

Salud psicosocial de cuidadoras familiares y profesionales: asociación con factores sociodemográficos y psicológicos*

Francisco Javier Saavedra
Miguel Jesús Bascón
María Jesús Rojas
Arianna Sala
Universidad de Sevilla

Actualmente, el cuidado de personas dependientes es asumido principalmente por mujeres en el ámbito familiar. Esta actividad puede representar un impacto negativo sobre la salud. Así, nos planteamos evaluar la salud de cuidadoras, familiares y profesionales, frente a no cuidadoras, la asociación entre diferentes variables sociodemográficas y salud, así como la correlación entre pensamientos disfuncionales sobre cuidados y salud. Participaron 204 mujeres, asistentes a talleres psicoeducativos en Sevilla y provincia (España), a quienes se aplicaron los cuestionarios GHQ28 (Cuestionario General de Salud) y CPD (Pensamientos Disfuncionales sobre Cuidados). Los resultados mostraron que ser cuidadora familiar tiene repercusiones negativas para la salud, especialmente ansiedad, que a mayor nivel educativo mejor salud y que, en general, existe escasa correlación entre pensamientos disfuncionales y salud, siendo inexistente en las cuidadoras. Así, los pensamientos disfuncionales no siempre generan efectos patológicos. Finalmente se ofrecen algunas consideraciones de carácter sociocultural que otorgan sentido a las prácticas de cuidado así como posibles derivaciones y mejoras del estudio.

Palabras clave: cuidadoras, pensamientos disfuncionales, práctica cultural, salud psicosocial.

* *Agradecimientos:* nos gustaría agradecer a la Asociación de Ayuda a Familiares de Enfermos Crónicos (AFEC), a los ayuntamientos implicados en la organización de los talleres de control de estrés, y como no, a las mujeres participantes en este trabajo, su inestimable colaboración.

Correspondencia: Francisco Javier Saavedra. Facultad de Psicología. Dpto. Psicología Experimental. Universidad Sevilla. C/. Camilo José Cela s/n. 41018. Sevilla. Correo electrónico: fjsaavedra@us.es

Psychosocial health of family caregivers and professionals: Association with sociodemographic and psychological factors

Currently, the care of dependent people is provided mainly by women in the family context. This activity may involve a negative impact on health. Therefore, we decided to assess the health of family caregivers, professional caregivers and non-caregivers, the association between sociodemographic variables and health, and the correlation between dysfunctional thoughts about care and health. Participants were 204 women attending psychoeducational workshops in Seville and province (Spain), and GHQ28 (General Health Questionnaire) and CPD (Care Dysfunctional Thoughts) were applied. The results showed that being familiar caregiver has negative effects on health, especially anxiety, that the higher education level is associated with better health, and that, in general, there is slight correlation between dysfunctional thoughts and health, being non-existent in caregivers. Therefore, dysfunctional thoughts are not always associated to pathological effects. Finally, some sociocultural considerations in order to discuss care practices and possible therapeutic involvements of the study are showed.

Keywords: Caregivers, dysfunctional thoughts, cultural practice, psychosocial health.

Introducción

Desde las últimas décadas se advierte un envejecimiento progresivo de la población en España, lo cual nos señala que sufriremos en los próximos años un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas incapacitantes, entre estas las demencias. En concreto en España, existen hoy 400.000 personas diagnosticadas de Alzheimer, una cifra que sin lugar a dudas se multiplicará en las próximas décadas (Prieto, Eimil, López de Silanes y Llanero, 2011). Sabemos que los patrones culturales, como las creencias y normas sociales predominantes en los países del sur de Europa y Latinoamérica, privilegian que sea en el ámbito familiar donde se desarrollen los cuidados, descartando o dejando para coyunturas extremas el uso de recursos socio-sanitarios como residencias o incluso la ayuda de profesionales de forma constante en el hogar. Algunos autores han utilizado el término de familiarismo para denominar a este conjunto de valores (Losada *et al.*, 2006). Es importante destacar que estas creencias no determinan que sea solo en el ámbito familiar donde se realicen las tareas de cuidados sino que sean esencialmente mujeres las que lo lleven a cabo (Masanet y La Parra, 2011).

Numerosas investigaciones han demostrado que las tareas de cuidado están asociadas, especialmente en mujeres, con mayor sobrecarga y peor salud física y psicológica (Gálvez, Ríos y García, 2013). Entre las personas cuidadoras se detecta mayor número de problemas de salud mental, por ejemplo síntomas depresivos, de ansiedad y problemas somáticos difusos que en muchos casos tienen un origen psi-

cógeno (IMSERSO, 2005). Así, Marriott, Donaldson, Tarrier y Burns (2000) informan que hasta un 66% de cuidadoras se podrían considerar casos psiquiátricos, según sus puntuaciones en la prueba de *screening* GHQ28, con un punto de corte de 4/5.

