



**Universidad de Jaén**

Departamento de Enfermería

**RELACIONES ENTRE EL APOYO  
SOCIAL, LA SOBRECARGA SUBJETIVA,  
LA ANSIEDAD Y LOS SÍNTOMAS  
DEPRESIVOS EN PERSONAS  
CUIDADORAS FAMILIARES**

**Autora: Belén Gutiérrez Sánchez**

**DIRECTORES DE LA TESIS:**

**Dr. D. RAFAEL DEL PINO CASADO  
Dr. <sup>a</sup> D. <sup>a</sup> CATALINA LÓPEZ MARTÍNEZ**

**Fecha: Diciembre, 2024**

**ISBN:  
Licencia CC**



**TESIS:**

**RELACIONES ENTRE EL APOYO  
SOCIAL, LA SOBRECARGA  
SUBJETIVA, LA ANSIEDAD Y LOS  
SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN  
PERSONAS CUIDADORAS  
FAMILIARES.**

Autora:

**BELÉN GUTIÉRREZ SÁNCHEZ**

## **AGRADECIMIENTOS:**

Quiero agradecer la ayuda y el apoyo de todas las personas que han estado conmigo durante esta etapa de mi vida, en especial a mis familiares y amigos.

En mi primer lugar a mis padres, Paqui y José, por ayudarme a elegir la enfermería como profesión y enseñarme dos perfiles tan diferentes de esta profesión, la enfermería asistencial y la enfermería docente. Gracias por vuestro apoyo y por confiar en mi en todo momento. Gracias por ser los pilares fundamentales de mi vida y ser un ejemplo a seguir para mí.

Gracias a mis directores de tesis, al Dr. D. Rafael del Pino y a la Dra. Dña. Catalina López, por sus consejos, su ayuda y su tiempo. Agradezco profundamente el tiempo que habéis dedicado a revisar cada detalle de esta tesis, vuestros consejos siempre oportunos y vuestra habilidad para motivarme a encontrar soluciones rigurosas. Esta tesis no habría sido posible sin vuestra orientación, y considero un honor haber contado con vuestra ayuda durante este proceso.

A Lorena y a Fran por ser una parte fundamental de mi vida, por ser fuente de alegría y sacarme una risa en los momentos más duros, por estar siempre ahí y por vuestro cariño.

Y finalmente a las personas que ya no están, pero siempre estarán en mi recuerdo... a mis abuelos Ana, Antonio, Agustín y Pepa por enseñarme el significado de cuidar y a Antonio Frías por todas las lecciones que aprendí de él.

### **Contribuciones científicas para esta tesis doctoral:**

1. Gutiérrez-Sánchez B, Ortega V, López-Martínez C, del-Pino-Casado R. Association between Social Support and Depressive Symptoms in Informal Caregivers of Adult and Older Dependents: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Clinical Medicine. 2023;12(20). <https://doi.org/10.3390/jcm12206468>
2. Gutiérrez-Sánchez B, López-Martínez C, Da-Silva-Domingues H, del-Pino-Casado R. Relationship Between Perceived and Received Social Support in Family Caregivers: A Systematic Review with Meta-Analysis. Nursing Reports. 2024;14(4):3466-75. <https://doi.org/10.3390/nursrep14040252>

### **Revistas científicas donde han sido publicadas**

1. Journal of Clinical Medicine. ISSN/EISSN: N/A / 2077-0383. Abreviatura: J CLIN MED. Incluida en el Journal Citation Reports. Journal Impact Factor 2023: 3.0. Posición: 59/329, (Q1), Categoría: MEDICINE, GENERAL & INTERNAL.
2. Nursing Reports. ISSN/EISSN: 2039-439X / 2039-4403. Abreviatura: NURS REP. Incluida en el Journal Citation Reports. Journal Impact Factor 2023: 2.4. Posición: 36/193 (Q1), Categoría: NURSING.

## **ABREVIATURAS:**

**ABVD:** Actividades Básicas de la Vida Diaria

**ACV:** Accidente Cerebro Vascular

**BAI:** Beck Anxiety Inventory.

**BDS:** Beck's Depression Scale

**CES-D:** Center for Epidemiologic Studies, Depression Scale

**CIDDM:** Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías

**CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades

**CIF:** Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud

**CSI:** Caregiver Strain Index

**EDAD:** Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia

**ENSE:** Encuesta Nacional de Salud en España

**GRADE:** Grade of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation.

**HADS:** Hospital Anxiety and Depression Scale.

**HAM-A:** Hamilton Anxiety Rating Scale

**INE:** Instituto Nacional de Estadística

**LAPAD:** Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia

**NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association

**OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

Relaciones entre el apoyo social, la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PECF:** Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar

**PHQ-9:** Patient Health Questionnaire

**PIA:** Programa Individual de Atención

**TEA:** Trastorno del Espectro Autista

**SAAD:** Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

**SCAD:** Sobrecarga en Cuidadoras de Ancianos con Demencia

**SHARE:** Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

**STAI:** State-Trait Anxiety Inventory

**UE:** Unión Europea

**ZBI:** Zarit Burden Interview

## INDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Discapacidad y dependencia.....</b>                               | <b>2</b>  |
| 1.1. Conceptos y clasificación.....                                     | 2         |
| 1.2. Cifras a nivel mundial.....  | 7         |
| 1.3. Cifras a nivel nacional.....                                       | 10        |
| 1.4. Dependencia y envejecimiento.....                                  | 15        |
| <b>2. Atención a la dependencia y el cuidado familiar.....</b>          | <b>19</b> |
| 2.1. Atención a la dependencia.....                                     | 19        |
| 2.2. El cuidado familiar.....   | 22        |
| 2.2.1. Definición.....  | 22        |
| 2.2.2. Perfil.....  | 24        |
| 2.2.3. Consecuencias del cuidado.....                                   | 29        |
| <b>3. Factores relacionados con las consecuencias psicológicas.....</b> | <b>38</b> |
| <b>4. El apoyo social y sus consecuencias.....</b>                      | <b>41</b> |
| 4.1. Apoyo social.....  | 41        |
| 4.1.1. Definición.....  | 41        |
| 4.1.2. Tipos de apoyo social.....                                       | 41        |
| 4.1.3. Beneficios del apoyo social.....                                 | 44        |
| 4.2. Apoyo social y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión.....     | 46        |
| <b>5. Justificación.....</b>  | <b>50</b> |
| <b>6. Objetivos.....</b>  | <b>53</b> |
| 6.1. Objetivo general.....  | 53        |
| 6.2. Objetivos específicos.....   | 53        |
| <b>7. Metodología.....</b>  | <b>55</b> |
| 7.1. Diseño.....  | 55        |
| 7.2. Estrategia de búsqueda.....  | 55        |
| 7.3. Criterios de elegibilidad.....                                     | 56        |
| 7.4. Extracción de datos:.....  | 56        |

|            |   |            |
|------------|---|------------|
| 7.5.       | Evaluación de la calidad: .....   | 57         |
| 7.6.       | Análisis .....  | 58         |
| <b>8.</b>  | <b>Resultados.....</b>  | <b>61</b>  |
| 8.1.       | Association between Social Support and Depressive Symptoms in Informal Caregivers of Adult and Older Dependents: A Systematic Review and Meta-Analysis.....                         | 62         |
| 8.2.       | Relationship between perceived and received social support in family caregivers: a systematic review with meta-analysis.....  | 89         |
| 8.3.       | Apoyo social percibido, recibido, sobrecarga subjetiva, ansiedad y síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares: Modelado de ecuaciones estructurales meta-analítico ..... | 101        |
| 8.4.       | Resultados globales fase 1.....   | 124        |
| 8.5.       | Resultados globales fase 2.....   | 125        |
| 8.6.       | Resultados globales fase 3.....   | 126        |
| <b>9.</b>  | <b>Discusión.....</b>   | <b>128</b> |
|            | Limitaciones .....  | 132        |
| <b>10.</b> | <b>Utilidad para la práctica clínica .....</b>  | <b>133</b> |
| <b>11.</b> | <b>Conclusiones .....</b>   | <b>134</b> |
| <b>12.</b> | <b>Bibliografía .....</b>   | <b>136</b> |
| <b>13.</b> | <b>Anexos .....</b>   | <b>152</b> |
|            | Anexo 1: Tabla estrategia de búsqueda fase 1 .....  | 152        |
|            | Anexo 2: Tabla estrategia de búsqueda fase 2 .....  | 153        |
|            | Anexo 3: Tabla estrategia de búsqueda fase 3 .....  | 154        |
|            | Anexo 4 Modelo de trayectorias para los síntomas depresivos con los efectos directos..  | 157        |
|            | Anexo 5 Modelo de trayectorias de ansiedad con los efectos directos. ....   | 158        |

## Índice de tablas

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1 Clasificación de discapacidad según la CIF. ....                                       | 5  |
| Tabla 2 Clasificación del grado de dependencia según LAPAD. ....                               | 7  |
| Tabla 3 Tasa de dependencia mundial (1960-2020). ....  | 9  |
| Tabla 4 Índice de dependencia España 2000-2022. ....   | 13 |
| Tabla 5 Tasa de dependencia por comunidades autónomas en 2023. ....                            | 14 |
| Tabla 6 Distribución de la LAPAD. ....   | 20 |
| Tabla 7 Persona cuidadora familiar en función al grupo de edad de la persona cuidada.<br>..... | 27 |
| Tabla 8 Diferencias entre el apoyo social percibido y el apoyo social recibido. ....           | 43 |
| Tabla 9 Criterios de elegibilidad. ....  | 56 |
| Tabla 10 Moderadores examinados en las fases 1 y 2.....  | 59 |

## Índice de figuras

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 Componentes principales CIF .....   | 4  |
| Figura 2 Porcentajes de discapacidad en los países de la UE. ....                                  | 8  |
| Figura 3 Porcentaje de discapacidad en la UE por grupos de edad.....                               | 8  |
| Figura 4 Tasa de discapacidad por comunidades y ciudades autónomas.....                            | 11 |
| Figura 5 Personas con discapacidad de seis y más años.....   | 12 |
| Figura 6 Aumento de la población de 65 a 79 años en la UE y en España. ....                        | 16 |
| Figura 7 Aumento de la población de 80 años o más en la UE y en España (2001-2020).<br>.....       | 17 |
| Figura 8 Catálogo de servicios LAPAD.....  | 21 |
| Figura 9 Porcentaje de mujeres cuidadoras familiares por países UE. ....                           | 25 |
| Figura 10 Perfil de la persona cuidadora familiar EDAD 2020. ....                                  | 26 |
| Figura 11 Regulación convenio cuidadores no profesionales.....                                     | 28 |
| Figura 12 Factores relacionados con los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares..... | 33 |
| Figura 13 Factores relacionados con las consecuencias psicológicas.....                            | 39 |
| Figura 14 Tipos de Apoyo Social.....   | 42 |
| Figura 15 Teoría del estrés de Lazarus y Folkman .....   | 44 |
| Figura 16 Modelo representativo.....   | 48 |
| Figura 17 Criterios de calidad GRADE (fase 3). ....  | 58 |
| Figura 18 Valores heterogeneidad.....  | 59 |

# 1. DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

## 1. Discapacidad y dependencia.

### 1.1. Conceptos y clasificación.

En nuestra sociedad existen varios conceptos relacionados con la necesidad de apoyo o ayuda de otra persona para llevar a cabo una serie de actividades que permitan su supervivencia. La discapacidad es uno de esos conceptos relacionados.

Así, las personas con *discapacidad* son aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales o sensoriales a corto o largo plazo; generando dificultades para el desempeño de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en comparación con personas de la misma edad o condición; como el cuidado personal, la movilidad, la realización de actividades domésticas, etc. Se estima que casi todas las personas sufrirán discapacidad en alguna etapa de su vida de forma transitoria o permanente (1).

Otra definición de discapacidad es la que hace el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (cita) la cual la define como el resultado de la interacción de las personas con algún tipo de deficiencia o barrera permanentes que limiten su participación plena en la sociedad con respecto a los demás.

La Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), define las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como el conjunto de acciones fundamentales que permiten al ser humano desenvolverse con un grado mínimo de autosuficiencia, abarcando desde el cuidado personal hasta la ejecución de órdenes simples y la orientación en el entorno (2).

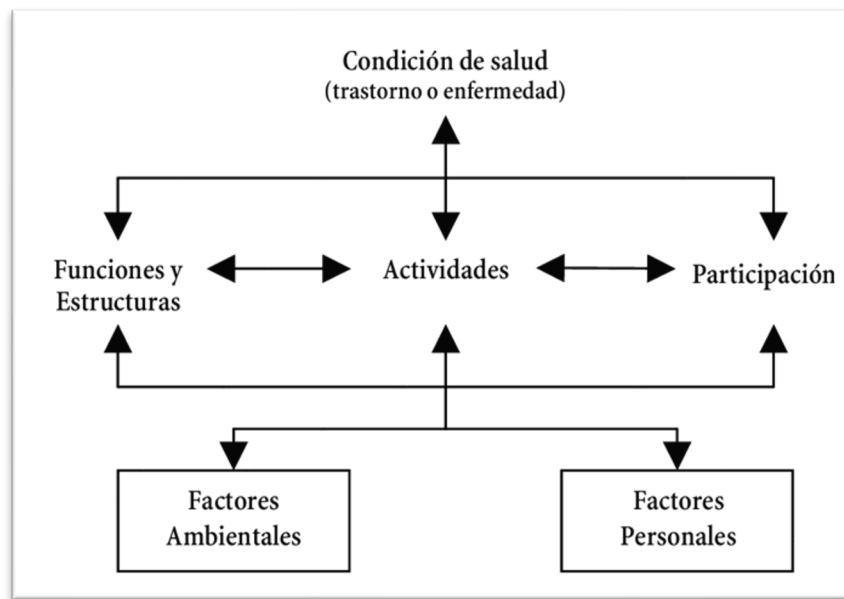
Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) se definen como el conjunto de capacidades complejas que complementan las actividades básicas y permiten a las personas desenvolverse de manera independiente en su entorno, incluyendo la

comunidad. Habilidades como la gestión económica, la movilidad urbana y las tareas domésticas son fundamentales para garantizar una vida autónoma y de calidad (3).

Han sido varias las clasificaciones relacionadas con la discapacidad que ha presentado la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1980 se presentó la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), donde se establecía una relación lineal entre las consecuencias de la enfermedad y la discapacidad/minusvalía (4). Esta clasificación describe la discapacidad en función de la causa sin tener en cuenta otros elementos que puedan influir como el entorno, por ello en 2001 hay un cambio en el planteamiento permitiendo dirigir la atención hacia la salud y los estados relacionados con ella (5).

Así, en 2001 fue aprobado por los 191 países que integraban la OMS la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) de la discapacidad y la salud (5). El objetivo de dicha clasificación fue brindar un lenguaje unificado y estandarizado con un marco conceptual que permitiera describir la salud y los estados relacionados con ella (6). Como se observa en la Figura 1 la CIF presenta un esquema clasificador sobre sus componentes y dimensiones, donde podemos ver como los diferentes estados de salud repercuten tanto al funcionamiento corporal, en las actividades y en la participación. Del mismo modo, estos pueden influir de forma directa sobre la salud generando trastornos o enfermedades y a su vez entre ellos. Todos los componentes anteriores pueden estar influenciados por factores personales o ambientales (1).

Figura 1 Componentes principales CIF



Fuente: Proceso del Funcionamiento y de la Discapacidad. Modelo del Funcionamiento y de la Discapacidad. Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la Discapacidad y de la Salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (6).

Según dicha clasificación la discapacidad engloba deficiencias, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación (6). Las cuales se definen como (6):

- Deficiencia: “una anomalía o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales”.
- Limitación de la actividad: “capacidad o aptitud para la realización de la actividad comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud en un medio normalizado”.
- Restricción en la participación: consiste en la comparación de la participación de las personas frente a una condición de salud, es decir el ejercicio que lleva a cabo una persona para realizar una actividad en su contexto. Se espera que la participación de dicha persona sea homogénea que el de una persona sin discapacidad dentro de la sociedad.

La CIF establece cinco clases de discapacidad (desde discapacidad nula a discapacidad total) reguladas en el Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad (7) (Tabla 1). Las clases de discapacidad se establecen en función de los

Relaciones entre el apoyo social, la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares.

porcentajes obtenidos en la escala genérica de niveles de gravedad de cuantificación de problemas. La evaluación de los problemas se realiza a través de cuatro constructos: la deficiencia, la limitación, el desempeño de una actividad en su entorno y los factores contextuales ambientales, cada uno de ellos es evaluado con baremos específicos para cada componente (7):

- Baremo de evaluación de las funciones y estructuras corporales / Deficiencia Global de la Persona (BDGP).
- Baremo de Evaluación de las Capacidades / Limitaciones en la Actividad (BLA), actividades de autocuidado (BLGTAA) o actividades de movilidad (BLAM).
- Baremo de Evaluación del Desempeño / Restricciones en la Participación (BRP).
- Baremo de Evaluación de los Factores Contextuales / Barreras Ambientales (BFCA).

Tabla 1 Clasificación de discapacidad según la CIF.

Clases de discapacidad

| <b>Clase 0.</b>  | <b>Discapacidad nula</b>     | <b>0% - 4%</b>    |
|--|------------------------------|-------------------|
| El nivel de discapacidad evaluado es insignificante y no justifica una dificultad evaluable en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD). Objetivándose:<br>- Entre un 0% y un 4% de los puntos en el BDGP<br>- Menos de 5% de los puntos en el BLA y el BRP-QD.   |                              |                   |
| <b>Clase 1.</b>  | <b>Discapacidad leve</b>     | <b>5% - 24%</b>   |
| El nivel de discapacidad evaluado es leve y justificaría una dificultad leve en la realización de las AVD, siendo la persona independiente en la práctica totalidad de las mismas. Objetivándose:<br>- Entre un 5% y un 24% de los puntos en el BDGP.<br>- Entre un 5% y un 24% de los puntos en el BLA y el BRP-QD.   |                              |                   |
| <b>Clase 2.</b>  | <b>Discapacidad moderada</b> | <b>25% - 49%</b>  |
| El nivel de discapacidad evaluado es moderado y justificaría una dificultad moderada en la realización de las AVD estudiadas. Pudiendo existir una limitación total o imposibilidad para realizar alguna de ellas en cualquier dominio, siendo independiente en las actividades de autocuidado. Objetivándose:<br>- Entre un 25% y un 49% de los puntos en el BDGP.<br>- Entre un 25% y un 49% de los puntos en el BLA y el BRP-QD.<br>- Entre un 0% y un 4% de los puntos en el BLGTAA. |                              |                   |
| <b>Clase 3.</b>  | <b>Discapacidad grave</b>    | <b>50% - 95%</b>  |
| El nivel de discapacidad evaluado es grave y justificaría una dificultad grave en la realización de las AVD estudiadas. Pudiendo existir una limitación total o imposibilidad en su realización, en cualquier dominio, incluidas las actividades de autocuidado. Objetivándose:<br>- Entre un 50% y un 95% de los puntos en el BDGP.<br>- Entre un 50% y un 95% de los puntos en el BLA y el BRP-QD.<br>- Entre un 5% y un 74% de los puntos en el BLGTAA.                               |                              |                   |
| <b>Clase 4.</b>  | <b>Discapacidad total</b>    | <b>96% - 100%</b> |
| El nivel de discapacidad evaluado es grave o total y justificaría la imposibilidad en la realización de casi todas las AVD estudiadas, incluidas las de autocuidado. Objetivándose:<br>- Un 96% a 100% de los puntos en el BDGP.<br>- Un 96 a 100% de los puntos en el BLA y el BRP-QD.<br>- Pudiendo obtener una puntuación igual o superior al 75% en el BLGTAA.   |                              |                   |

Fuente: Real Decreto 888/2022 de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad (7).

