras Vidal E. Hospital Guardiola I Vila Córcoles. Perfil del cuidador principal y valoración del nivel de ansiedad y depresión. *Aten Primaria*. 2003;31:338-9.
10. Alonso Babarro A, Garrido Barral A, Díaz Ponce A, Casquero Ruiz R, Riera Pastor M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria*. 2004;33:61-6.
11. Moral Serrano MS, Ortega JJ, López Matoses MJ, Pellicer Magraner PA. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria*. 2003;32:77-83.
12. López Mederos O, Lorenzo Riera A, Santiago Navarro P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Primaria*. 1999;24:404-10.
13. Badia Llach X, Lara Suriñach N, Gamisans R. Barcelona. España. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria*. 2004;34:170-7.
14. Valles Fernández MN, Gutiérrez Cillan V, Luquin Ajuria AM, Martín Gil MA, López de Castro F. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. *Aten Primaria*. 1998;22:481-5.
15. Lu YF, Austrom MG, Perkins SM, Bakas T, Farlow MR, He F, et al. Depressed mood in informal caregivers of individuals with mild cognitive impairment. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2007;22:273-85.
16. Duch Campodarbe FR, Ruiz de Porras Roselló L, Gimeno Ruiz de Porras D, Allué Torra B, Palou Vall I. Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria. *SEMERGEN*. 1999;25:209-25.

17. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke. *UNC-11 Aten Primaria*. 1996;18:153-63.
18. Wilz G, Kalytta T. Anxiety symptoms in spouses of strokes patients. *Cerebrovasc Dis*. 2008;25:311-5.
19. Krähenbühl A, Zwahlen D, Knuth A, Schnyder U, Jenewein J, Kuhn C, et al. Prevalence of anxiety and depression in cancer outpatients and their spouses. *Praxis*. 2007;96:973-9.
20. Mahoney R, Regan C, Katona C, Livingston G. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13:795-801.
21. Vallejo J. Trastornos de angustia. En: Vallejo Ruiloba J, editor. *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. 6.ª ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 373-87.
22. McGrother CW, Hauck A, Bhaumik S, Thorp C, Taub N. Community care for adults with learning disability and their carers: Needs and outcomes from the Leicestershire register. *J Intellect Disab Res*. 1996;40:183-90.
23. Fletcher BS. Prevalence, severity, and impact of symptoms on female family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *J Clin Oncol*. 2008;26:599-605.
24. Bolckhir A, Loisel MM, Evon DM, Hayashi PH. Depression in primary caregivers of patients listed for liver of kidney transplantation. *Prog Transplant*. 2007;17:193-8.
25. Berg A, Palomäki H, Lönnqvist J, Lehtihalmes M, Kaste M. Depression among caregivers of stroke survivors. *Stroke*. 2005;36:639-43.
26. Ferrara M, Langiano E, Di Branco T, De Vito E, Di Cioccio L, Banco C. Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6:93.
27. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol*. 1959;32:50-5.
28. Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety. En: Lander MH, editor. *Studies of Anxiety*, 3. *Brit J Psychiat Spec Pub*; 1969. p. 76-9.
29. Conde V, Franch JL. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Laboratorios Upjohn; 1984.
30. Beneke M. Methodological investigations of the Hamilton Anxiety Scale. *Pharmacopsychiat*. 1987;20:249-55.
31. Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P. *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Masson; 2000.
32. American Psychiatric Association. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington: APA; 2000.