La evaluación cognitiva de los acontecimientos, su interpretación de acuerdo con nuestras creencias, y su efecto en la salud psicológica ha representado la piedra angular de algunas teorías psicológicas clásicas. Así, estilos de procesamientos erróneos (distorsiones cognitivas) o esquemas irracionales (creencias irracionales) han sido señalados como factores de riesgo de la depresión y otros trastornos psicológicos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). En concreto se ha destacado que los problemas de salud en las cuidadoras están fuertemente relacionados con pensamientos disfuncionales (Losada, Montorio, Izal y Márquez, 2006; Stebbins y Pakenham, 2001). Los pensamientos disfuncionales sobre las tareas de cuidado pueden afectar a la forma en que interpretamos nuestra realidad e incidir directamente en nuestro estado de salud. Al mismo tiempo, estas creencias pueden afectar al uso de determinados estilos de afrontamiento, estableciendo pautas de acción que dificultan o impiden la búsqueda de soluciones a los problemas e incrementan el riesgo de padecer problemas de salud. Algunas intervenciones psicológicas focalizadas en la discusión de pensamientos disfuncionales y el incremento de actividades placenteras, han presentado resultados positivos en muestras de personas cuidadoras (Losada, Márquez-González y Romero-Moreno, 2010).

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes aprobada en noviembre del 2006, que pretendía modernizar y mejorar los servicios sociosanitarios de atención y acompañamiento a las cuidadoras estableciendo nuevos derechos sociales para las personas dependientes y cuidadoras, ha quedado prácticamente paralizada. Todo ello provoca que el contexto socio-cultural sea especialmente estresante para las mujeres. Relacionado con Ley de Promoción de la Autonomía Personal un gran número de mujeres comenzaron a trabajar en servicios públicos o privados de ayuda a domicilio cuidando a personas con distinto grado de dependencia. El perfil de estas mujeres, aunque profesional por recibir remuneración y cuidar a pacientes que no son familiares, se encuentra cercano al familiar pues muchas trabajan en áreas rurales con redes sociales muy densas. En este sentido, también es necesario evaluar su estado de salud y prevenir posibles patologías asociadas a las tareas de cuidado.

Nuestros objetivos son, primero evaluar el estado de salud psicosocial de mujeres residentes en áreas rurales y urbanas, cuidadoras familiares, cuidadoras profesionales y no cuidadoras. Todas las mujeres eran participantes en talleres de control de estrés organizados por ayuntamientos y la Diputación provincial de Sevilla. Segundo, explorar la asociación entre el estado de salud y diferentes variables sociodemográficas. Tercero, verificar la existencia de correlación entre los pensamientos disfuncionales sobre cuidados y el estado de salud de las participantes en el estudio en su totalidad, y por separado, en cada una de las condiciones de la variable tipo de cuidadora: Familiar, profesional, no cuidadora. Hipotetizamos

un peor estado de salud de las cuidadoras familiares y profesionales. También esperamos asociación entre el estado de salud y los pensamientos disfuncionales y con algunas variables sociodemográficas como el nivel educativo.

Método

Participantes

La selección de las participantes ha sido de tipo intencional, es decir, se aprovechó la participación voluntaria en un curso de control de estrés especialmente dirigido a cuidadoras. En primer lugar los servicios sociales de los ayuntamientos invitaron a las mujeres cuidadoras que consideraban en situación de riesgo a participar en los talleres de control de estrés. Las plazas libres eran ocupadas por profesionales cuidadoras, auxiliares de clínica a domicilio o en residencias, y otros habitantes de los municipios interesados en participar. Los talleres consistían en cinco módulos de tres horas en los que se trabajaba habilidades sociales, técnicas de relajación y creencias sociales sobre cuidados.

Participaron 204 mujeres que asistieron a los talleres por primera vez en algunas de sus ediciones durante los años 2012-2013; 90 cuidadoras familiares, 36 cuidadoras profesionales y 78 no cuidadoras.

Todas las cuidadoras familiares participantes prestan *High Intensive Caring* [cuidados con gran dedicación] como cuidadoras principales a personas con al menos un grado II de dependencia. High Intensive Caring, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), implica dedicar a la semana más de 20 horas a cuidados (Colombo, Llena-Nozal, Mercier y Tjadens, 2011). Las cuidadoras profesionales son definidas como mujeres que trabajan o han trabajado en el último año como cuidadoras profesionales de pacientes sin vínculo familiar de forma remunerada en entidades públicas o privadas. La gran mayoría de las mujeres, un 67%, cuidaba a padres o madres con algún tipo de demencia. Una minoría de cuidadoras principales atendía a hijos con algún trastorno grave del desarrollo o discapacidad o a familiares con alguna enfermedad cardiovascular u oncológica grave. El hecho de haber participado en alguna ocasión anterior al curso de estrés impartido u otro con objetivos parecidos fue considerado motivo de exclusión.