Otra clasificación creada por la OMS fue la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) cuyo objetivo es “describir el estado de salud de las personas en términos de

enfermedades, lesiones y motivos de consulta de acuerdo con criterios previamente establecidos”. Dicha clasificación brinda un marco basado en la etiología y facilita un diagnóstico de enfermedad, trastorno o condición de salud; mientras que el funcionamiento y la discapacidad asociada a un estado de salud se clasifican en función a la CIF aportando más información sobre el estado de la persona para la toma de decisiones. Por lo tanto, la CIE y la CIF son clasificaciones complementarias y se recomienda su uso conjunto. El CIE diagnostica la condición de salud y es junto a la información de la CIF cuando se establece una clase de discapacidad (1).

Uno de los conceptos relacionados con la discapacidad es el de *dependencia*, definida por el Consejo de Europa como “un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”. Es decir, la dependencia está compuesta por tres factores clave: la limitación física, psíquica o intelectual, la incapacidad para realizar ABVD y la necesidad de cuidados por terceras personas (8).

Según otros autores la dependencia es definida como aquella persona que presenta una situación permanente por diferentes causas, como por ejemplo una enfermedad. Por consecuencia han perdido en parte o en su totalidad su autonomía física, mental, intelectual o sensorial. Necesitando ayuda para realizar ABVD (9).

La primera clasificación de dependencia aparece en 1980 y fue creada por la OMS dentro del CIDDM y posteriormente mantenida por la CIF. Dicha clasificación se encuentra dentro de la dimensión “minusvalías” y cuenta con 8 niveles de gravedad desde “plenamente independiente” hasta “dependencia en los cuidados permanentes” (10).

En España dicha clasificación se encuentra regulada en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) en su Capítulo III “La dependencia y su valor” artículo 26; describe (cómo se puede ver en la Tabla 2) los tres grados de dependencia que hay en función a la frecuencia de ayuda que necesiten para realizar las ABVD, los cuales son: dependencia moderada, dependencia severa y gran dependencia (2).

Relaciones entre el apoyo social, la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares.

Tabla 2 Clasificación del grado de dependencia según LAPAD.

|                  |                      |  |
|------------------|----------------------|--|
| <b>GRADO I</b>   | Dependencia moderada | La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos <b>una vez al día</b> o tiene necesidades de <b>apoyo intermitente o limitado</b> para su autonomía personal.   |
| <b>GRADO II</b>  | Dependencia severa   | La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria <b>dos o tres veces al día</b> , pero no quiere el <b>apoyo permanente</b> de un cuidador o tiene necesidades de <b>apoyo extenso</b> para su autonomía personal.   |
| <b>GRADO III</b> | Gran dependencia     | La persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria <b>varias veces al día</b> y, por su <b>pérdida total de autonomía</b> física, mental, intelectual o sensorial, necesita el <b>apoyo indispensable y continuo</b> de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. |

Fuente: Elaboración propia. Basada en: Capítulo III, Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) (2).

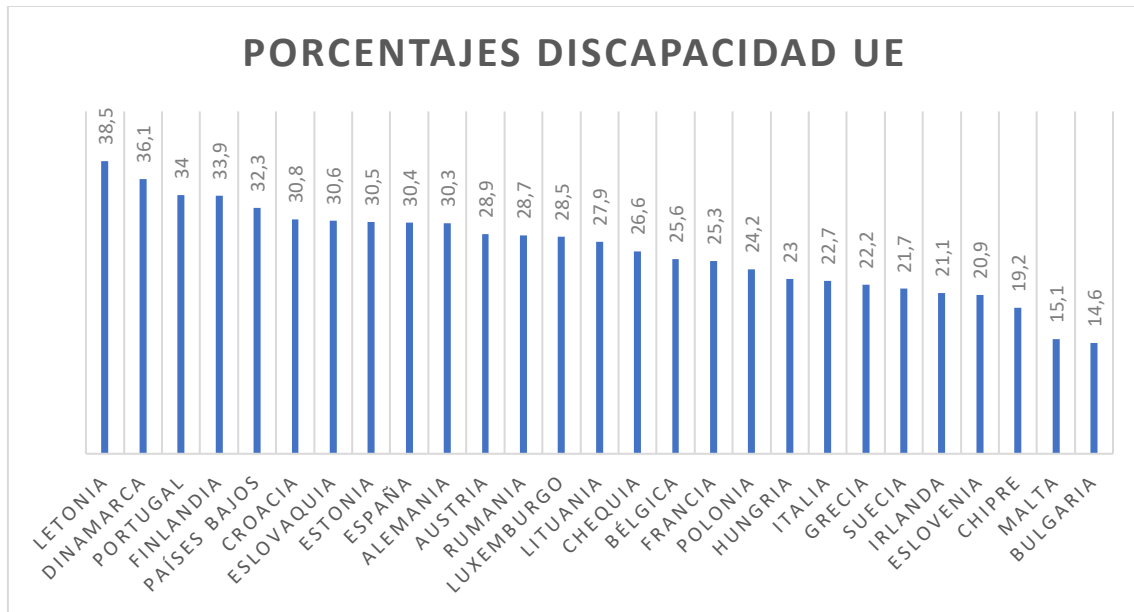
La discapacidad y dependencia son conceptos relacionados entre sí, pero no iguales. Una persona puede padecer discapacidad en sus diferentes grados, pero sin presentar dependencia (11). La dependencia es una situación de discapacidad donde ocurren dos elementos claves: la limitación de la persona para realizar una actividad y el factor contextual de ayuda, ya sea personal o técnica (10).

## 1.2. Cifras a nivel mundial.

En la actualidad el 16% de la población mundial sufre discapacidad, es decir 1 de cada 6 personas. Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad, el 15% de la población vive con alguna persona con discapacidad (12).

En la Unión Europea (UE) 101 millones de personas presentaban discapacidad en el año 2022, es decir, 1 de cada 4 adultos, cifras que suponen el 27% de la población de mayores de 16 años (13). Si lo analizamos por países vemos como Letonia es el país que presenta mayor porcentaje de personas con discapacidad con un 38,4%, seguido de Dinamarca con un 36,1% y Portugal con un 34% (Figura 2). El país con menor porcentaje de discapacidad es Bulgaria con un 14,6% (13).

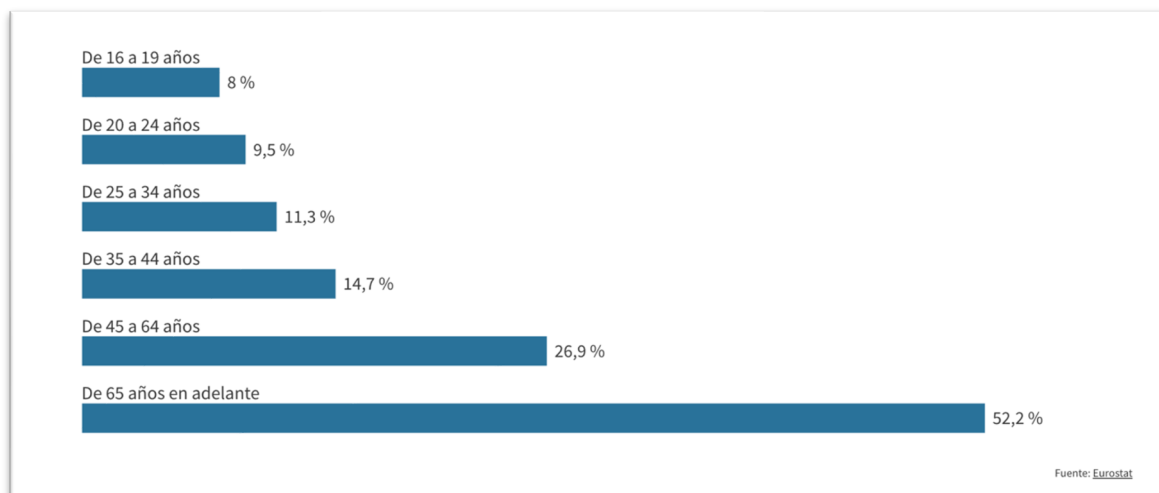
Figura 2 Porcentajes de discapacidad en los países de la UE.



Fuente: Elaboración propia. Basado en: Discapacidad en la UE: datos y cifras (13).

Además, a medida que se envejece es más frecuente padecer algún tipo de discapacidad, en la UE en el grupo de edad de 16 a 19 años el porcentaje de personas con discapacidad es del 8%, mientras que en el grupo de edad de 65 años en adelante es del 52,2%. Cifras que pueden observarse en la Figura 3 (13).

Figura 3 Porcentaje de discapacidad en la UE por grupos de edad.



Fuente: Eurostat (2022) (13).

Si hablamos de dependencia, vemos que a nivel mundial la razón de dependencia ha disminuido con respecto a años anteriores (Tabla 3)

(14). En 1960 la razón de dependencia era de 73,70 personas dependientes menores de 15 años y mayores de 64 años por cada 100 personas en edad de trabajar, mientras que los últimos datos recogidos del año 2020 fueron de 54,55 personas dependientes menores de 15 años y mayores de 64 años por cada 100 personas en edad de trabajar. Si observamos la razón en personas mayores de 65 o más años se observa lo contrario un aumento de dicha razón, de las 8,59 personas dependientes mayores de 65 años por cada 100 personas en edad de trabajar en 1960 pasamos a las 14,30 personas dependientes mayores de 65 años por cada 100 personas en edad de trabajar en 2020 (14).

Tabla 3 Tasa de dependencia mundial (1960-2020).

| Año  | Razón de dependencia total | Razón de dependencia 65 o más años |
|------|----------------------------|------------------------------------|
| 1960 | 73.70                      | 8.59                               |
| 1970 | 76.18                      | 9.28                               |
| 1980 | 71.34                      | 10.03                              |
| 1990 | 65.51                      | 10.10                              |
| 2000 | 60.19                      | 10.92                              |
| 2010 | 54.52                      | 11.57                              |
| 2020 | 54.55                      | 14.30                              |

Fuente: Elaboración propia. Basado en: Tasa dependencia. Índice Mundi (2020) (14).

En la UE la tasa de dependencia en 2023 en mayores de 65 años fue de 33,4%, los países con mayores tasas de dependencia fueron Portugal con un 38%, Italia y Finlandia ambos con un 37,8% (15).

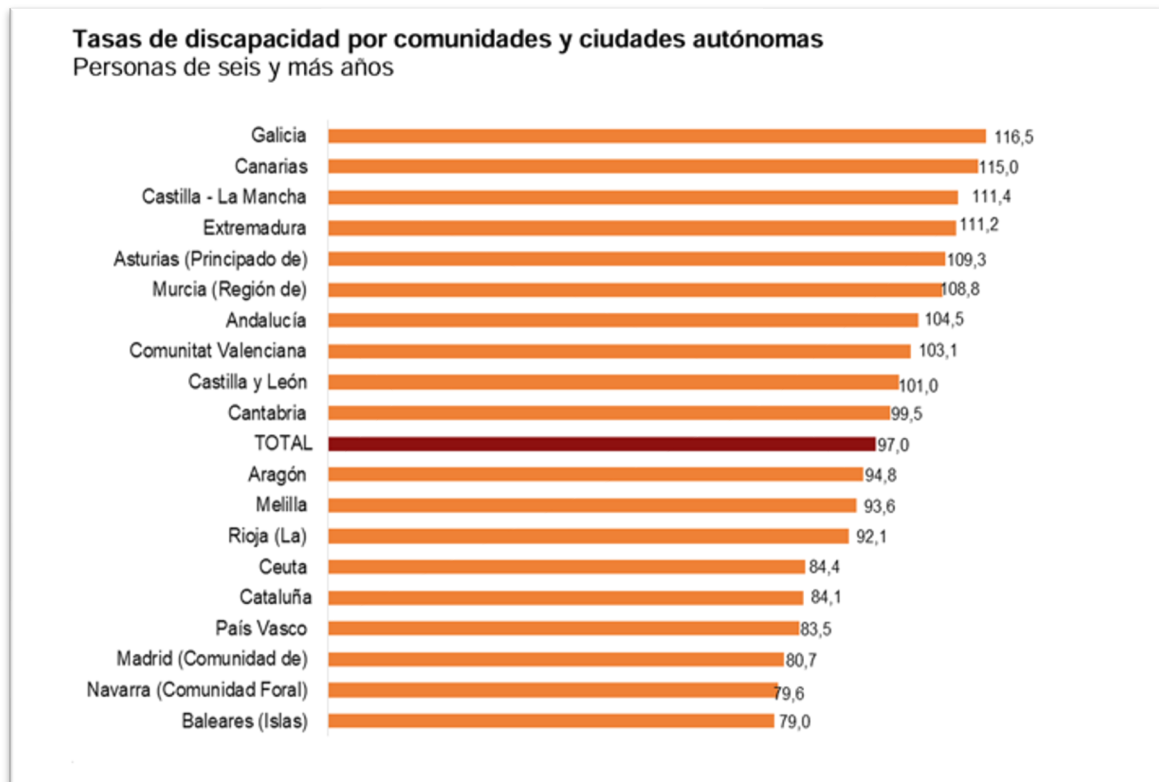
### 1.3. Cifras a nivel nacional.

La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) tiene como objetivo el satisfacer la consulta de información por parte de las Administraciones Públicas y de diversos usuarios entre ellos las organizaciones del Tercer Sector de Acción Social ofreciendo una estadística que apoye la planificación de políticas dirigidas a las personas con discapacidad, con el objetivo de promover la autonomía personal y prevenir situaciones de dependencia. Así como recopilar información sobre sus cuidadores, tiempo dedicado a los cuidados y la afectación en su entorno social o laboral (16).

Según la EDAD, en el año 2020 en España 4,38 millones de personas (94,9 por cada mil habitantes) afirmaron padecer algún tipo de discapacidad, de las cuales 2,57 millones eran mujeres (16). Al comparar dicha cifra con la encuesta anterior realizada en 2008 donde había 725.390 personas con discapacidad o limitación, se observa un aumento del 14% en el número de personas con discapacidad (16).

Como se observa en la Figura 4; Galicia (116,5), Canarias (115) y Castilla La-Mancha (111,4) fueron las comunidades autónomas con mayores tasas de discapacidad por cada mil habitantes, teniendo Andalucía 104,5 personas con discapacidad por cada mil, siendo la séptima comunidad con mayor tasa de discapacidad (16).

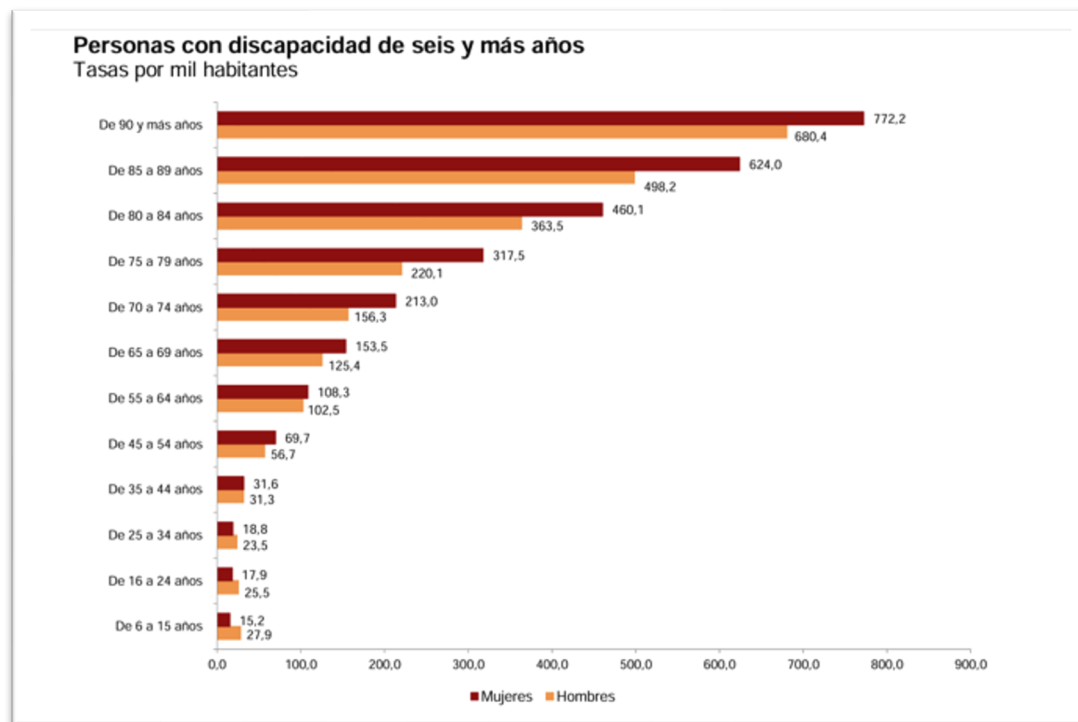
Figura 4 Tasa de discapacidad por comunidades y ciudades autónomas.



Fuente: EDAD 2020 (16)

Si analizamos la discapacidad en función a los grupos de edad, ver Figura 5, se observa que las tasas de discapacidad en hombres son mayores que las de las mujeres hasta los 34 años y a partir de los 35 años las tasas en mujeres son mayores, aumentando la diferencia a partir de los 70 años (16). La tasa específica de personas mayores con discapacidad que reside en domicilios es de 291,4 por cada mil habitantes, siendo la franja de edad 80-84 años la que mayor cifra tiene (más de 521 mil personas) seguida de las personas entre 85-89 años (más de 516 mil personas). Sin embargo, el grupo de edad con mayor tasa de discapacidad es el de 95 y más años con 823,2 por cada mil habitantes (16).

Figura 5 Personas con discapacidad de seis y más años



Fuente: EDAD 2020 (16)

Los tipos de discapacidad analizados en dicha encuesta fueron: movilidad, vida doméstica, autocuidado, audición, visión, comunicación, aprendizaje, interacciones y relaciones personales (16). Los problemas de movilidad fueron el tipo de discapacidad de mayor magnitud entre la población de seis y más años (55,7%), cifras que aumentan entre la población de 80 años y más hasta un 65,1% (16). Las mujeres fueron más afectadas que los hombres en todos los tipos de discapacidad, en concreto los porcentajes se duplicaron en problemas de movilidad y dificultades en las tareas de la vida doméstica (16).

Murcia es la Comunidad Autónoma con mayor tasa de discapacidad en mayores por cada mil habitantes (360,7), seguida de Castilla La-Mancha (352,3). Además, las comunidades de Melilla (338,8), Andalucía (326,1), Extremadura (321,7) y Canarias (304,5) también presentan mayores prevalencias (16).

Según el Informe anual del Sistema Nacional de Salud (17) el índice de dependencia en España en el año 2022 es del 54,2%, cifra que aumenta, como pueden observar en la Tabla 4, 8,5 puntos porcentuales más que en 2000. Si comparamos el índice de

Relaciones entre el apoyo social, la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares.

dependencia por edad vemos que el porcentaje de personas dependientes es mayor en la población de 64 años o más desde 2000 hasta 2022 (17).