Como se puede ver en la tabla 1 las edades oscilan de manera significativa siendo las cuidadoras familiares las mayores ($\bar{x}=49,45$). Se observa efecto del nivel educativo predominando un nivel básico en cuidadoras profesionales y familiares y superior en no cuidadoras. Respecto a la situación laboral también observamos diferencias, dándose mayor actividad remunerada, como es lógico, en cuidadoras profesionales y no cuidadoras. La distribución geográfica igualmente muestra un efecto significativo; las cuidadoras familiares están ubicadas en ámbitos rurales (63,3%), las profesionales repartidas por igual y las no cuidadoras en zonas urba-

nas (78,2%). Entendemos área urbana como la perteneciente a la capital, Sevilla, o su área metropolitana, poblaciones siempre de más de 10.000 habitantes.

TABLA 1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

Contenidos	<i>Cuidadora Familiar</i>	<i>Cuidadora Profesional</i>	<i>No Cuidadora</i>	<i>Estadístico</i>
Edad media en años (dt)	49,45 (12,46)	40,73 (10,20)	40,01 (9,46)	$F: 16,31$ $p: <0,001$
<i>ETA cuadrado</i>				0,388
Nivel educativo n (%)				
<i>Sin terminar-Obligatorio</i>	43 (47,8)	20 (55,6)	15 (19,2)	$X^2: 36,009$
<i>FP-Bachiller</i>	37 (41,1)	(25) 7 (19,4)	26 (33,3)	$p: <0,001$
<i>Universidad</i>	10 (11,1)		37 (47,4)	
<i>V de Cramer</i>				0,297
Situación laboral n (%)				
<i>No trabaja</i>	51 (56,7)	5 (13,9)	31 (39,7)	$X^2: 41,056$
<i>Trabaja</i>	27 (30)	31 (86,1)	46 (59)	$p: <0,001$
<i>Pensionista</i>	12 (13,3)	0	1 (1,3)	
<i>V de Cramer</i>				0,317
Área n (%)				
<i>Urbano (Sevilla área metro.)</i>	33(36,7)	18(50)	61(78,2)	$X^2: 29,54$
<i>Rural (provincia Sevilla)</i>	57(63,3)	18(50)	17(21,8)	$p: <0,001$
<i>V de Cramer</i>				0,381

Todas las participantes en la investigación, antes de la recogida de los datos, fueron informadas y dieron su consentimiento. Todo el proceso de recogida de datos para cada uno de los objetivos fue completamente anónimo y es completamente imposible identificar los datos de ninguna participante. La institución que organizaba los talleres en colaboración con los ayuntamientos, Asociación para la Ayuda a Familiares de Enfermos Crónicos (AFEC), fue informada del diseño de la investigación, dio su consentimiento y supervisó todo el proceso.

Diseño y Análisis

Nuestro trabajo presenta un diseño transversal y univariante. Es decir, supone una necesaria primera aproximación descriptiva y exploratoria de los datos. Este análisis nos va a permitir determinar la asociación entre el tipo de cuidadoras, pensamientos disfuncionales y diversas variables sociodemográficas con el estado de salud. Todas las participantes en los talleres de control de estrés incluidas en nuestro estudio cumplieron los instrumentos que se describirán en el siguiente

te apartado en el primer día de taller. Para analizar la relación entre el estado de salud con las variables tipo de cuidadora (Familiar, Profesional, No cuidadora), nivel educativo (Universitario, Medio, Bajo), situación laboral (Paro, Trabajando, Pensionista) y área (Urbana, Rural) optaremos por el análisis de la varianza (ANOVA), incluyendo la prueba de tamaño de efecto ETA al cuadrado (objetivos 1 y 2). Utilizaremos la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis cuando la distribución de la muestra no permita utilizar ANOVA.

Con el objetivo de analizar los casos de riesgo clínicos identificados mediante la puntuación clínica del GHQ28 con los puntos de corte 4/5 y 5/6 en las tres condiciones de la variable tipo de cuidadora, utilizaremos tablas de contingencias. El estadístico de Ji-cuadrado y la V de Cramer nos servirán como prueba de significación y tamaño de efecto.

Para abordar la asociación entre pensamientos disfuncionales y estado de salud, utilizaremos la correlación de Spearman, ya que permite trabajar con poblaciones no normales, ofreciendo los resultados de la muestra total y por separado en la muestra de cuidadoras familiares, cuidadoras profesionales y no cuidadoras.

Instrumentos

Se utilizaron el Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales sobre Cuidados (Losada et al., 2006) y el Cuestionario General de Salud versión 28 ítems, (Goldberg y Williams, 1996). El GHQ28 se divide en cuatro factores (Síntomas somáticos, Ansiedad, Función social, Depresión) y una puntuación total; es un cuestionario ampliamente utilizado en investigación epidemiológica desde hace décadas y que ha demostrado su fiabilidad y validez en numerosas poblaciones en el mundo en el análisis de la salud psicosocial. En nuestro caso, la puntuación total del GHQ28 muestra una consistencia interna alfa de Cronbach 0,93, la escala de síntomas somáticos 0,803, la de ansiedad 0,911, la de funcionamiento social 0,764, y la de depresión 0,915. El GHQ28 también ofrece una puntuación clínica con puntos de corte 4/5 y 5/6.

El CPD fue sido diseñado por Losada y cols. (2006) para estudiar los pensamientos disfuncionales sobre cuidados. Ha sido validado con población española y desde entonces utilizado en numerosas investigaciones (Losada, Montorio, Izal y Márquez, 2006). Dispone de una puntuación total y dos factores (Entrega-Aislamiento y Autoexigencia-Responsabilidad). Aunque es una prueba relativamente joven ha demostrado validez y fiabilidad aceptables. En nuestra muestra presenta un alfa de Cronbach, en la puntuación total, de 0,901. La consistencia interna de los dos factores también es alta, 0,87 para autoexigencia-responsabilidad y 0,9 para entrega-aislamiento. Las asistentes a los talleres cumplimentaron los cuestionarios al comienzo del taller. Tanto el GHQ28 como el CPD se interpretan de forma que a mayor puntuación debemos entender un peor estado de salud y un mayor número de pensamientos disfuncionales, respectivamente.

Resultados

Como se puede observar en la tabla 2 los casos clínicos están significativamente sobrerrepresentados en la condición de cuidadora familiar. Un 50% de estas pueden ser categorizadas mediante el punto de corte 4/5 del GHQ28 como casos clínicos. En contraste, solo un 14% de las cuidadoras profesionales y un 31% de las no cuidadoras entrarían en la categoría de casos clínicos. Si aumentamos el punto de corte hasta 5/6 los resultados son similares. El tamaño de efecto tanto con el punto de corte 4/5 como 5/6 es mediano.

TABLA 2. TABLA DE CONTINGENCIA, SIGNIFICACIÓN Y TAMAÑO DE EFECTOS ENTRE "TIPO DE CUIDADORA" Y CASOS CLÍNICOS (PUNTOS DE CORTES 4/5 Y 5/6 DEL GHQ28).

Punto de corte 4/5	Control Frecuencias (%)	Casos Clínicos Frecuencias (%)	p	Tamaño de efecto V de Cramer
Cuidadora familiar	45 (50%)	45 (50%)	<0,001	0,276
Cuidadora profesional	31 (86,1%)	5 (13,9%)		
No cuidadora	54 (69%)	24 (31%)		
<i>Punto de corte 5/6</i>				
Cuidadora familiar	51 (63,75%)	39 (36,25%)	0,002	0,252
Cuidadora profesional	31 (86,1%)	5 (13,9)		
No cuidadora	60 (76,9%)	18 (23,1%)		

La tabla 3 de la página siguiente representa el análisis univariante del GHQ en función de distintas variables. Por ejemplo ser cuidadora implica peor salud, especialmente aquellas que lo hacen en el ámbito familiar (salud general, $\bar{x}=1,02$, ansiedad, $\bar{x}=1,24$, funcionamiento social, $\bar{x}=1,11$ y depresión, $\bar{x}=0,57$), aunque con tamaños de efecto relativamente pequeños. Asimismo, se observa incidencia del nivel educativo sobre casi todos los factores del GHQ; en general, a mayor nivel educativo mejor salud, siendo el grupo con estudios obligatorios/sin terminar el más debilitado (salud general, $\bar{x}=0,95$, ansiedad, $\bar{x}=1,19$, funcionamiento social, $\bar{x}=1,07$ y depresión, $\bar{x}=0,50$). Respecto a la localización geográfica, solo se encuentran diferencias en ansiedad ($\bar{x}=1,19$) y depresión ($\bar{x}=0,55$), observándose peor salud en el ámbito rural ($0,019 \leq V \leq 0,035$). En cuanto a la situación laboral, solo se presentan diferencias en el factor de ansiedad ($\eta^2=0,047$), concretamente de aquellas participantes en paro ($\bar{x}=1,17$) respecto a las activas ($\bar{x}=0,91$). Finalmente, la edad correlaciona únicamente con el funcionamiento social ($Rho=0,153$).

TABLA 3. ANÁLISIS UNIVARIANTE CUIDADORA, V. SOCIODEMOGRÁFICAS Y GHQ.