Tabla 4 Índice de dependencia España 2000-2022.

| Año  | % de ID TOTAL | % de ID menores de 16 años | % de ID mayores de 64 años |
|------|---------------|----------------------------|----------------------------|
| 2000 | 45,7          | 21,4                       | 24,3                       |
| 2005 | 45            | 21                         | 24                         |
| 2010 | 46,9          | 22                         | 24,9                       |
| 2015 | 53            | 24,7                       | 28,3                       |
| 2020 | 54,2          | 24                         | 30,2                       |
| 2022 | 54,2          | 23,2                       | 31                         |

Fuente: Elaboración propia. Basada en: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. (2022) (17).

Por Comunidades Autónomas vemos que las mayores tasas de dependencia en 2023 las encontramos en Castilla y León (63,05%), Asturias (62,88%) y Galicia (62,24%). Siendo Canarias la Comunidad Autónoma, como se puede ver en la Tabla 5, con menor tasa de dependencia (18).

Tabla 5 Tasa de dependencia por comunidades autónomas en 2023.

| COMUNIDAD AUTÓNOMA         | % (2023)     |
|----------------------------|--------------|
| Andalucía                  | 51,28        |
| Aragón                     | 57,48        |
| Canarias                   | 43,50        |
| Cantabria                  | 57,82        |
| Castilla - La Mancha       | 53,14        |
| Castilla y León            | 63,05        |
| Cataluña                   | 52,88        |
| Ceuta                      | 48,30        |
| Comunidad de Madrid        | 50,56        |
| Comunidad Foral de Navarra | 56,71        |
| Comunidad Valenciana       | 53,72        |
| Extremadura                | 55,41        |
| Galicia                    | 62,24        |
| Islas Baleares             | 46,08        |
| La Rioja                   | 57,58        |
| Melilla                    | 51,69        |
| País Vasco                 | 59,48        |
| Principado de Asturias     | 62,88        |
| Región de Murcia           | 50,77        |
| <b>TOTAL, Nacional</b>     | <b>53,42</b> |

Fuente: Elaboración propia. Basada en: Tasa de dependencia por comunidad autónoma. INE (2023) (18).

#### 1.4. Dependencia y envejecimiento.

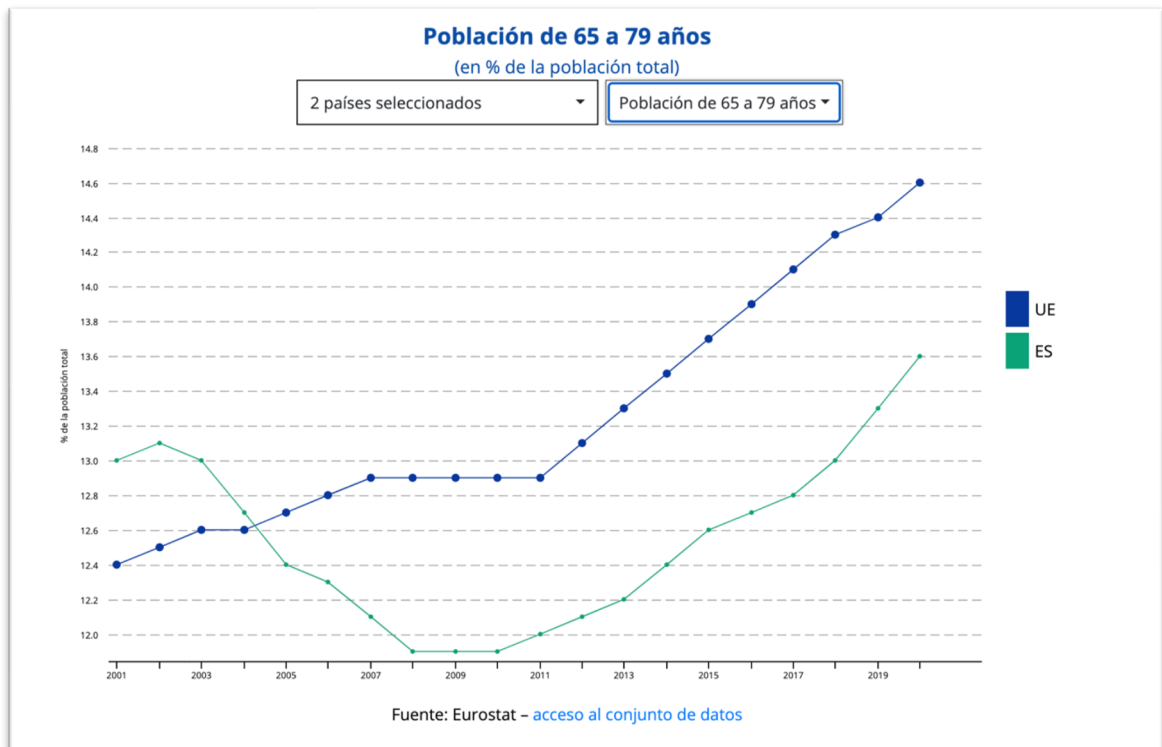
Una de las principales causas de dependencia es el *envejecimiento* (19). Según la OMS el envejecimiento se produce por la acumulación de daños moleculares y celulares con el paso del tiempo, lo que produce una disminución gradual de las capacidades tanto físicas como mentales (19). Además, conlleva un aumento del riesgo de desarrollar enfermedad y en última instancia conduce a la muerte (19).

A medida que se envejece es más probable tener algún tipo de discapacidad y por consecuencia padecer algún grado de dependencia. El aumento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad, morbilidad y de la natalidad son algunos de los factores asociados con el envejecimiento demográfico. Además, podemos sumar las mejoras en la calidad de vida y de la sanidad pública o los avances científicos. Estos suponen un cambio en los patrones de las enfermedades degenerativas, ya que la rehabilitación, las mejoras farmacológicas y los cuidados sanitarios contribuyen a una disminución de la discapacidad y por lo tanto a una disminución en la demanda de cuidados (19).

Se estima que, del total de la población mundial, el porcentaje de personas mayores de 60 años se duplicará pasando del 12% en 2015 al 22% en 2050 (19).

Como se puede ver en la Figura 6 en la UE en el año 2001 el porcentaje de personas de 65 a 79 años era del 16% cifra que aumenta en 5 puntos porcentuales en 2020 llegando al 21%. En España también se puede observar dicho aumento, encontrando en 2010 que el 11,9% de la población es mayor a 65 años mientras que en 2020 dicho porcentaje es del 13,6%. El porcentaje de personas mayores de 65 a 79 años en el 2022 ha llegado a alcanzar el 19,09% del total de la población (20).

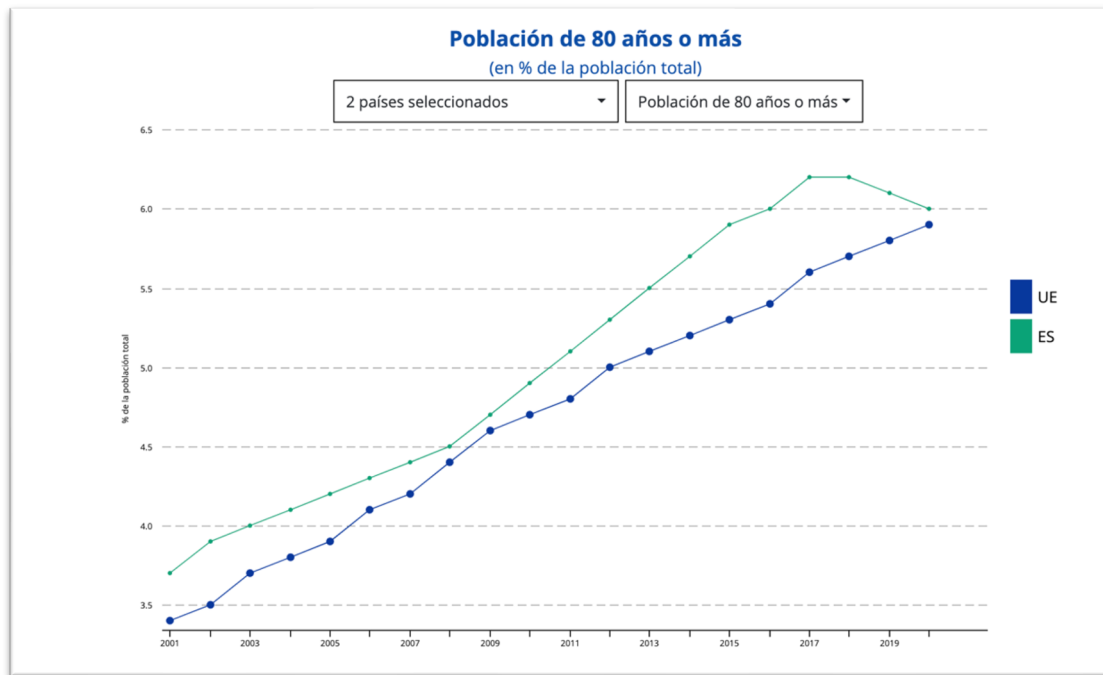
Figura 6 Aumento de la población de 65 a 79 años en la UE y en España.



Fuente: Población de 65 a 79 años (2001-2020). Eurostat (19)

En la población de 80 años y más ha pasado igual, en la UE en 2001 dicha población era del 3,4%, cifra que casi se duplica en 2020 alcanzando casi el 6% y en España podemos observar el mismo fenómeno, en 2001 fue del 3,7% y pasa al 6% en 2020, como se puede observar en la Figura 7 (20).

Figura 7 Aumento de la población de 80 años o más en la UE y en España (2001-2020).



Fuente: Población de 80 o más (2001-2020). Eurostat (20).

España es uno de los países más envejecidos del mundo, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) las personas mayores representan el 24,3% de la población general, es decir, 10.110.759 personas mayores (15). El índice de envejecimiento en el año 2022 fue del 133,5% lo que se interpreta como, 133 personas de 64 o más años por cada 100 personas menores de 16 años. En 2023 la tasa de dependencia en España en mayores de 65 años fue del 30,4% (15).

## 2. ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y EL CUIDADO FAMILIAR

## 2. Atención a la dependencia y el cuidado familiar.

### 2.1. Atención a la dependencia

Atender a personas vulnerables en situación de dependencia es uno de los principales objetivos dentro de las políticas sociales de los países desarrollados junto a la promoción de su autonomía personal para la realización de las ABVD y el apoyo necesario para llevarlas a cabo. Teniendo en cuenta los cambios demográficos, sociales y el aumento del número de personas en situación de dependencia en España se crea la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) (2).

El fin de dicha ley es regular, con la participación y la ayuda de todas las Administraciones Públicas, las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal, además de la atención a las personas en situación de dependencia. Esto último a través de la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (2).

En la siguiente Tabla 6 se puede observar la disposición y distribución de la Ley de dependencia, así como los artículos que la componen.

Tabla 6 Distribución de la LAPAD.

|                          |  |                   |
|--------------------------|--|-------------------|
| <b>Título preliminar</b> | Objeto, principios, derechos (más titulares) y obligaciones de las personas con discapacidad   | Artículos 1 - 5   |
| <b>Título primero</b>    | <p>El sistema para la autonomía y la atención a la dependencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Capítulo I:</b> Configuración del sistema (artículos 6-12)</li> <li>→ <b>Capítulo II:</b> Prestaciones y Catálogo de servicios de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (artículos 13-25bis)</li> <li>→ <b>Capítulo III:</b> La dependencia y su valoración (artículos 26 y 27)</li> <li>→ <b>Capítulo IV:</b> Reconocimiento del derecho (artículos 28-31)</li> <li>→ <b>Capítulo V:</b> Financiación del Sistema y aportación de los beneficiarios (artículos 32 y 33)</li> </ul> | Artículos 6 - 33  |
| <b>Título segundo</b>    | <p>La calidad y eficacia del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Capítulo I:</b> Medidas para garantizar la calidad del Sistema (artículos 34 y 35)</li> <li>→ <b>Capítulo II:</b> Formación en materia de dependencia (artículo 36)</li> <li>→ <b>Capítulo III:</b> Sistema de información (artículo 37 y 38)</li> <li>→ <b>Capítulo IV:</b> Actuación contra el fraude (artículo 39)</li> <li>→ <b>Capítulo V:</b> Órganos consultivos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (artículo 40 y 41)</li> </ul>                               | Artículos 34 - 41 |
| <b>Título tercero</b>    | Infracciones y sanciones   | Artículos 42 - 47 |
| <b>Disposiciones</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 16 disposiciones adicionales</li> <li>→ 2 disposiciones transitorias</li> <li>→ 9 disposiciones finales</li> </ul>  |                   |

Fuente: Elaboración propia. Basada en: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) (2).

Relaciones entre el apoyo social, la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares.

Dentro de la ley (LAPAD), en su capítulo II, encontramos el apartado titulado “Prestaciones y Catálogo de servicios de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” que recoge los servicios que se ofrecen en el artículo 15 de la citada ley. El Catálogo de servicios se puede observar en la siguiente Figura 8 (2):

Figura 8 Catálogo de servicios LAPAD.



Fuente: Elaboración propia. Basada en: Capítulo II, artículo 15 LAPAD (2)

A partir del artículo 18, titulado “Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales” surge la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECF) con el fin de ayudar a los cuidadores familiares de forma económica y subsanar los gastos derivados del cuidado de una persona con dependencia (2). Dicha ayuda económica varía en función del grado de dependencia que presente la persona, hecho descrito y recogido en el Capítulo III (grado I-III) de la LAPAD, visto anteriormente (2).

Todo el procedimiento de solicitud del reconocimiento de la situación de dependencia de la ley por parte del usuario o de quien ostente su representación viene descrito en el Capítulo IV titulado “Reconocimiento del derecho”, concretamente en el artículo 28. Una vez realizada la solicitud se recibirá mediante resolución el reconocimiento de situación de dependencia por parte de la Administración Autonómica donde reside el solicitante,

aunque dicho reconocimiento tendrá validez para todo el Estado Español. En dicha resolución vendrá determinados los servicios o prestaciones que le correspondan según su grado de dependencia (2). Este grado de dependencia será revisable (según el artículo 30) por algunos de los siguientes motivos: mejora o empeoramiento de la situación de dependencia, o error de diagnóstico en función al baremo. La valoración, la prescripción de servicios y prestaciones junto a la gestión económica serán efectuadas por las Administraciones Públicas no pudiendo delegarse a ninguna entidad privada (2).

La ley recoge en su artículo 29 un Programa Individual de Atención (PIA) para determinar la modalidad de intervención más adecuada al solicitante en función del grado, que podrá ser revisado: a petición del interesado o de sus representantes, de oficio o con motivo de cambio de residencia a otra Comunidad Autónoma. En el Capítulo V se hace referencia a la financiación pública y a la aportación de los beneficiarios, que irá en función de los recursos económicos de estos (2).

Otro apartado importante que recoge la ley es la “Formación y cualificación de los profesionales y cuidadores” para lo cual se establecerán programas y acciones formativas relacionadas con el catálogo de servicios que se prestan (2).

## 2.2. El cuidado familiar.

### 2.2.1. Definición

Las personas en situación de dependencia y/o discapacidad pueden requerir del cuidado de otras personas para satisfacer sus necesidades. Este cuidado es proporcionado en su mayor parte por la **familia** (21).

Cada vez aumenta más el número de personas que se dedican al cuidado de personas en situación de discapacidad y dependencia, a fecha de 30 de septiembre de 2024 hay un total de 84.014 personas cuidadoras familiares (87,8% eran mujeres y el 12,2% eran hombres) mientras que un año atrás, el 30 de septiembre de 2023, encontramos 74.322 personas cuidadoras familiares (siendo el 88,3% mujeres y un 11,7% hombres),

encontrando por lo tanto un aumento de 9692 personas cuidadoras familiares en un año (22). Encontramos dos tipos de cuidado:

- Cuidado formal
- Cuidado informal

El *cuidado formal* se define como aquellos profesionales que se dedican al cuidado de personas de forma remunerada (23) y han recibido una formación previa para realizar dichos cuidados obteniendo una titulación específica (23). Proporcionan cuidados de forma pública o privada como por ejemplo las instituciones sociosanitarias o la contratación para domicilios particulares (23).

La profesionalización del cuidado está regulada por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Persona en Situación de Dependencia en su apartado “Formación y cualificación de los profesionales y cuidadores” (2).

El *cuidado informal* o también denominado *cuidado familiar* se define como el cuidado proporcionado por familiares, amigos u otras personas que ofrecen su apoyo y cuidado no remunerado a personas dependientes en su red social inmediata (24). En la actualidad siete millones de personas son cuidadoras informales (una de cada diez), cifra que para el año 2030 se prevé que aumentará 3,4 millones más aproximadamente (7).

Barrera Ortiz (25) define y describe a las personas cuidadoras familiares como proveedores de cuidados informales que mantienen un vínculo afectivo con la persona enferma, colaborando en la gestión de su vida diaria y buscando mitigar los efectos de su enfermedad. El cuidado familiar se caracteriza por estar ligado al ámbito doméstico, ser privado e invisible, sin reconocimiento y sin remuneración económica, afecta a las relaciones de parentesco y no es institucional(26).

Los servicios públicos promueven el cuidado de las personas en su hogar, lo que supone una responsabilidad para su red de apoyo informal. Según García-Calvente estos cuidados en el ámbito doméstico se caracterizan por ser asumidos por mujeres, ser invisibles y estar subestimados socialmente (27). Los motivos que sustentan el cuidado

familiar pueden ser: deber y responsabilidad, creencias religiosas, la compasión, el agradecimiento y la responsabilidad, el amor y la satisfacción de cuidar a un familiar (28). A grandes rasgos los motivos del cuidado se clasifican en: el familismo, la obligación y la reciprocidad, es decir, la aceptación de las normas culturales (29).

El familismo se define como la solidaridad de las personas cuidadoras familiares por sus familiares, la lealtad y el apego (30). La obligación se refiere al sentido del deber y la responsabilidad por cuidar a los familiares (31) y finalmente la reciprocidad se refiere al intercambio bidireccional de los recursos, el deseo de ser cuidado o la gratitud (32, 33).

### 2.2.2. Perfil.

#### *Perfil de la persona cuidadora familiar a nivel europeo*

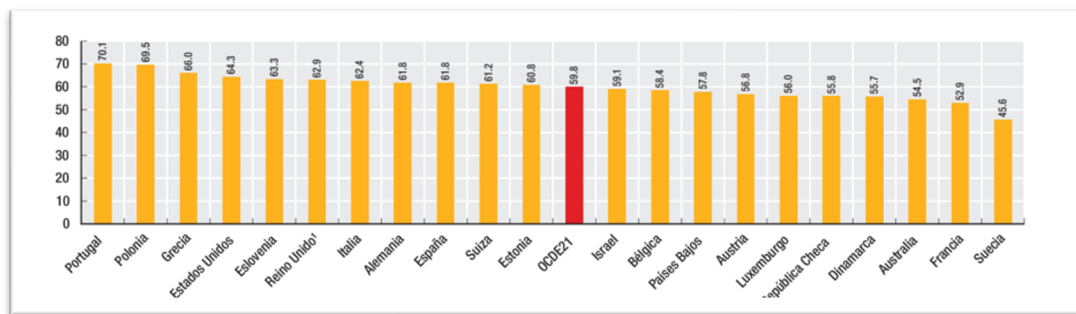
Como hemos comentado, cada vez aumenta más el número de personas que necesitan ayuda para realizar las ABVD y por consecuencia las personas cuidadoras familiares que se encargan de su ayuda. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es una organización internacional cuyo objetivo es el diseño de políticas que mejoren la vida de la población, su prosperidad, la igualdad, las oportunidades y el bienestar.