	<i>GHQ Total</i>	<i>GHQ F1</i>	<i>GHQ F2</i>	<i>GHQ F3</i>	<i>GHQ F4</i>
<i>Cuidadora</i>					
No	0,77	0,94	0,83	1,01	0,31
Familiar	1,02	1,15	1,24	1,11	0,57
Profesional	0,87	0,93	1,04	0,99	0,52
H Kruskal-Wallis	14,903		20,814	6,171	17,148
<i>p</i>	<i>p</i> =0,001	n.s	<i>p</i> <0,001	<i>p</i> =0,046	<i>p</i> <0,001
V de Cramer	0,12		0,14	0,07	0,13
<i>Nivel educativo (media)</i>					
Sin terminar-obligatorio	0,95	1,06	1,19	1,07	0,50
FP-Bachiller	0,91	1,04	1,04	1,05	0,53
Universidad	0,8	0,99	0,86	1,02	0,33
H Kruskal-Wallis	10,810		13,424	9,476	12,586
<i>p</i>	<i>p</i> =0,002	n.s	<i>p</i> <0,001	<i>p</i> =0,023	<i>p</i> =0,005
V de Cramer	0,1		0,011	0,096	0,111
<i>Área</i>					
Urbana	0,85	0,99	0,93	1,02	0,39
Rural	0,96	1,09	1,19	1,07	0,55
<i>F</i> Snedecor	3,21	1,25	7,27	0,92	3,84
<i>P</i>	n.s	n.s	<i>p</i> =0,008	n.s	<i>p</i> =0,051
ETA cuadrado			0,035		0,019
<i>Situación Laboral</i>					
Paro	0,96	1,04	1,17	1,10	0,53
Activo	0,83	1,02	0,91	1	0,39
Pensionista	1,05	1,15	1,33	1,16	0,57
<i>F</i> Snedecor	2,77	0,256	4,953	2,834	1,679
<i>p</i>	n.s	n.s	<i>p</i> =0,008	n.s	ns
ETA cuadrado			0,047		
<i>Bonferroni</i>					
<i>Edad</i> (Rho Spearman)	0,081	0,033	0,073	0,153*	0,010
<i>p</i>				<i>p</i> =0,037	

* La correlación es significativa en el nivel 0,005.

** La correlación es significativa en el nivel 0,001.

En la tabla 4 de la página siguiente observamos correlaciones entre factores de salud (GHQ) y pensamientos disfuncionales (CPD), de la muestra completa y tres subgrupos (cuidadoras familiares, profesionales y no cuidadoras).

TABLA 4. CORRELACIONES GHQ Y CPD (TOTAL DE PARTICIPANTES Y SUBGRUPOS SEGÚN VARIABLE TIPO DE CUIDADORA).

	CPD total	CPD entrega	CPD autoexigencia	CPD total	CPD entrega	CPD autoexigencia
<i>Completa</i> N=187				<i>Cuidadoras familiares</i> N=81		
<i>GHQtotal</i> Rho Spearman <i>p</i>	0,168* 0,017	.176* 0,012	.141* 0,044	ns	ns	ns
<i>GHQF1</i> Rho Spearman <i>p</i>	ns	ns	ns	ns	ns	ns
<i>GHQF2</i> Rho Spearman <i>p</i>	0,196** 0,005	0,197** 0,005	0,170* 0,015	ns	ns	ns
<i>GHQF3</i> Rho Spearman <i>p</i>	ns	ns	ns	ns	ns	ns
<i>GHQF4</i> Rho Spearman <i>p</i>	0,140* 0,046	0,165* 0,018	ns	ns	ns	ns
<i>Cuidadoras profesionales</i> N=30				<i>No cuidadoras</i> N=76		
<i>GHQtotal</i> Rho Spearman <i>p</i>	ns	ns	ns	ns	0,225* 0,047	ns
<i>GHQF1</i> Rho Spearman <i>p</i>	ns	ns	ns	ns	ns	ns
<i>GHQF2</i> Rho Spearman <i>p</i>	ns	ns	ns	ns	ns	ns
<i>GHQF3</i> Rho Spearman <i>p</i>	ns	-0,369* 0,027	ns	ns	ns	ns
<i>GHQF4</i> Rho Spearman <i>p</i>	ns	ns	ns	ns	0,259* 0,022	ns

* La correlación es significativa en el nivel 0,005.

** La correlación es significativa en el nivel 0,001.

Vemos cómo en la muestra completa aparecen numerosas correlaciones entre el GHQ y CPD (valores bajos), excepto en los factores de somatización (F1) y funcionamiento social (F3) que no presentan ninguna. Lo más destacable son las correlaciones que mantiene la ansiedad (F2) con CPDtotal (Rho=0,196) y con

CPDentrega ($Rho=0,197$). En la submuestra de cuidadoras familiares no aparece ninguna correlación, y en las cuidadoras profesionales tan solo una negativa entre funcionamiento social (F3) y CPDentrega ($Rho= -0,369$); ello significa que cuantos más pensamientos disfuncionales de entrega menor puntuación en funcionamiento social, es decir, mejor funcionalidad en este factor. Respecto al grupo de no cuidadoras, se hallan dos correlaciones, una del CPDentrega con el GHQtotal ($Rho=0,225$) y otra con depresión ($Rho=0,259$).

Discusión

Dividimos nuestra discusión en tres apartados según los objetivos antes reseñados para sistematizar nuestro análisis y hacerlo más fácilmente comprensible.

Relación entre tipo de cuidadora y estado de salud

Nuestros resultados verifican la asociación entre ser cuidadora familiar y peor estado de salud psicosocial encontrada en la literatura (Pinquart y Sörensen, 2003; Seguí, Ortiz-Tallo y De Diego, 2008). Las cuidadoras familiares, especialmente, en el factor que evalúa ansiedad (GHQF2), muestran una puntuación más alta y por lo tanto peor salud, seguidas de las profesionales. Son los factores del GHQ de carácter psicológico, ansiedad y depresión, los que arrojan un tamaño de efecto más grande. En esta misma línea, Manso, Sánchez y Cuéllar (2013) incluyen el factor de ansiedad en la ecuación de regresión que mejor explica el estado de salud de una muestra de cuidadoras rurales. Todo ello demuestra la importancia de tener en cuenta no solo patologías de carácter orgánico en esta población, sino también el estrés psicológico que puede derivar en cuadros muy graves. El porcentaje de casos de riesgo clínico entre nuestras cuidadoras, un 50%, es similar al 45,8% obtenido por Cuellar y Sánchez (2012) utilizando el GHQ-12 en una muestra de 105 cuidadoras/es, y superior al porcentaje de casos clínicos en las no cuidadoras.

La distancia entre la puntuación de las cuidadoras profesionales y las no cuidadoras en la mayoría de los factores del GHQ se reduce a pocos puntos. Además, a pesar de que utilizando las medias de las puntuaciones en cada factor del GHQ las cuidadoras profesionales puntúan ligeramente por encima de las no cuidadoras, estas arrojan mayor número de casos extremos (casos clínicos) que las cuidadoras profesionales. Por lo tanto, no podemos confirmar una de nuestras hipótesis: las cuidadoras profesionales mostrarán peor salud psicosocial que las no cuidadoras. Es razonable pensar que entre las cuidadoras profesionales que están trabajando o han trabajado recientemente, aunque la actividad como cuidadora pueda empeorar su salud psicosocial, exista un menor número de casos extremos. De forma consistente desde hace décadas la actividad laboral se asocia claramente

con una mejor salud psicosocial (Bartley, 1994). De hecho nuestros datos muestran que las mujeres en paro padecen significativamente más ansiedad que las mujeres activas.

Relación entre Tipo de cuidadora y variables sociodemográficas

Aparte de la relación positiva entre estar trabajando y menor ansiedad, encontramos otras variables significativas, aunque con un tamaño de efecto menor al obtenido por la variable tipo de cuidadora: el nivel educativo, el área y la edad. Las personas con mayor nivel educativo presentan mejor salud de forma significativa en todos los factores del GHQ excepto en el GHQ1. También las mujeres que viven en áreas rurales muestran consistentemente peor salud psicosocial que las que viven en áreas urbanas, aunque con diferencias solo significativas en el factor ansiedad. Aunque solo existe asociación significativa con el factor de ansiedad del GHQ y su tamaño de efecto es pequeño creemos necesario hacer referencia a ciertos factores de riesgo en la población rural (Gorlat-Sánchez *et al.*, 2013). Algunos autores apuntan que el escaso desarrollo de los servicios socio-sanitarios y una menor conectividad por medio de transporte público en muchas áreas rurales, unido al mayor control social de estas áreas, pueden explicar la existencia de peores indicadores de salud (Martínez, 2009). De hecho, el éxito de asistencia a nuestros talleres de control de estrés y la implicación de las administraciones locales en la organización de estos reafirma la necesidad de una atención especial a estas poblaciones.

Respecto a la edad, no hemos encontrado correlaciones intensas con el estado de salud. Solamente el factor GHQ3 de funcionamiento social es significativo. Este hallazgo es compatible con los resultados de otras investigaciones en las cuales la edad no ejerce una gran influencia en el GHQ, exceptuando el grupo de las mujeres a partir de 65 años (Goldberg y Williams, 1996).

La descripción de nuestros resultados dibujan una población muy específica que se encuentra en riesgo de padecer problemas de salud, cuidadoras familiares, con bajo nivel educativo, inactivas laboralmente y en áreas rurales. Son las mujeres con peor formación, por lo tanto con menos probabilidad de encontrar empleo, y aquellas de mayor edad las que se ven empujadas a ocuparse de sus familiares enfermos (IMSERSO, 2005). Es una descripción de la población cuidadora similar a la hallada por Manso, Sánchez y Cuéllar (2013) en zonas rurales del centro de España.

Relación entre pensamientos disfuncionales y estado de salud

Esperábamos encontrar una correlación al menos moderada entre pensamientos disfuncionales sobre cuidado y baja salud psicosocial, especialmente en el grupo de las cuidadoras familiares. Las correlaciones bivariadas entre GHQ28 y

CPD son generalmente muy pequeñas, entre 0,1 y 0,2, las cuales, teniendo en cuenta el tamaño de la muestra, pueden ser descritas como muy pequeñas o inexistentes ya que las variables solo compartirían alrededor de un 1% de la varianza. Excepto algunas correlaciones entre 0,2 y 0,4 nuestros resultados no señalan una fuerte o moderada asociación entre los pensamientos disfuncionales y un peor estado de salud, especialmente en la muestra específica de cuidadoras, donde no se halla ninguna correlación significativa. Por lo tanto, no podemos corroborar la hipótesis de una correlación significativa entre estado de salud psicosocial y pensamientos disfuncionales en cuidadoras.