En los países estudiados de la OCDE en 2022 encontramos que una de cada ocho personas de 50 o más años realiza algún tipo de cuidado a una persona en situación de dependencia. Esta cifra supone un 13% de la población, siendo Letonia el país con menor porcentaje (6%) y Austria y Bélgica el que presenta un mayor porcentaje, con un 20%. De los 19 países analizados se observa que un 60% de las personas con dependencia recibe cuidados únicamente de personas cuidadoras familiares. El 8% de las personas cuidadoras familiares realizan cuidados de forma diaria y un 6% semanalmente. Austria es el país donde el porcentaje de personas cuidadoras familiares que realiza cuidados a diario aumenta hasta un 13 % mientras que países como la República Eslovaca y Letonia solo ocupa un 3%. Con respecto a los cuidados semanales, Bélgica es el país con mayor proporción de cuidados semanales alcanzando un 14% en comparación con Grecia, Hungría y Letonia, con cifras del 2% (34, 35).

Relaciones entre el apoyo social, la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares.

En los países de la OCDE el 60% de las personas que proveen cuidados informales diarios son mujeres. Los países con mayor porcentaje de mujeres cuidadoras informales son Polonia y Portugal con un 70%, siendo Suecia el único país donde el porcentaje de hombres es mayor (FIGURA 9) (36).

Figura 9 Porcentaje de mujeres cuidadoras familiares por países UE.

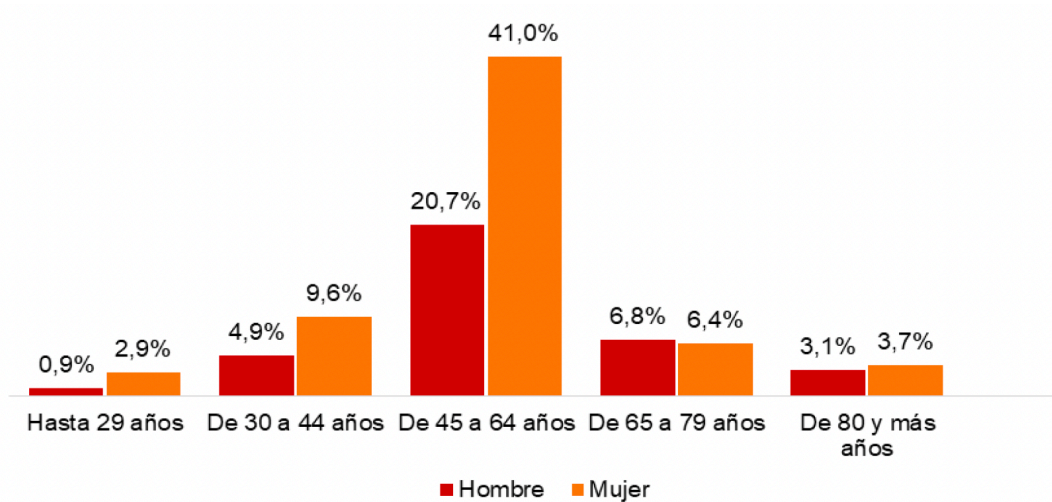


Fuente: Indicadores OCDE. Panorama de la Salud. 2023. (36)

### Perfil de la persona cuidadora familiar a nivel nacional

En lo que se refiere a España el perfil más frecuente de personas cuidadoras familiares es, son mujeres de entre 45 y 64 años de edad, en el 41% de los casos (ver Figura 10), prestando cuidados durante más de ocho horas diarias (49,7%) (16). Si tomamos como referencia las encuestas de la EDAD realizadas en 2008 y 2020 observamos como la cifra de mujeres que eran personas cuidadoras familiares en 2008 era del 76,3% (37) mientras que dicha cifra en 2020 era un 63,7% (16), lo que muestra una posible y ligera disminución con respecto al porcentaje de personas cuidadoras familiares que son mujeres.

Figura 10 Perfil de la persona cuidadora familiar EDAD 2020.



Fuente: Edad 2020 (16).

Existe una brecha de género en el cuidado, no solo en el número de mujeres cuidadoras familiares, sino también en las tareas a realizar, las mujeres realizan el mayor número de actividades domésticas como el aseo, la comida, etc. Mientras que las actividades que se realizan fuera del hogar son con mayor frecuencia realizadas por hombres, como puede ser ir a la compra o al médico (38).

La principal fuente de cuidados realizados a personas con discapacidad es proporcionada por un familiar (21). Según la EDAD, el parentesco de la persona cuidadora familiar principal varía en función al grupo de edad de la persona cuidada (16). En la Tabla 7 se pueden observar cual es la persona cuidadora familiar más frecuente según la edad de la persona cuidada, de 6-44 años de edad son los progenitores en un 69,8% de los casos, de los 45 a los 79 años son el cónyuge o la pareja en el 48,1% de los casos y finalmente, en el grupo de 80 o más años son los hijos los que realizan los cuidados en un 59,1% de los casos (16).

Tabla 7 Persona cuidadora familiar en función al grupo de edad de la persona cuidada.

| GRUPO DE EDAD<br>(RECEPTOR CUIDADOS) | CUIDADOR PRINCIPAL | PORCENTAJE (%) | OTROS                      |
|--------------------------------------|--------------------|----------------|----------------------------|
| 6 – 44 años                          | Progenitores       | 69,8%          | 10,5% Padre<br>59,3% Madre |
| 45 – 79 años                         | Cónyuge o pareja   | 48,1%          |                            |
| 80 y más años                        | Hijos              | 59,1%          | 18% Hijo<br>41,1% Hija     |

Fuente: Elaboración propia. Basada en: EDAD 2020 (16).

La Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) es realizada por el Ministerio de Sanidad y el Instituto Nacional de Estadística (INE) de forma quinquenal turnándose cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud. La última encuesta realizada en el año 2020 por el INE recoge las horas que dedican las personas cuidadoras familiares mayores de 15 años al cuidado de una persona dependiente, encontrando que la mayoría de las personas cuidadoras familiares emplean más de 20 horas semanales al cuidado de una persona dependiente y en concreto las personas cuidadoras familiares del grupo de edad de 65 o más años (39). Con respecto al género observamos que en todos los grupos de edad excepto en el de 45 a 64 años de edad, el número de mujeres que se dedican al cuidado menos de 10 horas a la semana es mayor que el grupo de los hombres (39). Sin embargo, hay mayor número de hombres en todos los grupos de edad excepto en el de 45 a 65 años que dedica entre 10 y 20 horas a la semana al cuidado de una persona dependiente (39).

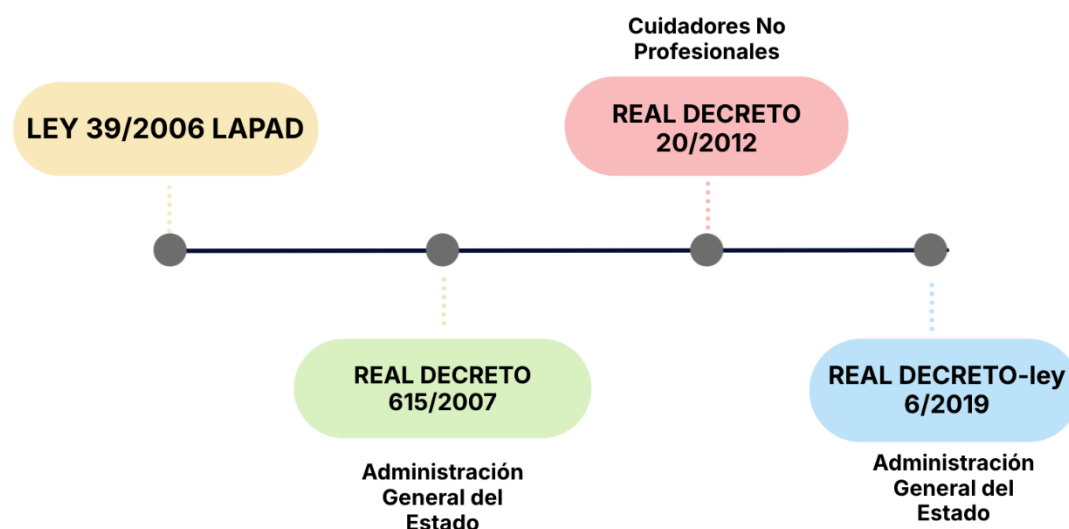
Para dar respuesta a la Ley 39/2006 (LAPAD) se aprueba el Real Decreto 615/2007 (40), de 11 de mayo, “por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia”. Dicho decreto contempla la inclusión de los

cuidadores no profesionales dentro del “*Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia*”, corriendo los gastos de cotización y formación de los cuidadores no profesionales a cargo de la Administración General del Estado. El cuidado de personas dependientes es una labor mayoritariamente realizada por mujeres y es reconocido como una actividad laboral. Esto contribuye a una mayor justicia social, ya que las personas cuidadoras no profesionales pueden cotizar a partir del Real Decreto 615/2007 a la Seguridad Social y acceder a derechos como la jubilación (40).

El Real Decreto 20/2012 (41) supuso una modificación en las condiciones anteriormente nombradas en el Real Decreto 615/2007 (40), esto vino condicionado por un aseguramiento de la estabilidad presupuestaria y por lo tanto a partir del 1 de enero de 2013 las cotizaciones a la Seguridad Social debían realizarse por las personas cuidadoras no profesionales.

El Real Decreto-ley 6/2019 (42), 1 de marzo, vino a restablecer lo previsto inicialmente en el Real Decreto 615/2007 y con efecto de 1 de abril de 2019 vuelve a ser la Administración General del Estado la que se hace cargo de las cotizaciones en la Seguridad Social de las personas cuidadoras no profesionales que estuviesen suscritas al “*Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia*” (Figura 11).

Figura 11 Regulación convenio cuidadores no profesionales.



La repercusión del Real Decreto-ley 6/2019 (42) la observamos en las cifras mensuales recogidas por el IMSERSO, donde la situación a fecha de marzo de 2019 es de 7.304 personas cuidadoras no profesionales (43), mientras que dicha cifra se duplica tras entrar en vigor dicho Real Decreto alcanzando una cifra de 14.262 personas cuidadoras no profesionales (43).

En octubre de 2024 la cifra de personas cuidadoras no profesionales dentro de dicho convenio fue de 84.759 personas (lo que supone 10.395 hombres, o sea el 12,3%, y 74.364 mujeres, es decir el 87,7%), la comunidad Autónoma con mayor número de personas cuidadoras no profesionales es la Comunidad Valenciana con 16.392 personas, seguida de Andalucía con 12.736 (22).

### 2.2.3. Consecuencias del cuidado

El cuidado diario y continuo origina una serie de consecuencias tanto positivas como negativas en la salud (44). Asumir el cuidado de una persona con discapacidad y dependencia supone un factor de riesgo para la salud. En un estudio realizado por García-Calvente et al. en personas cuidadoras familiares de personas dependientes el 93,3% de los casos se dedican al cuidado una media de 6-7 días a la semana (45). Sin embargo, se observan diferencias de género en las consecuencias del cuidado, las mujeres realizan el cuidado con mayor carga, intensidad y años de cuidado. El 37% de las mujeres y el 21% de los hombres del total de personas cuidadoras familiares indicaron deterioro de su salud debido al cuidado, siendo dicho porcentaje mayor tanto en la frecuencia, intensidad y duración del cuidado en los datos analizados por García-Calvente M. et al. (45).

Dentro de las consecuencias positivas destacamos la satisfacción o el crecimiento personal, el cual Hinrichsen et al. lo clasifica en tres aspectos: recompensas personales, mejora en la relación con la persona cuidada y mejora en las relaciones con otros (46). Un estudio realizado por Frías-Osuna A. et al. (47) sobre personas cuidadoras familiares dependientes de personas con demencia indica que el principal recurso positivo es el familismo (47), el cual a su vez está ligado a los sentimientos de lealtad, la reciprocidad y la solidaridad entre familiares.

El familismo está relacionado a su vez con los siguientes conceptos: 1) obligación familiar, 2) el afecto por la persona cuidada, 3) devolver la ayuda recibida, 4) bienestar de la persona cuidada, 5) el respeto a la decisión de la persona cuidada, 6) el compromiso y 7) el hábito.

Las consecuencias del cuidado más estudiadas son los aspectos negativos tanto físicos, psicológicos, económicos o sociales (48).

#### *2.2.3.1. Consecuencias Físicas*

Las consecuencias físicas de salud que pueden desarrollar las personas cuidadoras familiares son: cansancio, dolores musculoesqueléticos, disminución del autocuidado y deterioro de la salud (48). Los trastornos musculoesqueléticos son la consecuencia física más frecuente entre las personas cuidadoras familiares ligados al cuidado diario (49) y a las tareas propias realizadas como movilizaciones, traslados, cambios de pañal... y por consecuencia aumento del nivel del dolor lumbar (50).

Teniendo en cuenta el perfil trazado en el apartado anterior donde la mayor parte de los cuidados recaen en las mujeres y lo realizan de forma frecuente e intensa, debemos destacar la relación entre la edad y la disminución de la densidad ósea, en especial en mujeres, acentuado por la menopausia, haciendo su sistema musculoesquelético más susceptible a fracturas (51) y por consecuencia siendo un factor de riesgo para el desarrollo de problemas físicos.

#### *2.2.3.2. Consecuencias Psicológicas*

Las consecuencias psicológicas o emocionales más frecuentes en personas cuidadoras informales son la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y la depresión (52).

##### *2.2.3.2.1. Ansiedad*

Dentro de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) la ansiedad (Código 00146) se define como: "Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la

anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza”(53).

El trastorno de ansiedad es uno de los más prevalentes en personas cuidadoras familiares, el cual afecta a las actividades que realizan en el día a día llegando a afectar a la persona que recibe los cuidados (54, 55), puesto que suele ir acompañado de preocupaciones y miedos (56). Las prevalencias de ansiedad en personas cuidadoras familiares varían en función del tipo de receptor de cuidados, así encontramos el 46,7% en pacientes con demencia (57), el 43,9% en pacientes con accidentes cerebro vasculares (ACV) (58) o el 38,1% en pacientes con cáncer (59).

Encontramos diferentes escalas para medir el nivel de ansiedad en personas cuidadoras familiares como son: la Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) o el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI) (60).

Estudios previos indican la relación de la ansiedad de las personas cuidadoras familiares con los siguientes factores: cuidado no remunerado, bajo nivel de apoyo social, diagnóstico previo de ansiedad o depresión, consumo de fármacos como ansiolíticos y el grado de dependencia de la persona cuidada (más frecuente en personas cuidadoras familiares de personas con grado II de dependencia) (61).

Además, la ansiedad se ha relacionado con otras variables como la carga subjetiva de la persona cuidadora familiar, encontrando una asociación positiva, por lo que a mayores niveles de carga subjetiva aumentan los síntomas de ansiedad en personas cuidadoras familiares (62). Así como, se ha relacionado con el afrontamiento disfuncional, la auto distracción, la negación, el desahogo y la autculpa mediado por la carga subjetiva (63).

Los síntomas ansiosos se han relacionado con el apoyo social en personas cuidadoras familiares, encontrando una asociación negativa con tamaño del efecto moderado. Si nos centramos en los tipos de apoyo social Del-Pino-Casado et al., demuestran una asociación negativa para el apoyo social percibido (tamaño del efecto moderado) y el apoyo social recibido (tamaño del efecto pequeño) (64) (65).

#### 2.2.3.2.2. Depresión

La depresión es un trastorno mental común que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, pérdida de placer o pérdida de interés durante periodos de tiempo. Afecta tanto a las relaciones familiares como a las sociales y a cualquier persona, siendo más frecuente en mujeres (66). Algunos de los factores de riesgo que predisponen el desarrollo de depresión pueden ser la genética, acontecimientos que provocan alteraciones emocionales, el género, padecer algún trastorno médico (trastornos tiroideos) o efectos secundarios de algunos fármacos (betabloqueantes) (67).

Según el CIE los episodios depresivos se clasifican en:

- Episodio depresivo leve
- Episodio depresivo moderado
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Otros episodios depresivos
- Episodio depresivo, no especificado.

Se estima que la depresión está presente en el 42% de las personas cuidadoras informales por lo que es una de las enfermedades más frecuentes producidas por el cuidado (68). Las prevalencias de depresión son del 82,2% en personas cuidadoras de pacientes con cáncer (59), del 40,2% en personas cuidadoras de personas con ACV (69) y del 33,9% en personas cuidadoras de pacientes con Alzheimer (54).

En el cuidado familiar también encontramos diferentes factores de riesgo que se relacionan con el desarrollo de síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares que se agrupan en cuatro grupos como se puede observar en la Figura 12 factores sociodemográficos, factores relacionados con la salud de la persona, factores relacionados con la carga de cuidado y factores psicosociales de la persona cuidada (68, 70).

Figura 12 Factores relacionados con los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares.



Fuente: Elaboración propia. Basado en: Muñoz-Cruz et al. (71), Gottlieb et al. (72) y Nuwamanya et al. (73)

Los factores sociodemográficos que se han relacionado con el riesgo de padecer síntomas depresivos son: la edad, el género (ser mujer), ser cónyuge de la persona cuidada, tener problemas económicos o un nivel educativo bajo (68). En los factores relacionados con la salud de la persona cuidada encontramos tener calidad de vida baja o padecer alguna enfermedad crónica (68, 70). La duración del cuidado, las horas que se le dedica, el grado de dependencia o la gravedad de los síntomas son algunos de los factores relacionados con la carga (70). Finalmente, los factores psicossociales que se relacionan con el aumento de la depresión son el afrontamiento disfuncional, las restricciones de actividades sociales o el apoyo social bajo (74).

Algunas de las escalas más utilizadas para medir síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares son: Centro de Estudios Epidemiológicos, Escala de Depresión (Center for Epidemiologic Studies, Depression scale, CES-D) (75), Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (76), Cuestionario de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) (77) y Escala de Depresión de Beck (Beck's Depression scale, BDS) (78).

Como hemos visto hay numerosos factores relacionados con la depresión, entre los que destacamos el afrontamiento (71) y el apoyo social (72). El afrontamiento puede ser activo (centrado en el problema o en la solución), centrado en la emoción o disfuncional (centrado en la evitación). La evidencia científica demuestra asociación negativa entre los síntomas depresivos y el afrontamiento centrado en la emoción, así como el uso del afrontamiento disfuncional se relaciona con mayor frecuencia con un mayor número de síntomas depresivos (71).