La correlación más fuerte entre estado de salud y pensamientos disfuncionales de cuidados la encontramos en el grupo de cuidadoras profesionales y además es de carácter negativo, es decir a más pensamientos disfuncionales en el factor entrega (CPD) mejor funcionamiento social (GHQ3). Algunos estudios han hallado correlación positiva entre valores altruistas y bajo estrés ocupacional (Segura y cols., 2006). Sin embargo, Cuellar-Flores, Pilar-Sánchez y Santamaría (2012) encontraron que la variable altruismo medida a través del cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores y tutores explicaba el mal ajuste psicológico cuando se tomaba conjuntamente con otras variables de personalidad en una muestra de cuidadores profesionales compuesta, al contrario que la nuestra, por un 70% de sujetos con estudios universitarios.

En nuestro caso los ítems del factor funcionamiento social del GHQ están relacionados con el grado de actividad y con la satisfacción en el desempeño social. Por otra parte, los ítems del factor entrega del CPD están conectados con valores colectivistas y de responsabilidad social. Por ello, es posible que en cuidadoras profesionales de baja formación, en las cuales las tareas de cuidado están limitadas temporalmente y existe mayor distanciamiento emocional, los valores relacionados con la entrega aumente la satisfacción con las tareas realizadas como cuidadoras.

También, en contra de lo esperado, encontramos que en el grupo de no cuidadoras mayor número de correlaciones significativas que en el grupo de cuidadoras familiares. En concreto, hallamos correlaciones positivas en el factor de entrega del CPD con GHQtotal y el factor depresión (GHQ4).

Una reflexión importante es necesaria a la luz de estos resultados. Lo que llamamos pensamientos disfuncionales no siempre y para todos los grupos humanos presenta un efecto negativo en la salud. A partir de nuestra experiencia clínica en los talleres con mujeres cuidadoras, algunos pensamientos llamados disfuncionales como *El ser cuidadora es una obligación moral, un deber* o *Nadie podrá cuidar al familiar enfermo como yo* pueden presentar algunas funciones psicológicas positivas en las mujeres. Por ejemplo, mantener la autoestima estable permitiendo encontrar significados sociales y culturales a su actividad como cuidadora. Cuéllar-Flores, Sánchez-López y Santamaría (2012) delimitan la autoestima como una característica que se asocia con mayor ajuste psicológico y satisfacción global

al practicar tareas de cuidado. Así, consideramos más correcto denominar a estas ideas “creencias sociales” y no “pensamientos disfuncionales”, denominación que tienen un marcado carácter negativo. Por lo tanto, la relación entre las creencias sociales y el estado de salud es muy complejo dificultando adquirir estilos de afrontamiento adaptativos y prácticas saludables pero también, al mismo tiempo, dotando de significado social y sentido a sus prácticas evitando la desesperanza y la depresión en algunos casos. Esta relación compleja puede impedir que se hallen correlaciones lineales significativas entre los llamados pensamientos disfuncionales y deterioro de la salud psicológica en algunos grupos de cuidadoras en contextos socioculturales determinados o incluso encontrar correlaciones negativas, como nos ocurre en el grupo de cuidadoras profesionales.

Relacionar la existencia de estos pensamientos disfuncionales con el estado de salud sin considerar sus funciones y el marco socio-económico-cultural de las cuidadoras nos hace correr el riesgo de caer en una perspectiva reduccionista y cognitivo-céntrica del problema. Algunos resultados de investigaciones apuntan en esa dirección. Cuéllar-Flores, Sánchez-López y Santamaría (2012) consideran que la adaptación personal durante las tareas de cuidado depende del contexto. Por otro lado, el “familiarismo”, la creencia en fuertes vínculos familiares, en la reciprocidad y lealtad entre los miembros de la familia nuclear y extensa, presenta correlaciones diferentes con la depresión y con la carga psicológica dependiendo de los grupos sociales que se estudian, cuidadores hispanos en USA o cuidadores españoles (Losada *et al.*, 2006). Estas consideraciones son esenciales en el trabajo psicoterapéutico y en el diseño de programas de intervención con esta población de riesgo por muchas razones de las cuales enfatizamos dos.

Primero, la variabilidad y riqueza étnico-cultural existente en nuestras sociedades hace necesario que seamos sensibles a los aspectos culturales ya que en algunos contextos lo que se denomina pensamientos disfuncionales pueden funcionar como factores de protección ante una situación extremadamente amenazante. En cualquier caso, habrá que valorar el coste de discutir creencias sociales muy arraigadas en grupos culturales amenazando de este modo el equilibrio social. Segundo, si consideramos oportuno discutir mediante programas psicoeducativos esas ideas, no sería extraño encontrarlas en una primera fase del proceso con un aumento de la ansiedad en las personas participantes en el programa.