Varios estudios (73, 79, 80) indican el posible efecto protector del apoyo social sobre los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares. Sin embargo, al ser estudios descriptivos y no medir causalidad no dejan clara la relación entre las variables con suficiente nivel de evidencia. **Desde nuestro conocimiento no hay revisiones sistemáticas con meta-análisis actuales que relacionen el apoyo social percibido y el apoyo social recibido con los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares.**

#### 2.2.3.2.3. Sobrecarga subjetiva

La sobrecarga subjetiva o carga subjetiva es una condición caracterizada por fatiga, estrés, contacto social limitado, modificación de roles y mala percepción de la autoestima. Esta sobrecarga subjetiva es el resultado de una evaluación negativa de la condición del cuidador amenazando la salud física, psicológica, emocional y funcional (81, 82). Otro tipo de sobrecarga es la sobrecarga objetiva, la cual se refiere a las repercusiones que tiene el cuidado en la vida de la persona cuidadora familiar (83). Por ejemplo, a la cantidad de tiempo que debe emplearle, la cantidad de tareas o trabajo y el esfuerzo requerido para llevarlas a cabo (83).

En el cuidado informal y según los modelos de proliferación del estrés se ha relacionado la sobrecarga subjetiva con otras consecuencias psicológicas negativas como son la ansiedad y la depresión (84). Además, se ha relacionado la sobrecarga subjetiva con otros factores como la duración del cuidado, el grado de dependencia de la persona cuidada, la falta de apoyo social y la conciliación con otras responsabilidades como puede ser el cuidado de otro familiar o responsabilidades laborales (85, 86).

La prevalencia de carga subjetiva oscila entre el 33,6% en personas cuidadoras de personas con demencia (87) hasta el 84,2% en personas cuidadoras de pacientes con enfermedades mentales (88). Un estudio realizado por Pérez-Cruz et al., describe que el 50% de las personas cuidadoras familiares españolas de adultos mayores presentan sobrecarga subjetiva (89).

Encontramos diferentes escalas para medir los niveles de sobrecarga subjetiva en personas cuidadoras familiares las cuales permiten a los profesionales sanitarios identificar a aquellas personas que la experimentan y desarrollar intervenciones dirigidas a ellas, por ejemplo:

- Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (90) (Zarit Burden Interview - ZBI): es la escala más utilizada y las cuatro dimensiones que mide son: los sentimientos de sobrecarga, privación de vida personal, relaciones interpersonales, expectativas y nivel de control sobre el cuidado. El número de ítems es 22, pero existen versiones abreviadas de 12 o 7 ítems (91).
- Escala de Sobrecarga del Cuidador de Novak y Guest (Caregiver Burden Inventory - CBI): es una herramienta útil para medir la sobrecarga emocional y psicológica y las dimensiones que mide son sobrecarga en el tiempo, sobrecarga de desarrollo (relacionada con el impacto del cuidado en los proyectos de vida), sobrecarga física, sobrecarga social y sobrecarga emocional (92).
- Escala de Carga del Cuidador (Caregiver Strain Index - CSI): esta escala mide tanto la sobrecarga objetiva como la subjetiva, mediante la evaluación de la tensión emocional y física y el impacto en las actividades sociales y familiares (93).
- Cuestionario de Sobrecarga en cuidadoras de ancianos con demencia (SCAD): esta escala tiene como objetivo evaluar los niveles de sobrecarga subjetiva en personas cuidadoras familiares de adultos mayores con demencia (83).

### *2.2.3.3. Consecuencias Sociales*

En Europa el 30% de las personas cuidadoras familiares realiza cuidados de alta intensidad y en concreto en España dicha cifra aumenta hasta un 50%, lo que implica cuidados durante más de 20 horas semanales (94). Esto supone que las personas cuidadoras informales tengan más riesgo de perder el trabajo o perder oportunidades

que el resto de la población (16). Diferentes estudios han demostrado una asociación negativa entre el cuidado y la participación laboral (95, 96).

Las mujeres perciben con más intensidad en comparación a los hombres las demandas de cuidados (97) sin embargo, el aumento de la carga de cuidado se asocia negativamente con el reconocimiento social y laboral que reciben (98). Otro de los problemas sociales que encontramos es la reducción del tiempo de ocio para la persona cuidadora, ya que el cuidado diario de una persona con dependencia puede conllevar un aislamiento en el domicilio, causando una disminución en el número y la calidad de relaciones sociales junto a una disminución en la participación en actividades (99, 100).

Según un estudio realizado en España casi medio millón de mujeres, es decir 491.200 y 40.700 hombres deciden no buscar empleo ya que se ocupan de cuidar a personas dependientes (101).

### 3. FACTORES RELACIONADOS CON LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

### 3. Factores relacionados con las consecuencias psicológicas.

Existen diferentes factores relacionados con las consecuencias psicológicas derivadas del cuidado nombradas en el apartado anterior (Figura 13). Según el Modelo del proceso de estrés de Pearlin et al. (102) sabemos que el distrés está condicionado por las variables contextuales como son el sexo o el parentesco, los estresores objetivos, la carga subjetiva (fatiga, estrés, percepción del contacto social limitado y autoestima) y los recursos psicológicos como el afrontamiento.

En primer lugar, existen diferencias en cuanto al sexo con respecto a la carga subjetiva, donde las mujeres presentan mayores niveles de carga frente a los hombres, actuando el parentesco como variable moderadora (103).

Otro de los factores relacionados con las consecuencias psicológicas es el afrontamiento, el cual se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio por parte de los individuos para hacer frente a las necesidades externas e internas que perciben como superiores a los recursos disponibles en ese momento determinado (104). El afrontamiento se clasifica en (105):

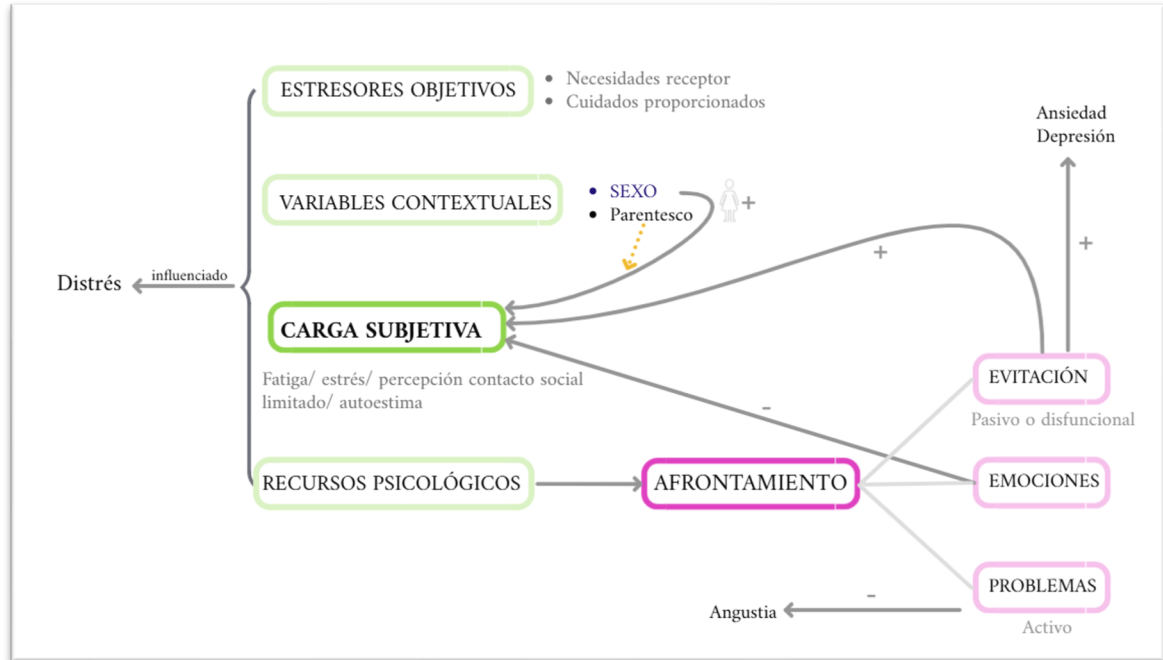
- Centrado en el problema o solución (Afrontamiento activo o de aproximación).
- Centrado en las emociones.
- Centrado en la evitación de problemas, negación o descarga emocional (Afrontamiento pasivo o disfuncional).

El afrontamiento se relaciona con los síntomas de ansiedad y es moderado por la carga subjetiva. A su vez existen diferentes factores que influyen en los niveles de ansiedad, por ejemplo, la planificación, la autodistracción, la negación, el desahogo o la autocolpa (63). Con respecto a los tipos de afrontamiento encontramos como el afrontamiento activo, ya sea la resolución de problemas o la regulación del afecto, corrige el impacto negativo de la angustia del cuidador (106), el afrontamiento centrado en emociones se asocia de forma negativa con la carga subjetiva (107), mientras que el afrontamiento

Relaciones entre el apoyo social, la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares.

disfuncional (como la negación o la evitación) presenta una asociación positiva con los niveles de ansiedad (89), depresión (108) y carga subjetiva (107).

Figura 13 Factores relacionados con las consecuencias psicológicas



Fuente: Elaboración propia.

## 4. APOYO SOCIAL Y SUS CONSECUENCIAS

## 4. El apoyo social y sus consecuencias.

### 4.1. Apoyo social

#### 4.1.1. Definición

El *apoyo social* se define como “la existencia o disponibilidad de personas en las que podemos confiar, personas que nos hacen saber que se preocupan por nosotros, nos valoran y nos aman” (109).

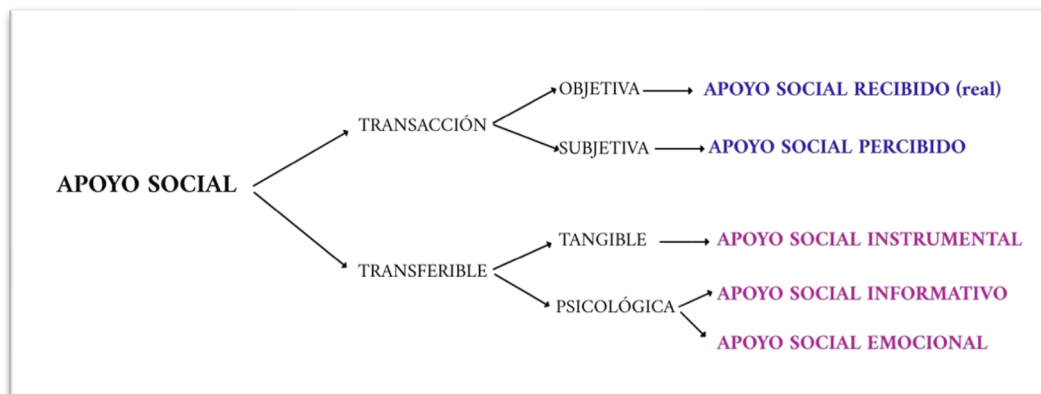
El cuidado de una persona en situación de dependencia es una situación continua, cambiante y prolongada en el tiempo, lo que supone una situación de estrés para la persona cuidadora familiar. Está debe disponer de diferentes recursos o estrategias para afrontar el cuidado, siendo uno de los más importantes el apoyo social (110).

#### 4.1.2. Tipos de apoyo social

El apoyo social se clasifica en función de dos dimensiones, la estructural y la funcional; la primera se refiere al tamaño, composición o complejidad de la red social (111), mientras que la funcional comprende las variaciones de apoyo práctico (112).

En la Figura 14 se puede observar la clasificación del apoyo social. Así tenemos un apoyo social objetivo y otro percibido, el primero hace referencia a las transacciones o provisiones que hace una persona en caso de necesidad mientras que el segundo corresponde a la evaluación que hace la persona. Esto lleva a Caplan G. et al. a hacer una clasificación en función a la transacción y a lo transferible, la primera puede ser objetiva o subjetiva dando lugar al apoyo social recibido y percibido, mientras que lo transferido puede ser tangible o psicológico (113).

Figura 14 Tipos de Apoyo Social.



Fuente: Elaboración propia. Basada en: Caplan G. et al. (113)

#### 4.1.2.1. Apoyo social Informativo, emocional o instrumental

Como hemos comentado la dimensión funcional depende de la asistencia, ya sea dada o disponible, que habitualmente se clasifica en *emocional, instrumental e informativa* en función al contenido del apoyo.

El apoyo emocional es el tipo de apoyo más importante ya que engloba la empatía, el amor y la confianza que otros tienen sobre el cuidado, hace referencia a los diferentes comportamientos que favorecen en la persona cuidada la seguridad o el alivio. El apoyo instrumental o también denominado tangible son comportamientos instrumentales que ayudan a la persona que brinda los cuidados, tales como la realización de ciertas tareas. Finalmente, el apoyo informativo comprende la información, consejo o guía que es brindada por terceros con el fin de entender y gestionar la situación de cuidado y así ayudar a la persona cuidada (114).

#### 4.1.2.2. Apoyo social percibido o recibido

Otra forma de clasificar el apoyo social es en percibido y recibido. El apoyo social percibido se define como: “Las creencias del individuo sobre la disponibilidad de diversos tipos de apoyo por parte de los asociados de la red.” (72) Por lo tanto, es la evaluación que hace una persona de los recursos disponibles y la calidad de estos (72). Mientras que el apoyo social recibido se asocia con la naturaleza, frecuencia e intercambio de recursos (115).

Encontramos diferentes resultados con respecto a la relación entre el apoyo social percibido y recibido. Los estudios indican que ambos tipos de apoyos están relacionados y por lo tanto el apoyo social percibido surge del recibido (116). Existen estudios que indican todo lo contrario, que son constructos independientes (117). Por ello hay pocos estudios que observen los efectos de ambos apoyos juntos (117).

El apoyo social percibido se ha relacionado con la salud mental (118), el nivel de estrés, la sobrecarga (86) y la ansiedad (64). Sin embargo, los resultados obtenidos para el apoyo social recibido y la salud son heterogéneos. Esto puede deberse a que (119):

- El apoyo social recibido se relaciona con la salud emocional cuando la persona considera la necesidad de apoyo, es decir, cuando este se mide por el número de veces que recibió apoyo cuando lo necesitó.
- El apoyo social recibido no se relaciona con la salud emocional cuando se mide dicho apoyo por el número de veces que se recibió apoyo.

Por lo que son diferentes autores los que le dan más importancia al apoyo social percibido que al recibido y la mayoría de las intervenciones se centran más en el apoyo social percibido (117, 119-121). En la

Tabla 8 se puede observar las principales diferencias entre ambos tipos de apoyo.

*Tabla 8 Diferencias entre el apoyo social percibido y el apoyo social recibido.*

|   | <b>APOYO SOCIAL PERCIBIDO</b>  | <b>APOYO SOCIAL RECIBIDO</b>   |
|---|--|--|
| <b>Definición</b>                                 | Las creencias del individuo sobre la disponibilidad de diversos tipos de apoyo por parte de los asociados de la red. | El apoyo real y concreto que una persona ha recibido en una situación.<br><br>La naturaleza, frecuencia e intercambio de recursos. |
| <b>Naturaleza</b>                                 | Subjetiva (percepción).  | Objetiva (tangible).   |
| <b>Relación con las consecuencias del cuidado</b> | Positiva.  | Resultados heterogéneos, en función a la medida.   |

*Fuente: Elaboración propia.*

#### 4.1.3. Beneficios del apoyo social

El apoyo social ha sido estudiado en diversas situaciones o entornos, siendo uno de ellos el cuidado informal. Como hemos comentado en apartados anteriores el cuidado de una persona en situación de dependencia genera una serie de consecuencias negativas y por lo tanto afecta al bienestar de las personas cuidadoras (85). El apoyo social se ha relacionado con la mejora de la salud física y psicológica (122, 123). Así como, se ha relacionado negativamente con los niveles de sobrecarga subjetiva o ansiedad (64, 86).

Richard S. Lazarus (124) fue un psicólogo estadounidense que se centró en los procesos cognitivos que se manifiestan ante una condición de estrés, durante su estudio creó la Teoría del estrés de Lazarus y Folkman (Figura 15). Dicha teoría se basa en tres aspectos: la definición de estrés, la valoración cognitiva y el afrontamiento (124).

Figura 15 Teoría del estrés de Lazarus y Folkman



Fuente: Elaboración propia. Basada en: Lazarus RS (1984) (124)

El estrés psicológico lo define como "el resultado de una relación entre el sujeto y el ambiente, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar". El afrontamiento de una situación de estrés depende de las personas y del entorno, estos a su vez dependen del impacto del estresor ambiental, el cual es mediatizado por las evaluaciones primarias, secundarias o terciarias que realiza la persona del agente estresor y por los recursos personales, sociales o culturales de la persona (124).

- La evaluación primaria es el juicio o las evaluaciones que hace la persona sobre la situación, medio o entorno. Esto permite clasificar la situación como estresante, positiva o controlable, en el caso de que clasifique la situación como estresante pasa a la evaluación secundaria (124).
- La evaluación secundaria se centra en valorar los recursos o estrategias disponibles para resolver esa situación estresante. Las estrategias utilizadas pueden ir orientadas al problema o a la emoción, las estrategias orientadas al problema son aquellas que intentan modificar la relación entre el ambiente y la persona haciendo la situación menos estresante mediante el control de la fuente de estrés, siendo eficaces en situaciones cambiantes (124). Mientras que las estrategias orientadas en la emoción se centran en mejorar la percepción de dicha situación de estrés, modificando el modo de entender lo que sucede, siendo eficaces en aquellas situaciones que no se pueden cambiar (124).
- Los resultados obtenidos en la evaluación secundaria transforman la evaluación primaria o inicial y además mejoran el desarrollo de estrategias de afrontamiento.
- La evaluación terciaria es la reevaluación o feedback de las evaluaciones anteriores con el fin de mejorar (124).

A partir de esta teoría Cohen et al. (125) explica como el apoyo social influye en las consecuencias del estrés denominado como “Hipótesis del efecto amortiguador” o “The Buffering Hypotesis”. El apoyo social no actúa de forma directa sobre la salud o los estresores que influyen en la salud de la persona, sino que el apoyo social apacigua los efectos producidos por las situaciones estresantes sobre la salud de las personas. Lo que supone (125):

- Las personas que no tienen apoyo social sufren mayores efectos negativos producidos por el estrés psicosocial.
- Las personas con apoyo social presentan una disminución en los efectos negativos producidos por el estrés psicosocial, así como periodos más cortos de recuperación en comparación a las personas que no presentan apoyo social.
- El apoyo social no repercute en aquellas personas que no presentan estrés.

Dicha teoría habla también del posible efecto del apoyo social sobre el proceso de enfermedad producido por una situación estresante. Donde la presencia de apoyo social contribuye a la estimación de forma positiva de la situación provocando ausencia de respuesta fisiológica ante dicho acontecimiento o regulando la intensidad de dicha respuesta lo que disminuye la posibilidad de desarrollar una problema o enfermedad (125).

#### 4.2. Apoyo social y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión

Las relaciones entre el apoyo social, la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y la depresión se han estudiado dentro de la literatura (64, 86). La relación entre el apoyo social y la sobrecarga subjetiva ha sido estudiada por diferentes autores, que indican una relación negativa entre el apoyo social y la sobrecarga subjetiva (126). Si analizamos la diferencia entre el tipo de apoyo social (apoyo social percibido y apoyo social recibido), encontramos un efecto negativo tanto para el apoyo social percibido y el apoyo social recibido con respecto a la sobrecarga subjetiva en personas cuidadoras familiares de adultos en situación de dependencia (86).

La sobrecarga subjetiva presenta una relación positiva con los síntomas de ansiedad en personas cuidadoras (127), de personas con demencias (128), de personas con cáncer (127) o personas cuidadoras familiares de mayores dependientes (62). Encontramos los mismos resultados con respecto a la depresión (74).