Entre las limitaciones de nuestro estudio destacamos dos. La muestra fue totalmente ad-hoc, es decir, aprovechando la accesibilidad de un grupo de mujeres que asistían a nuestro taller. Por lo tanto, no hubo un muestreo previo de acuerdo a un diseño específico para reducir al máximo los sesgos. Segundo, no hemos podido realizar pruebas paramétricas en muchos casos debido a la distribución de los resultados. Consideramos que eliminar algunos casos *outlier* y transformar la distribución de las muestras para normalizarlas distorsionaría los resultados de prevalencia de casos clínicos. Evidentemente son necesarios análisis multivariantes que estudien la interacción entre todas las variables, incluyendo variables no

estudiadas en nuestro artículo y reseñadas por la literatura como, por ejemplo, tiempos de cuidado, tipo de enfermedad, parentesco (Colombo *et al.*, 2011).

Algunos de nuestros resultados no validan nuestra hipótesis original, es decir, son negativos. A pesar del sesgo de publicación a favor de los resultados positivos del cual nos advierte repetidamente la literatura (Dickersin, 1997), consideramos que nuestros hallazgos son valiosos. La débil y paradójica asociación entre una variable cognitiva clásica como los pensamientos disfuncionales y la salud psicosocial, en contraste con la fortaleza de otras variables de carácter social o psicosocial sugiere que debemos analizar los aspectos cognitivos siempre situándolos socio-culturalmente. A nivel de investigación es aconsejable complementar, siempre que sea posible, metodología cualitativa y cuantitativa. En el ámbito aplicado debemos considerar rigurosamente el efecto de nuestras intervenciones en el conjunto de valores y significados predominantes en la comunidad donde trabajemos.

REFERENCIAS

- Bartely, M. (1994). Unemployment and ill health: Understanding the relationship. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 48, 333-337.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Colombo, F., Lena-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Health Policy Studies.
- Cuéllar, I. y Sánchez, M. P. (2012). Adaptación psicológica en personas cuidadoras de familiares dependientes. *Clínica y Salud*, 23 (2), 141-152.
- Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M. P. y Santamaría, P. (2012). Personality and psychological adjustment in formal caregivers. What is best for caring is also the best for caregivers? *Anuario de Psicología*, 42 (2), 151-164.
- Dickersin K. (1997). How important is publication bias? A synthesis of available data. *AIDS Education & Prevention*, 9 (Suppl A), 15-21.
- Gálvez, M., Ríos, F. y García, A. M. (2013). Crecer cuidando. El rol cuidador en las hijas de madres dependientes. *Index de Enfermería*, 22 (4), 237-243.
- Goldberg, D. y Williams, P. (1996). *Cuestionario de Salud general GHQ*. Barcelona: Masson.
- Gorlat-Sánchez, B., García-Caro, M. P., Peinado-Gorlat, P., Expósito-Ruiz, M., Quero-Rufián, F. y Cruz-Quintana, F. (2013). Influencia del ámbito, rural o urbano, en la percepción de los apoyos y las necesidades de las personas cuidadoras en el hospital. *Anales Sistema Sanitario Navarra*, 36 (3), 441-454.
- IMSERSO (2005). *Cuidado a las personas mayores en los hogares españoles*. Madrid: IMSERSO.
- Losada, A., Márquez-González, María. y Romero-Moreno, Rosa. (2010). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatrie Psychiatry*, 26, 1119-1127.
- Losada, A., Montorio, I., Izal, M. y Márquez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

- Losada, A., Robinson, R., Knight, B.G., Márquez, M., Montorio, I., Izal, M. y Ruiz, M.A. (2006). Cross-cultural study comparing the association of familism with burden and depressive symptoms in two samples of Hispanic dementia caregivers. *Aging and Mental Health*, 10 (1), 69-76.
- Manso, E., Sánchez M.P. y Cuéllar, P. (2013) Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. *Clínica y Salud*, 24, 37-45.
- Marriot, A., Donaldson, C, Tarrier, N., & Burns, A. (2000). Effectiveness of cognitive-behavioral family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *British Journal of psychiatry*, 176, 557-562.
- Martínez, M.T. (2009). *La intervención psicosocial en contextos rurales con familias de personas mayores en situación de dependencia*. Madrid: En clave rural.
- Masanet, E. y La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española Salud Pública*, 85 (3), 257-266.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and non caregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 2, 250-267.
- Prieto, C., Eimil, M., López de Silanes, C. y Llanero, M. (2011) *Impacto de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Fundación Española de Enfermedades neurológicas.
- Seguí, J.D., Ortiz-Tallo M. y De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de Psicología*, 24 (1), 100-105.
- Segura, J., Ferrer, M., Palma, C., Ger, S., Doménech, M., Gutiérrez, I. y Cebriá, J. (2006). Valores personales y profesionales en médicos de familia y su relación con el síndrome de burnout. *Anales de Psicología*, 22, 45-51.
- Stebbins, P. y Pakenham, I. (2001). Irrational schematic beliefs and psychological distress in caregivers of people with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 46 (2), 178-194.