El apoyo social también se ha relacionado con otras consecuencias negativas del cuidado, varios estudios demuestran el posible papel protector del apoyo social frente a los síntomas depresivos como consecuencia del cuidado de adultos o mayores dependientes (73, 79, 129). Por lo tanto, los niveles más altos de síntomas depresivos se relacionan con niveles más bajos de apoyo social tanto recibido como percibido, encontramos otros estudios que respaldan esta relación en personas cuidadoras familiares de pacientes con cáncer en la infancia (130) o en adultos mayores (131).

Vemos que el apoyo social parece presentar un efecto protector frente a los problemas físicos y psicológicos procedentes del cuidado no retribuido de adultos y mayores dependientes. Hemos encontrado numerosos estudios que presentan entre sus

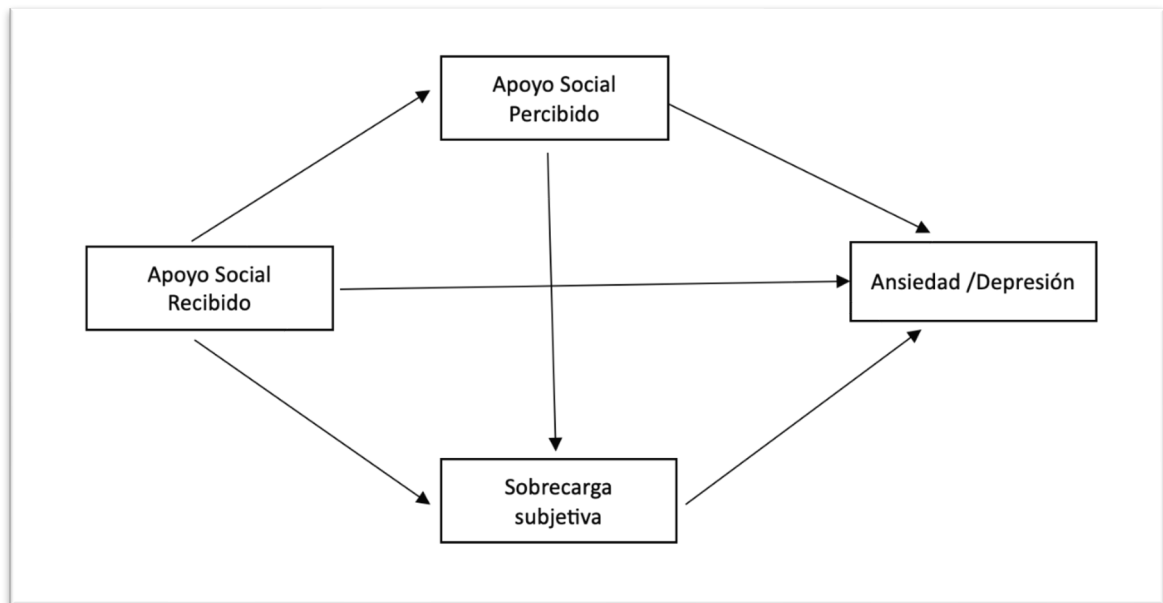
hallazgos una disminución de estos efectos, entre los que se incluye la ansiedad (61, 125, 132), la depresión (58, 133, 134) y la sobrecarga subjetiva (89, 135-137). Sin embargo, desde nuestro conocimiento no hemos encontrado revisiones que analicen y cuantifiquen el tamaño del efecto entre el apoyo social y los síntomas depresivos. El efecto protector del apoyo social en personas cuidadoras familiares de adultos o mayores dependientes no termina de quedar claro (138).

A la limitación ya comentada se le une el hecho de que, según nuestro conocimiento, no existen revisiones sistemáticas con metaanálisis en personas cuidadoras sobre la relación entre el apoyo social percibido y recibido, Asimismo el número de estudios que relacionan ambos tipos de apoyo en personas cuidadoras informales es limitado.

Existe cierto consenso en que los tipos de apoyo (percibido o recibido) son constructos distintos y que los mecanismos de actuación sobre el estrés de ambos tipos de apoyo social pueden ser diferentes (139). Además, diversos estudios han puesto de manifiesto que el mayor efecto beneficioso del apoyo social recibido se produce cuando realmente se necesita (119). Desde esta perspectiva, es posible que el apoyo social percibido sea adecuado para mitigar las consecuencias negativas emocionales, mientras que el apoyo social percibido podría ser beneficioso cuando aumenta la percepción de apoyo.

Por todo lo anterior comentado podríamos plantear que las relaciones entre el apoyo social percibido, el apoyo social recibido, la sobrecarga subjetiva, la depresión o la ansiedad podrían seguir el modelo representado en la Figura 16.

Figura 16 Modelo representativo.



Fuente: Elaboración propia.

En este sentido, no hemos encontrado revisiones que analicen la interrelación entre el apoyo social y la sobrecarga subjetiva y la depresión o ansiedad, analizando el efecto moderador de la sobrecarga subjetiva entre dichas variables.

Un mejor estudio y entendimiento de las relaciones entre apoyo percibido, apoyo recibido, sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión nos ayudará a entender los mecanismos mediante los que se relacionan dichas variables, así como el diseño o mejora de intervenciones orientadas a la prevención o disminución de la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y la depresión en personas cuidadoras familiares. El apoyo social podría ser una herramienta valiosa para reducir la carga emocional y sus consecuencias negativas, como la depresión y la ansiedad. No obstante, se requiere de mayor investigación al respecto.

## 5. JUSTIFICACIÓN

## 5. Justificación

El número de personas con discapacidad y dependencia va en aumento, siendo el envejecimiento el primer responsable de ellos y por ende aumenta la necesidad de cuidados a largo plazo. Los Indicadores de Salud de la OCDE indican que los cambios demográficos y socioeconómicos, caracterizados por familias más pequeñas, mayor movilidad geográfica y una mayor participación femenina en el mercado laboral, están reduciendo la oferta de cuidados no profesionales (34, 35).

Cuidar a una persona de forma prolongada y constante produce una serie de consecuencias negativas en la salud de la persona cuidadora familiar. La carga física de las tareas diarias que se realizan, el estrés constante o la falta de sueño desarrollan problemas de salud físicos como dolores musculares o enfermedades cardiovasculares (85). La tensión por cuidar a un familiar produce un deterioro en la salud mental de las personas cuidadoras familiares, efectos como el agotamiento emocional o el burnout son algunas de las consecuencias más comunes, las cuales combinadas con la falta de apoyo social o la falta de tiempo para el autocuidado produce un aumento de problemas psicológicos como el estrés, la ansiedad, la depresión y la sobrecarga (140).

El apoyo social puede ser una herramienta importante para aliviar tanto los síntomas físicos como psicológicos en las personas cuidadoras familiares. Hay literatura abundante que relaciona el apoyo social con menores niveles de estrés (125); ansiedad (64), que está presente en el 45% de las personas cuidadoras (57) y depresión (73), presente en el 42% (68), de un lado, y con mayor resiliencia (141) y salud física percibida (142).

Sin embargo, los estudios que relacionan el apoyo social y los síntomas depresivos que hemos encontrado son estudios descriptivos. Además, desde nuestro conocimiento, no hay revisiones sistemáticas con meta-análisis actuales que relacionen y cuantifiquen el tamaño del efecto entre el apoyo y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares. Por lo tanto, nuestro primer objetivo es analizar la relación entre el apoyo social y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares.

Se han estudiado los efectos de los tipos de apoyo social sobre la salud emocional de las personas cuidadoras familiares (143). El apoyo social percibido se relaciona de manera

positiva con la salud emocional, pero, como hemos comentado para el apoyo social recibido, se obtienen resultados heterogéneos dependiendo de si el apoyo es necesitado y demandado por la persona cuidadora familiar (117, 143). El apoyo social recibido se relaciona de forma positiva con la salud emocional cuando la persona cuidadora familiar demanda dicho tipo de apoyo.

Con respecto a la relación entre ambos tipos de apoyo social, los resultados de las investigaciones son ambiguos y no se han encontrado revisiones al respecto. Encontramos estudios originales que indican que son constructos relacionados y que por lo tanto el apoyo social percibido surge del recibido (116), mientras que otros autores indican que son independientes y tienen consecuencias diferenciales en la salud emocional (117). Si fuesen constructos relacionados, la correlación entre ambos constructos sería alta. Si fuesen constructos diferentes, la correlación sería media o media-baja (144). Así, el segundo objetivo del presente estudio es sintetizar y cuantificar el tamaño del efecto de la relación entre el apoyo social percibido y el recibido en personas cuidadoras familiares. Dicho objetivo tendrá implicaciones importantes para la salud emocional de las personas cuidadoras familiares, ya que conocer cómo se relaciona el apoyo social percibido y el apoyo social recibido permitirá establecer intervenciones más eficaces para promover resultados positivos en salud mental en las personas cuidadoras familiares.

Por último, no hemos encontrado revisiones que analicen las interrelaciones entre las variables de interés en esta tesis (apoyo social, sobrecarga subjetiva, ansiedad y síntomas depresivos), y más concretamente, que analicen los efectos de mediación del apoyo social percibido y la sobrecarga en las relaciones propuestas en la Figura 16. Esto permitiría, por un lado, una mejor cuantificación de los efectos del apoyo social y de la sobrecarga subjetiva en la ansiedad y la depresión, y por otro, mejorar el conocimiento sobre el mecanismo de actuación del apoyo social en la ansiedad y la depresión. Por ello, el tercer objetivo de nuestro estudio es analizar los efectos de mediación del apoyo social percibido y la sobrecarga subjetiva en la relación entre el apoyo social recibido y la ansiedad y los síntomas depresivos.

## 6. OBJETIVOS

## 6. Objetivos.

### 6.1. Objetivo general

Analizar la relación entre el apoyo social percibido, el apoyo social recibido, la sobrecarga subjetiva, la depresión y la ansiedad en personas cuidadoras familiares.

### 6.2. Objetivos específicos

1. Analizar la relación entre el apoyo social y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares de adultos y mayores dependientes (**Fase 1**).
2. Analizar la relación entre el apoyo social percibido y recibido en personas cuidadoras familiares (**Fase 2**).
3. Analizar los efectos de mediación del apoyo social percibido y la sobrecarga subjetiva en la relación entre el apoyo social recibido y los síntomas depresivos y la ansiedad (**Fase 3**).
  - I. Cuantificar los efectos totales de las trayectorias entre el apoyo social recibido y la sobrecarga subjetiva, el apoyo social recibido con la depresión y el apoyo social percibido con la depresión.
  - II. Cuantificar los efectos totales de las trayectorias entre el apoyo social recibido y la sobrecarga subjetiva, el apoyo social recibido con la ansiedad y el apoyo social percibido con la ansiedad.
  - III. Analizar el efecto de mediación de la sobrecarga subjetiva entre el apoyo social percibido, el apoyo social recibido y los síntomas depresivos
  - IV. Analizar el efecto de mediación de la sobrecarga subjetiva entre el apoyo social percibido, el apoyo social recibido y la ansiedad.
  - V. Analizar el efecto de mediación del apoyo social percibido entre el apoyo social recibido y la sobrecarga subjetiva
  - VI. Analizar el efecto de mediación del apoyo social percibido en la relación entre el apoyo social recibido y los síntomas depresivos.
  - VII. Analizar el efecto de mediación del apoyo social percibido en la relación entre el apoyo social recibido y la ansiedad

## 7. METODOLOGÍA

## 7. Metodología

Esta tesis doctoral se ha realizado por compendio de artículos. A continuación, detallaremos la metodología llevada a cabo en las publicaciones incluidas.

### 7.1. Diseño

#### → Fase 1 y 2:

Para lograr los dos primeros objetivos se realizó una revisión sistemática cuantitativa con metaanálisis siguiendo las recomendaciones del Manual Cochrane (145) y PRISMA (146).

Ambas revisiones fueron registradas en PROSPERO con las Id: CRD42023405918 (Fase 1) y CRD42023470047 (Fase 2)

#### → Fase 3:

Para cumplir el tercer objetivo se llevó a cabo una umbrella review con metaanálisis de ecuaciones estructurales (MASEM) (147) (148) y también se ha seguido las recomendaciones de PRISMA para elaborarlo (146).

Dicha revisión fue registrada en PROSPERO con la Id: CRD42024511800

### 7.2. Estrategia de búsqueda

Se realizaron tres búsquedas bibliográficas hasta enero de 2023 (Fase 1), hasta noviembre de 2023 (Fase 2) y hasta febrero de 2024 (Fase 3), en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cinahl, Scopus y PsycINFO. Los detalles de las estrategias de búsqueda y las cadenas de búsqueda utilizadas se pueden observar en el Anexo 1 <sup>1</sup>(Fase 1), Anexo 2<sup>2</sup> (Fase 2), Anexo 3<sup>3</sup> (Fase 3).

<sup>1</sup> El Anexo 1 corresponde al material suplementario *Table S1* del artículo fase 1

<sup>2</sup> El Anexo 2 corresponde al material suplementario *Table S1* del artículo fase 2

<sup>3</sup> El Anexo 3 corresponde a la tabla 1 del artículo fase 3.

### 7.3. Criterios de elegibilidad.

Los criterios de inclusión para la selección de los estudios fueron los siguientes (Tabla 8):

Tabla 9 Criterios de elegibilidad.

| FASE 1  | FASE 2  | FASE 3   |
|---|---|--|
| 1) Estudios originales<br>2) Que informaran sobre la relación entre el apoyo social y los síntomas depresivos<br>3) Personas cuidadoras familiares de 18 años o más años<br>4) Personas dependientes adultos y mayores<br>5) Presentaran datos estadísticos adecuados para evaluar la magnitud de la asociación o el tamaño del efecto. | 1) Estudios originales<br>2) Con informes sobre la relación entre apoyo percibido y apoyo recibido<br>3) Personas cuidadoras familiares<br>4) Personas dependientes (sin límite de edad)<br>5) Presentaran datos estadísticos adecuados para evaluar la magnitud de la asociación o el tamaño del efecto. | 1) Revisiones sistemáticas<br>2) Con metaanálisis<br>3) Que analice las relaciones entre apoyo social y sobrecarga subjetiva, apoyo social y ansiedad, apoyo social y depresión, sobrecarga subjetiva y ansiedad o sobrecarga subjetiva y depresión.<br>4) En personas cuidadoras familiares |

Fuente: Elaboración propia

### 7.4. Extracción de datos:

Los datos extraídos en las diferentes fases se realizaron por dos investigadores de forma independiente y fueron:

- **Fase 1:** autor y el año, la muestra (tipo de muestreo y tamaño de la muestra), el tipo de diseño, el tipo de apoyo social (percibido o recibido, tanto en su dimensión global como separada), el tipo de escala de apoyo social utilizada, la

escala de síntomas depresivos, la condición crónica del receptor de los cuidados y el tamaño de la asociación o efecto

- **Fase 2:** autor y año, tipo de diseño, muestra (tamaño muestral y tipo de muestreo), grupo de edad de las personas cuidadoras (niños o adultos), edad media de las personas cuidadoras familiares, antigüedad en el cuidado, porcentaje de mujeres cuidadoras, porcentaje de cónyuges cuidadores, escala de apoyo social percibido, escala de apoyo social recibido, causa de la dependencia de las personas cuidadas y tamaño de la asociación.
- **Fase 3:** número de estudios incluidos en cada revisión, muestra total de personas incluidas en la revisión, variable independiente, variable dependiente, valor del efecto combinado de cada relación entre variables, valor de la media y la desviación típica de cada variable, número de estudios incluidos en cada revisión con muestreo probabilístico y con diseño descriptivo-transversal.

#### 7.5. Evaluación de la calidad:

##### → **Fase 1 y 2:**

Para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos en ambas fases se siguieron las recomendaciones de Viswanathan et al.(149) y Boyle (150), se revisaron el sesgo de selección, el sesgo de clasificación y el sesgo de confusión.

Para ello los criterios fueron:

1. Tipo del muestreo (uso o no de muestreo probabilístico; para el sesgo de selección).
2. Validez y confiabilidad de las medidas utilizadas. Para la fase 2 este criterio fue obligatorio para la inclusión en el estudio.
3. Control de las variables de confusión. En la fase 1 fueron medidas de carga objetiva (capacidad funcional, deterioro cognitivo o problemas de conducta), mientras que en la fase 2 fueron el tamaño de la red de apoyo, la edad y el sexo de la persona cuidadora familiar.
4. Tasa de deserción para los estudios longitudinales, no más del 20% de pérdidas.

Relaciones entre el apoyo social, la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares.

La evaluación de la calidad de la evidencia en estas fases se realizó siguiendo las recomendaciones del Sistema de Evaluación, Desarrollo y Evaluación de Recomendaciones (Grade of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation, GRADE) (151), los criterios evaluados fueron: la calidad metodológica de los estudios incluidos, la inconsistencia, la imprecisión y el sesgo de publicación.

→ **Fase 3:**

La evaluación de la calidad de las revisiones sistemáticas incluidas en esta fase se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de GRADE (151) y Guyatt et al. (152) Los cinco criterios evaluados fueron los que se observan en la siguiente Figura 17.

Figura 17 Criterios de calidad GRADE (fase 3).



Fuente: Elaboración propia

## 7.6. Análisis

→ **Fase 1 y 2:**

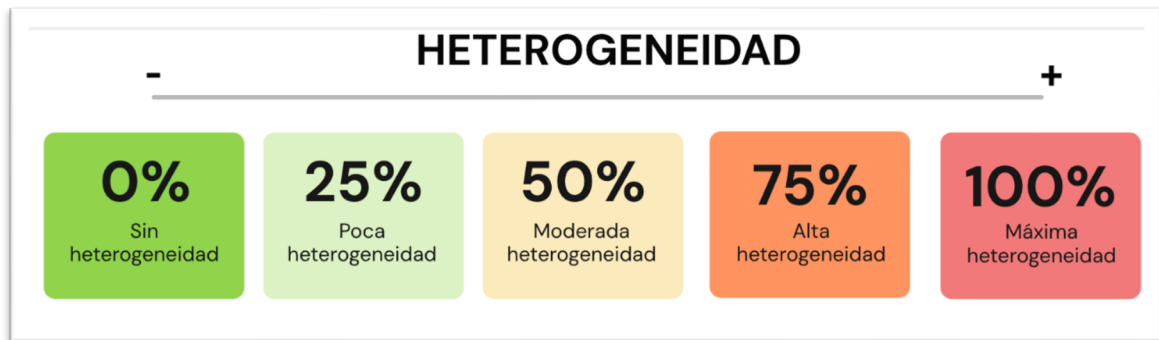
Con el fin de generalizar los resultados obtenidos entre las personas cuidadoras familiares y teniendo en cuenta la variabilidad de la población estudiada, como por ejemplo, la causa de dependencia de la persona que recibe los cuidados, se ha llevado a cabo en ambas fases un modelo de *efectos aleatorios*, siguiendo así las recomendaciones de Cooper et al. (147).

La *heterogeneidad*, es decir, la estimación de variabilidad de los diferentes estudios que no se debe al azar fue analizada mediante la prueba Q y el grado de inconsistencia ( $I^2$ ) (153). Los valores y la interpretación de la heterogeneidad se pueden observar en Figura 18 (153). Con respecto a la evaluación del sesgo de publicación utilizamos tres métodos (evaluación del gráfico de embudo o funnel plots, la prueba de Egger (154) y el método Trim and Fill (155) siguiendo así las recomendaciones de Guyatt et al. (151). La evaluación

Relaciones entre el apoyo social, la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares.

del gráfico de embudo depende de la presencia o no de simetría, el test de Egger solo fue calculado en aquellos metaanálisis con al menos 10 combinaciones independientes y este nos permite medir el sesgo de publicación (154). Finalmente, el método Trim and Fill nos permite calcular el valor del efecto estimado tras corregir la posible existencia de asimetría en el gráfico de embudo (155).

Figura 18 Valores heterogeneidad.



Fuente: Elaboración propia. Basada en Higgins et al. (153)

Además de los análisis ya comentados llevamos a cabo un análisis de sensibilidad por medio de la eliminación de un estudio cada vez ( $k - 1$ ) con el fin de verificar la robustez de nuestros resultados. Asimismo, realizamos diferentes análisis de subgrupos para estudiar el posible efecto de moderadores (Tabla 10).

Tabla 10 Moderadores examinados en las fases 1 y 2

| FASE 1:  | FASE 2:  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo de diseño (transversal vs longitudinal)</li> <li>Criterios de calidad (sesgo de selección, sesgo de clasificación y sesgo de confusión)</li> <li>Condición crónica del receptor de los cuidados (demencia, personas mayores, cáncer, trastorno de la salud mental y el accidente cerebrovascular).</li> <li>Metarregresiones (edad media/ género de la persona cuidada)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Grupo de edad de la persona cuidada (niños vs adultos)</li> <li>Criterios de calidad (sesgo de selección, sesgo de clasificación y sesgo de confusión)</li> </ul> |

Fuente: Elaboración propia.

Todos los análisis fueron ejecutados con la ayuda del software Comprehensive Meta-Analysis Program 3.3. Biostat. Estados Unidos.

→ **Fase 3**

Para dicha fase realizamos un Metaanalytic Structural Equation Modeling (MASEN) (148), el cual consiste en realizar un análisis de trayectorias secundario a través de los resultados de diferentes metaanálisis, por lo que combina las técnicas de metaanálisis y el modelado de ecuaciones estructurales, con el fin de sintetizar matrices de correlación y ajustarlo en una matriz de correlación agrupada (148). Siguiendo las recomendaciones de Hunter y Hamilton (156) el análisis de trayectorias se llevó a cabo a partir de la matriz de correlaciones elaborada con los datos aportados por los metaanálisis incluidos, mediante el programa AMOS 18. IBM SPSS.

Debido a que los modelos eran saturados no se pudieron calcular índices de ajustes de dichos modelos (157). El análisis de los efectos de mediación fue realizado mediante remuestreo o Bootstrapping, este nos permite confirmar y cuantificar los efectos de mediación de la sobrecarga subjetiva y del apoyo social percibido en los modelos propuestos para los síntomas de ansiedad y depresión (Figura 16). Se realizó dicho test a partir de los coeficientes de regresión y errores estándar calculados en el análisis de trayectorias (157). Todos los análisis se han realizado con un nivel de significación menor de 0,05. Además, estimamos los efectos indirectos, directos o totales.

## 8. Resultados

Como hemos comentado esta tesis esta realizada por compendio de artículos, estos han sido:

1. **Fase 1:** Association between Social Support and Depressive Symptoms in Informal Caregivers of Adult and Older Dependents: A Systematic Review and Meta-Analysis. Publicado en la revista *Journal Clinical Medicine*.
2. **Fase 2:** Relationship between perceived and received social support in family caregivers: a systematic review with meta-analysis. Publicado en la revista *Nursing Report*.
3. **Fase 3:** Apoyo social percibido, apoyo social recibido, sobrecarga subjetiva, ansiedad y síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares: Modelado de ecuaciones estructurales meta-analítico. Pendiente de publicación en revistas científicas, pero presentamos su manuscrito y sus resultados.

8.1. Association between Social Support and Depressive Symptoms in Informal Caregivers of Adult and Older Dependents: A Systematic Review and Meta-Analysis

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Referencia</b>             | Gutiérrez-Sánchez, B., Orgeta, V., López-Martínez, C., del-Pino-Casado, R. (2023). Association between Social Support and Depressive Symptoms in Informal Caregivers of Adult and Older Dependents: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Journal of Clinical Medicine</i> , 12(20), 6468.  |
| <b>Breve resumen</b>          | Se realizó una revisión sistemática con meta-análisis para estudiar y cuantificar la relación entre el apoyo social y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares de adultos y mayores dependientes. Nuestros hallazgos muestran que niveles más altos de apoyo social se relacionan con niveles más bajos de síntomas depresivos, encontrando mayor efecto de asociación del apoyo social percibido frente al apoyo social recibido. |
| <b>Fecha de publicación</b>   | 11 de octubre de 2023   |
| <b>Estado</b>                 | Publicado   |
| <b>Tipo de publicación</b>    | Revisión  |
| <b>Categoría</b>              | Salud Mental  |
| <b>Ubicación</b>              | Journal of Clinical Medicine. DOI: <a href="https://doi.org/10.3390/jcm12206468">https://doi.org/10.3390/jcm12206468</a>  |
| <b>Otros datos de interés</b> | Primera revisión que analiza la relación entre el apoyo social y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familias de mayores dependientes.<br><br>Ha sido citado 10 veces y presenta 54 lecturas.  |

## 8.2. Relationship between perceived and received social support in family caregivers: a systematic review with meta-analysis

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Referencia</b>             | Gutiérrez-Sánchez, B., López-Martínez, C., da-Silva-Domingues, H., del-Pino-Casado, R. (2024). Relationship Between Perceived and Received Social Support in Family Caregivers: A Systematic Review with Meta-Analysis. <i>Nursing Reports</i> , 14(4), 3466-3475.   |
| <b>Breve resumen</b>          | Se realizó una revisión sistemática con meta-análisis para estudiar y cuantificar la relación entre el apoyo social percibido y el apoyo social recibido en personas cuidadoras familiares. Los resultados mostraron una asociación significativa entre ambos tipos de apoyo. Sin embargo, aunque están relacionados son constructos diferentes. |
| <b>Fecha de publicación</b>   | 12 de noviembre de 2024  |
| <b>Estado</b>                 | Publicado  |
| <b>Tipo de publicación</b>    | Revisión   |
| <b>Categoría</b>              | Salud Mental   |
| <b>Ubicación</b>              | Nursing Reports. DOI: <a href="https://doi.org/10.3390/nursrep14040252">https://doi.org/10.3390/nursrep14040252</a>  |
| <b>Otros datos de interés</b> | Primera revisión sistemática con meta-análisis en estudiar la relación entre el apoyo social percibido y el apoyo social recibido en personas cuidadoras familiares.   |

### 8.3. Apoyo social percibido, recibido, sobrecarga subjetiva, ansiedad y síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares: Modelado de ecuaciones estructurales meta-analítico

## **Título**

Apoyo social percibido, apoyo social recibido, sobrecarga subjetiva, ansiedad y síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares: análisis metaanalítico de trayectorias.

## **Autores**

- Belén Gutiérrez-Sánchez<sup>1</sup>
- Catalina López-Martínez<sup>1</sup>
- Vasiliki Orgeta<sup>2</sup>
- Rafael del-Pino-Casado<sup>1</sup>

## **Afiliaciones:**

<sup>1</sup> Departamento de enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, Jaén (España).

[bgutierr@ujaen.es](mailto:bgutierr@ujaen.es), [cmartinez@ujaen.es](mailto:cmartinez@ujaen.es), [rdelpino@ujaen.es](mailto:rdelpino@ujaen.es)

<sup>2</sup> Division of Psychiatry, University College London, London, UK. [v.orgeta@ucl.ac.uk](mailto:v.orgeta@ucl.ac.uk)

## **Autor para la correspondencia:**

Catalina López-Martínez, [cmartine@ujaen.es](mailto:cmartine@ujaen.es), Campus Las Lagunillas s/n 23071 Jaén (España).

Teléfono de contacto: +34 953 21 36 65.

## **Declaración de conflictos de intereses**

No existen conflictos de intereses

## **Declaración de financiación**

No se ha recibido financiación para la realización de este estudio.

## Resumen

El cuidado de un familiar dependiente suele implicar una dedicación intensa, lo que conlleva importantes repercusiones emocionales, como la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y la depresión. Son diversos los estudios que ponen de manifiesto el papel importante que juega el apoyo social en las anteriores repercusiones. No obstante y según nuestro conocimiento, son escasos los estudios que analizan de forma conjunta las interrelaciones entre el apoyo social percibido, el apoyo social recibido, la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos. Esta revisión de revisiones (*umbrella review*), cuya búsqueda se ha llevado a cabo en Pubmed, Cinahl, Scopus y PsycINFO y que incorpora datos metaanalíticos, explora la interacción entre el apoyo social percibido y recibido, la carga subjetiva y el bienestar emocional de los cuidadores familiares. Utilizando el modelo metaanalítico de ecuaciones estructurales (MASEM), analizamos los efectos directos e indirectos a través de varias vías relacionadas con el apoyo social y las repercusiones emocionales. Los resultados revelan efectos mediadores significativos del apoyo social percibido y la sobrecarga subjetiva en la relación entre el apoyo recibido y los resultados emocionales (ansiedad y síntomas depresivos). Nuestros hallazgos ponen de manifiesto que el apoyo social percibido ejerce un mayor efecto protector que el apoyo recibido y confirman distintos mecanismos de acción para cada uno. Estos resultados proporcionan información crítica para el diseño de intervenciones destinadas a reducir la carga del cuidador y mejorar la salud mental de los cuidadores familiares. Las investigaciones futuras deben abordar las limitaciones de los estudios observacionales existentes y explorar las relaciones causales longitudinales.

## Palabras clave

Apoyo social (social support), sobrecarga subjetiva (caregiver burden), ansiedad (anxiety), depresión (depression), cuidadores familiares (family caregivers).

## INTRODUCCIÓN

El cuidado de las personas dependientes es eminentemente familiar, siendo frecuente una alta dedicación en dicho cuidado (1). El cuidado permanente de un familiar dependiente tiene importantes repercusiones emocionales (2-4). Entre estos problemas destacan la sobrecarga subjetiva, la depresión y la ansiedad (2-4).

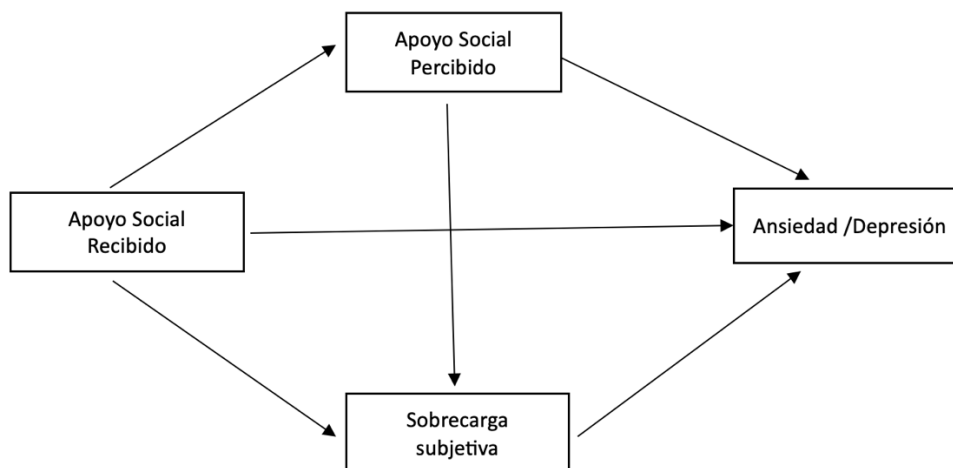
Un aspecto importante que se ha estudiado en la literatura sobre personas cuidadoras ha sido las relaciones entre el apoyo social, la sobrecarga, la ansiedad y la depresión (5-7). En los modelos de proliferación del estrés que se han aplicado al cuidado familiar (8), la sobrecarga subjetiva aparece ligada a las consecuencias emocionales negativas como la ansiedad y la depresión, mientras que el apoyo social es definido como mediador / moderador de las relaciones de las anteriores variables. Esta función mitigadora del estrés está más definida en el modelo teórico de amortiguación del estrés del apoyo social, donde se plantea que aquellas personas con adecuado apoyo social perciben las situaciones como menos estresantes o reduciendo el impacto del estrés o la importancia del problema al contar con soluciones o apoyo emocional (9, 10).

Existe abundante literatura sobre las relaciones entre el apoyo social y una menor sobrecarga subjetiva (7), ansiedad (6) y depresión (5), y de la sobrecarga con mayor ansiedad (11) y depresión (12). Estos estudios han puesto también de manifiesto los distintos efectos del apoyo social percibido frente al recibido en las consecuencias emocionales negativas, de manera que el efecto beneficioso del apoyo social percibido sobre las consecuencias emocionales negativas del cuidado parece ser mayor que el del recibido (5-7). Hay cierto consenso en que ambos tipos de apoyo son constructos distintos y que los mecanismos de actuación sobre el estrés de ambos tipos de apoyo social pueden ser diferentes (13). Por otro lado, diversos autores han argumentado que el apoyo social recibido solo produce beneficios cuando modifica el apoyo social percibido (14). La investigación sobre la dirección de la asociación entre el apoyo social recibido y percibido fue iniciada por investigadores que examinaron si el apoyo social recibido podía influir en la salud a través del apoyo social percibido, mejorando las percepciones del apoyo social (15). La argumentación de la cadena causal apoyo percibido – apoyo recibido viene respaldada en que el apoyo recibido se relaciona con las consecuencias emocionales de forma menos consistente que el

Apoyo social percibido, recibido y sobrecarga subjetiva en personas cuidadoras familiares: análisis metaanalítico de trayectoria apoyo percibido (5-7) y en diversos resultados que han puesto de manifiesto que el mayor efecto beneficioso del apoyo social recibido se produce cuando realmente se necesita (16).

Por todo ello, podríamos plantear que las relaciones entre las anteriores podrían seguir el modelo representado en la Figura 1.

Figura 1: Modelo teórico



Fuente: Elaboración propia

Según nuestro conocimiento, son escasos los estudios que analizan de forma conjunta las interrelaciones entre el apoyo social percibido, el apoyo social recibido, la sobrecarga subjetiva y la ansiedad y los síntomas depresivos. En este sentido, encontramos estudios prometedores que plantean un posible efecto mediador entre el apoyo social y la depresión (17) y entre el apoyo social y la ansiedad (18) de la sobrecarga en la relación entre el al apoyo social y los síntomas depresivos y la ansiedad, si bien el nivel de evidencia científica es todavía insuficiente.

Un mejor conocimiento de las interrelaciones entre apoyo percibido, apoyo recibido, sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión permitirá entender los mecanismos mediante los que se relacionan dichas variables, así como permitir un mejor diseño de intervenciones orientadas a prevenir o disminuir la sobrecarga, la ansiedad y la depresión. Así, el propósito del presente estudio fue analizar los efectos de mediación del apoyo social percibido y la sobrecarga subjetiva en la relación entre al apoyo social recibido y los síntomas depresivos y la ansiedad. Y los objetivos fueron:

- Cuantificar los efectos totales de las trayectorias entre el apoyo social recibido y la sobrecarga subjetiva, el apoyo social recibido con los síntomas depresivos y el apoyo social percibido con los síntomas depresivos.
- Cuantificar los efectos totales de las trayectorias entre el apoyo social recibido y la sobrecarga subjetiva, el apoyo social recibido con la ansiedad y el apoyo social percibido con la ansiedad.
- Analizar el efecto de mediación de la sobrecarga subjetiva entre el apoyo social percibido, el apoyo social recibido y los síntomas depresivos
- Analizar el efecto de mediación de la sobrecarga subjetiva entre el apoyo social percibido, el apoyo social recibido y la ansiedad.
- Analizar el efecto de mediación del apoyo social percibido entre el apoyo social recibido y la sobrecarga subjetiva
- Analizar el efecto de mediación del apoyo social percibido en la relación entre el apoyo social recibido y los síntomas depresivos.
- Analizar el efecto de mediación del apoyo social percibido en la relación entre el apoyo social recibido y la ansiedad.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño**

Umbrella review con análisis secundario de datos metaanalíticos mediante análisis de trayectorias (19). La finalidad de la umbrella review es reunir las revisiones sistemáticas disponibles sobre un tema para resumir la evidencia disponible hasta el momento (20). Para el desarrollo de la revisión se han seguido las recomendaciones de PRISMA (21).

### **Estrategia de búsqueda**

Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Cinahl, Scopus y PsycINFO, de revisiones sistemáticas con metaanálisis que analizasen las relaciones entre el apoyo social percibido, el apoyo social recibido, la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y la depresión en personas cuidadoras familiares. Además, se realizó una búsqueda en las referencias bibliográficas de los estudios incluidos.

Las cadenas de búsqueda utilizadas en cada base de datos se pueden observar en la tabla 1.

Tabla 1: Estrategia de búsqueda.

| Base de datos | Cadena de búsqueda   | Fecha de búsqueda | Número de resultados |
|---------------|--|-------------------|----------------------|
| PubMed        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Social support[mh] OR perceived support[tiab] OR received support[tiab]</li> <li>2. Caregiver Burden[mh] OR Burden[tiab] OR Tension[tiab] OR Role Overload[tiab]</li> <li>3. Anxiety[mh] OR Nervousness[tiab] OR Anxiet*[tiab]</li> <li>4. Depression[mh] OR depressed*[tiab]</li> <li>5. Caregiver[mh] OR Caregiv*[tiab] OR Care giv*[tiab] OR Carer*[tiab]</li> <li>6. #1 AND #2</li> <li>7. #1 AND #3</li> <li>8. #1 AND #4</li> <li>9. #2 AND #3</li> <li>10. #2 AND #4</li> <li>11. #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10</li> <li>12. #11 AND #5</li> <li>13. #12 AND meta-analysis[Filtro]</li> </ol> | 21/02/2024        | 112                  |
| CINAHL        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. MH Social support OR AB perceived support OR AB received support</li> <li>2. MH Caregiver Burden OR AB Burden OR AB Tension OR AB Role Overload</li> <li>3. MH Anxiety OR AB Nervousness OR AB Anxiet*</li> <li>4. MH Depression OR AB depressed*</li> <li>5. MH Caregiver OR AB Caregiv* OR AB Care giv* OR AB Carer*</li> <li>6. #S1 AND #S2</li> <li>7. #S1 AND #S3</li> <li>8. #S1 AND #S4</li> <li>9. #S2 AND #S3</li> <li>10. #S2 AND #S4</li> <li>11. #S6 OR #S7 OR #S8 OR #S9 OR #S10</li> <li>12. #S11 AND #S5</li> <li>13. #S12 AND meta-analysis [Filtro]</li> </ol>                    | 24/02/2024        | 54                   |
| Scopus        | <p>( INDEXTERMS ( caregiver ) OR TITLE-ABS-KEY ( caregiv* ) OR TITLE-ABS-KEY ( care AND giv* ) OR TITLE-ABS-KEY ( carer* ) ) AND ( ( INDEXTERMS ( "Social support" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "perceived support" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "received support" ) ) AND ( INDEXTERMS ( "Caregiver Burden" ) OR TITLE-ABS-KEY ( burden ) OR</p>   | 29/02/2024        | 74                   |

|                 |   |                   |           |
|-----------------|---|-------------------|-----------|
|                 | <p>TITLE-ABS-KEY ( tension ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Role Overload" ) ) ) AND ( ( INDEXTERMS ( "Social support" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "perceived support" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "received support" ) ) AND ( INDEXTERMS ( anxiety ) OR TITLE-ABS-KEY ( nervousness ) OR TITLE-ABS-KEY ( anxiet* ) ) ) AND ( ( INDEXTERMS ( "Social support" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "perceived support" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "received support" ) ) AND ( INDEXTERMS ( depression ) OR TITLE-ABS-KEY ( depressed* ) ) ) AND ( ( INDEXTERMS ( "Caregiver Burden" ) OR TITLE-ABS-KEY ( burden ) OR TITLE-ABS-KEY ( tension ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Role Overload" ) ) AND ( INDEXTERMS ( anxiety ) OR TITLE-ABS-KEY ( nervousness ) OR TITLE-ABS-KEY ( anxiet* ) ) ) AND ( ( INDEXTERMS ( "Caregiver Burden" ) OR TITLE-ABS-KEY ( burden ) OR TITLE-ABS-KEY ( tension ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Role Overload" ) ) ) AND ( INDEXTERMS ( depression ) OR TITLE-ABS-KEY ( depressed* ) ) ) ) )</p> <p>+ Filtro de revision</p> |                   |           |
| <p>PsycINFO</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SU(Social support) OR AB(perceived support) OR AB(received support)</li> <li>2. SU(Caregiver Burden) OR AB(Burden) OR AB(Tension) OR AB(Role Overload)</li> <li>3. SU(Anxiety) OR AB(Nervousness) OR AB(Anxiet*)</li> <li>4. SU(Depression) OR AB(depressed*)</li> <li>5. SU(Caregiver) OR AB(Caregiv*) OR AB(Care giv*) OR AB(Carer*)</li> <li>6. #S1 AND #S2</li> <li>7. #S1 AND #S3</li> <li>8. #S1 AND #S4</li> <li>9. #S2 AND #S3</li> <li>10. #S2 AND #S4</li> <li>11. #S6 OR #S7 OR #S8 OR #S9 OR #S10</li> <li>12. #S11 AND #S5</li> <li>13. #S12 AND meta-analysis [Filtro]</li> </ol>   | <p>24/02/2024</p> | <p>83</p> |

Fuente: Elaboración propia

## **Selección de estudios**

La selección de los estudios fue llevada a cabo por dos autores (BGS y RdPC) de forma independiente, extrayendo los siguientes criterios de selección: 1) revisiones sistemáticas 2) con metaanálisis 3) que analice las relaciones entre apoyo social y sobrecarga subjetiva, apoyo social y ansiedad, apoyo social y depresión, sobrecarga subjetiva y ansiedad o sobrecarga subjetiva y depresión, 4) en personas cuidadoras familiares. Los desacuerdos entre revisores se han solucionado mediante consenso.

## **Extracción de datos**

Dos autores (BGS y RdPC) extrajeron de forma independiente mediante un formulario estandarizado los siguientes datos de cada metaanálisis: número de estudios incluidos en cada revisión, muestra total de personas incluidas en la revisión, variable independiente, variable dependiente, valor del efecto combinado de cada relación entre variables, valor de la media y la desviación típica de cada variable, número de estudios incluidos en cada revisión con muestreo probabilístico y con diseño descriptivo-transversal. Los desacuerdos entre revisores se han solucionado mediante consenso.

## **Evaluación de la calidad**

La calidad de las revisiones incluidas se evaluó mediante el sistema GRADE (22) para evaluar la calidad general de la evidencia. Los factores evaluados fueron el riesgo de sesgo, inconsistencia, falta de evidencia directa, imprecisión y sesgo de publicación.

El riesgo de sesgo se evaluó siguiendo las recomendaciones de Guyatt et al. (23), considerando "limitaciones" si las revisiones incluidas fallan en la evaluación de un criterio y "serias limitaciones" si fallan en dos o más criterios. Con respecto al sesgo de publicación, atribuimos que no hay limitaciones cuando se obtuvo un funnel plot simétrico o uno asimétrico con una variación del efecto combinado calculado por el Trim and Fill menor al 10%, "limitaciones" cuando hay asimetría y la variación de la corrección por Trim and Fill está entre el 10 y el 20% y "serias limitaciones" cuando hay asimetría con variación de más del 20%.

Para la evaluación de la inconsistencia consideramos sin limitación un valor de la  $I^2$  menor al 25%, “limitaciones” entre el 25% al 50% y “serias limitaciones” más del 50% (24). En la imprecisión, “serias limitaciones” cuando hay menos de cinco estudios y menos de cien personas, “limitaciones” una u otra de las anteriores situaciones y “sin limitaciones”, cualquier otra opción (22). Finalmente, para la evidencia directa, “no limitaciones” cuando hay evidencia directa y “serias limitaciones” si hay evidencia indirecta (22).

La baja discriminación es una de las limitaciones del uso del sistema GRADE para evaluar estudios observacionales (25,26), por ello hemos sustituido la evaluación habitual del GRADE (rebajar escalones de calidad cuando hay limitaciones) por la siguiente escala: no limitaciones: 2 puntos, limitaciones: 1 punto y serias limitaciones: 0 puntos.

La evaluación de la calidad se ha tenido en cuenta para rechazar revisiones de escasa calidad (menores de 7 puntos sobre 10) y para elegir la revisión a tener en cuenta en caso de que existan más de una revisión sobre la misma pareja de variables (la de mayor puntuación).

Dos revisores (BGS y RdPC) evaluaron la presencia de dichos factores para cada resultado. Los desacuerdos se han solucionado mediante consenso.

## **Análisis**

El análisis de los datos se ha llevado a cabo mediante Metaanalytic structural equation modeling (MASEM), el cual se basa en el análisis de modelización de ecuaciones estructurales (SEM en inglés) de datos metaanalíticos. Concretamente, en este estudio se ha utilizado el análisis de trayectorias, que es una variante del análisis SEM (27) donde no hay variables latentes. Se ha elaborado un modelo para la ansiedad y otro para los síntomas depresivos.

El análisis de trayectorias se llevó a cabo a partir de la matriz de correlaciones elaborada a partir de los datos aportados por los metaanálisis, mediante el programa AMOS 18.

El análisis de los efectos de mediación fue realizado mediante remuestreo (bootstrapping), que permite confirmar y cuantificar los efectos de mediación. Todos los análisis se han realizado con un nivel de significación de 0,05.

## RESULTADOS

### Descripción de los resultados de la búsqueda

Tras la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos se obtuvieron 323 resultados, de los cuales 20 se eliminaron por estar duplicados. De los 303 restantes, fueron eliminados 287 por no relevantes, quedando 16 estudios que fueron revisados a texto completo. De ellos, seis fueron eliminados por no hablar del apoyo social, uno por no ser un metaanálisis y otro por no tratar de personas cuidadoras, quedando finalmente siete estudios incluidos (Figura 2).

### Descripción de las características de las revisiones incluidas

En la Tabla 2 se puede observar las características de las siete revisiones incluidas. Los años de publicación oscilan entre 2018 y 2024. Con respecto al número total de estudios incluidos en las revisiones, es de 343 estudios (mínimo de 10 y máximo de 90), con un tamaño de población total de 59.1924 personas. La mayoría de los estudios fueron descriptivos transversales (n= 309) con muestras no probabilísticas (n= 311).

### Descripción de la calidad

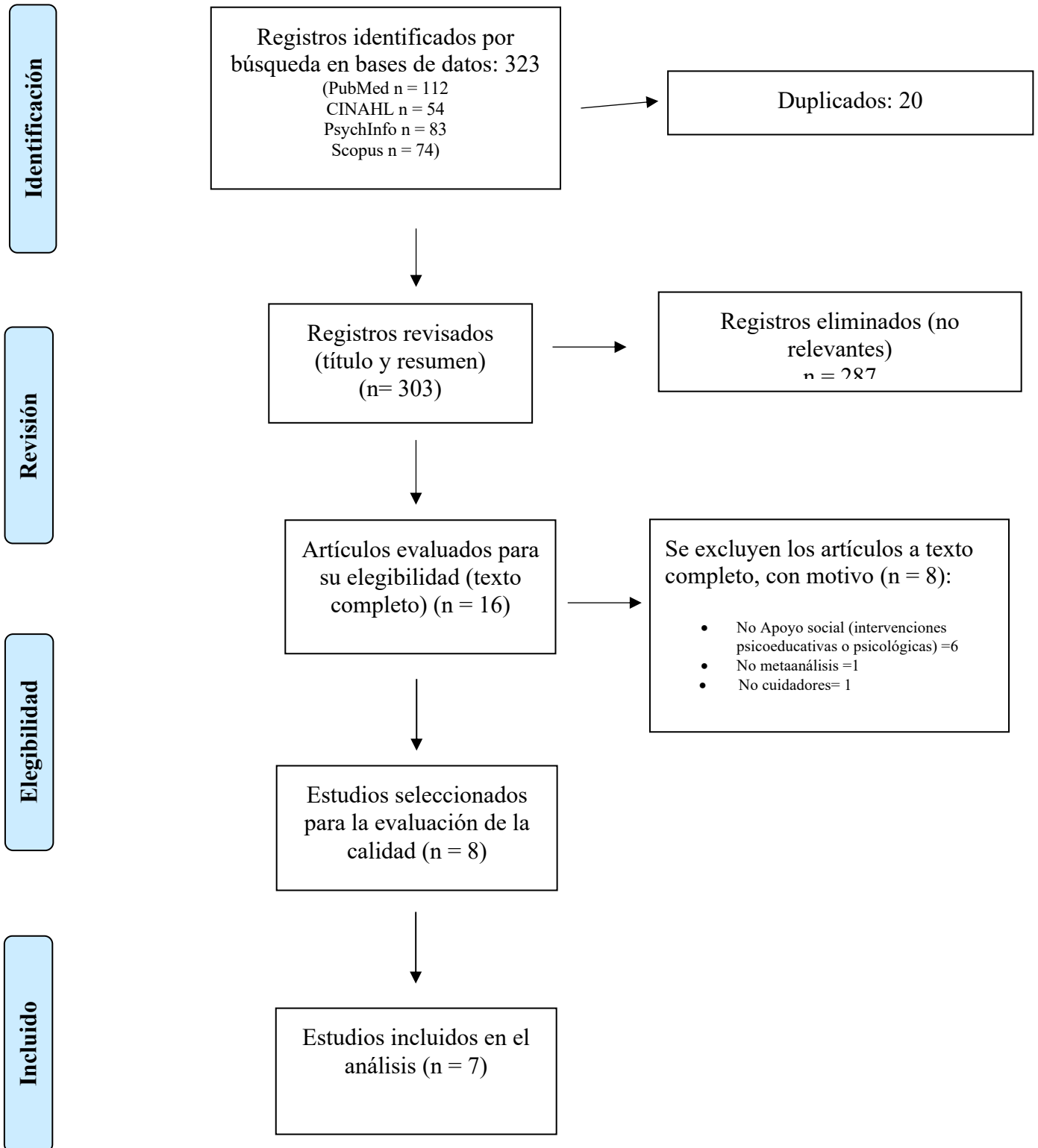
Dos estudios analizaron la misma relación entre variables (apoyo social percibido y depresión) (5, 25). Tras evaluar la calidad de ambos descartamos el de menor puntuación obtenida (28). El resto de revisiones no presentan grandes limitaciones, obteniendo buenos resultados de calidad como se observa en la Tabla 3. En la imprecisión solo hubo un estudio (6) que presentó una limitación. Con respecto al sesgo de publicación, dos estudios (5,11) presentaron alguna limitación. La inconsistencia o la evidencia directa no aparecieron como imitaciones en ningunos de los estudios.

### Descripción MASEM

#### Modelo de depresión

Todos los efectos directos e indirectos fueron significativos (y, por consecuencia, los efectos totales también). Los valores de los coeficientes estandarizados de regresión obtenidos se muestran en la Tabla 4.

Figura 2: Diagrama de flujo



Fuente: Elaboración propia

Tabla 2: Características de los estudios incluidos.

| <b>Autor</b>                | <b>Año</b> | <b>Número de estudios incluidos</b> | <b>Muestra</b> | <b>Nº de estudios con muestreo no probabilístico</b> | <b>Nº de estudios con diseño transversal</b> | <b>Variable independiente</b>         | <b>Variable dependiente</b> |
|-----------------------------|------------|-------------------------------------|----------------|--|--|---------------------------------------|-----------------------------|
| Aranda López 2022 (28)      | 2022       | 19                                  | 2623           | 19   | 18   | Apoyo social percibido                | Depresión                   |
| Gutiérrez-Sánchez 2023 (5)  | 2023       | 90                                  | 15431          | 80   | 84   | Apoyo social percibido y recibido     | Depresión                   |
| del-pino-casado 2018 (7)    | 2018       | 59                                  | 13473          | 53   | 55   | Apoyo social percibido y recibido     | Sobrecarga subjetiva        |
| del-pino-casado 2021 (11)   | 2021       | 75                                  | 10122          | 71   | 67   | Sobrecarga subjetiva                  | Ansiedad                    |
| del-pino-casado 2019 (12)   | 2019       | 55                                  | 9847           | 47   | 49   | Sobrecarga subjetiva                  | Depresión                   |
| Priego-Cubero 2023 (6)      | 2023       | 35                                  | 5496           | 33   | 27   | Perceived and received social support | Ansiedad                    |
| Gutiérrez-Sánchez 2024 (29) | 2024       | 10                                  | 2142           | 8  | 9  | Apoyo social recibido                 | Apoyo social percibido      |

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3: Descripción de la calidad de los metaanálisis incluidos

| ESTUDIO  | IMPRECISIÓN | SESGO DE PUBLICACIÓN | INCONSISTENCIA | RIESGO DE SESGOS | EVIDENCIA INDIRECTA | TOTAL |
|--|-------------|----------------------|----------------|------------------|---------------------|-------|
| Aranda López et al., 2022 (28)<br><b>AS-DEP</b>                  | 2           | 2                    | 2              | 0                | 2                   | 8     |
| Gutiérrez-Sánchez et al., 2023 (5)<br><b>AS- DEP</b> (percibido) | 2           | 1                    | 2              | 2                | 2                   | 9     |
| Gutiérrez-Sánchez et al., 2023 (5)<br><b>AS- DEP</b> (recibido)  | 2           | 2                    | 2              | 2                | 2                   | 10    |
| del-Pino-Casado et al., 2018 (7)<br><b>AS- SOB</b> (percibido)   | 2           | 2                    | 2              | 2                | 2                   | 10    |
| del-Pino-Casado et al., 2018 (7)<br><b>AS- SOB</b> (recibido)    | 2           | 2                    | 2              | 2                | 2                   | 10    |
| del-Pino-Casado et al., 2021 (11)<br><b>SOB-ANS</b>              | 2           | 1                    | 2              | 2                | 2                   | 9     |
| del-Pino-Casado et al., 2019 (12)<br><b>SOB-DEP</b>              | 2           | 2                    | 2              | 1                | 2                   | 9     |
| Priego-Cubero et al., 2023 (6)<br><b>AS-ANS</b> (percibido)      | 2           | 2                    | 2              | 2                | 2                   | 10    |
| Priego-Cubero et al., 2023 (6)<br><b>AS-ANS</b> (recibido)       | 1           | 2                    | 2              | 2                | 2                   | 9     |
| Gutiérrez-Sánchez et al., 2024 (29)<br><b>ASR- ASP</b>           | 2           | 2                    | 2              | 2                | 2                   | 10    |

\* ABREVIATURAS: AS: Apoyo social, ASR: Apoyo social recibido, ASP: Apoyo social percibido, DEP: síntomas depresivos, SOB: Sobrecarga subjetiva, ANS: ansiedad

Fuente: Elaboración propia

Observamos que los efectos indirectos encontrados en las diferentes trayectorias son: entre el apoyo social recibido y la sobrecarga mediado por apoyo social percibido, con un coeficiente de regresión estandarizado ( $\beta$ ) de -0,179 y un intervalo de confianza (IC) al 95% de: -0,189; -0,171. Para la trayectoria entre apoyo social recibido y síntomas depresivos mediando el apoyo social percibido y la sobrecarga, con un valor de  $\beta$  de -0,069 y un IC al 95% de: - 0,078; - 0,054. Y por último, para la trayectoria entre el apoyo social percibido y los síntomas depresivos mediado por la sobrecarga, con un valor de  $\beta$  de = -0,194 y un IC al 95% de: - 0,203; - 0,186.

Tabla 4: Resultados para síntomas depresivos (coeficientes de regresión estandarizados).

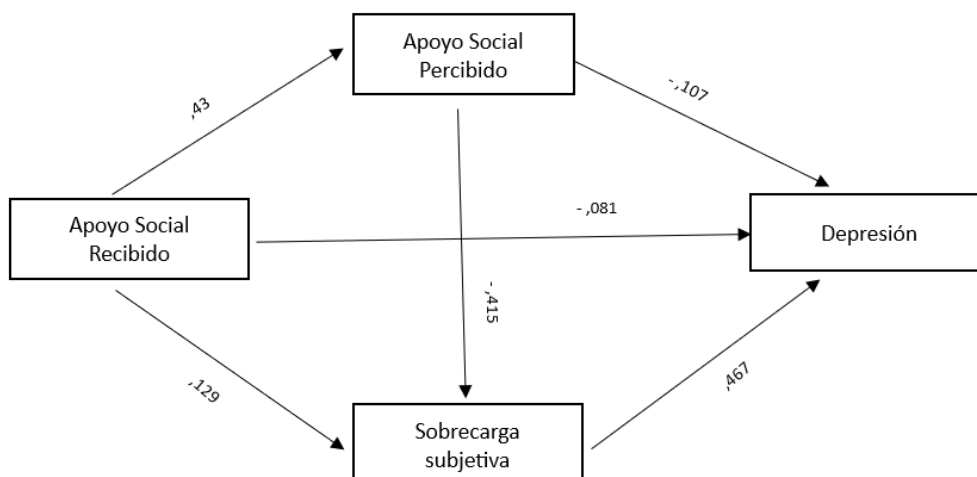
| Trayectorias | Efectos indirectos | Efectos directos | Efectos totales |
|--------------|--------------------|------------------|-----------------|
| ASR → ASP    | -                  | 0,43             | 0,43            |
| ASR → SOB    | -0,179             | 0,129            | -0,05           |
| ASR → DEP    | -0,069             | -0,081           | -0,15           |
| ASP → DEP    | -0,194             | -0,107           | -0,301          |
| ASP → SOB    | -                  | -0,415           | -0,415          |
| SOB → DEP    | -                  | 0,467            | 0,467           |

\* ASR: Apoyo social recibido, ASP: Apoyo social percibido, SOB: Sobrecarga subjetiva, DEP: Síntomas depresivos

Fuente: Elaboración propia

En la Figura 3 se puede observar el modelo con el valor de los efectos directos entre las diferentes trayectorias.

Figura 3: Modelo depresión análisis de trayectorias (efectos directos)



\* Todas las trayectorias son significativas con un valor de  $p < 0,001$

### Modelo de ansiedad

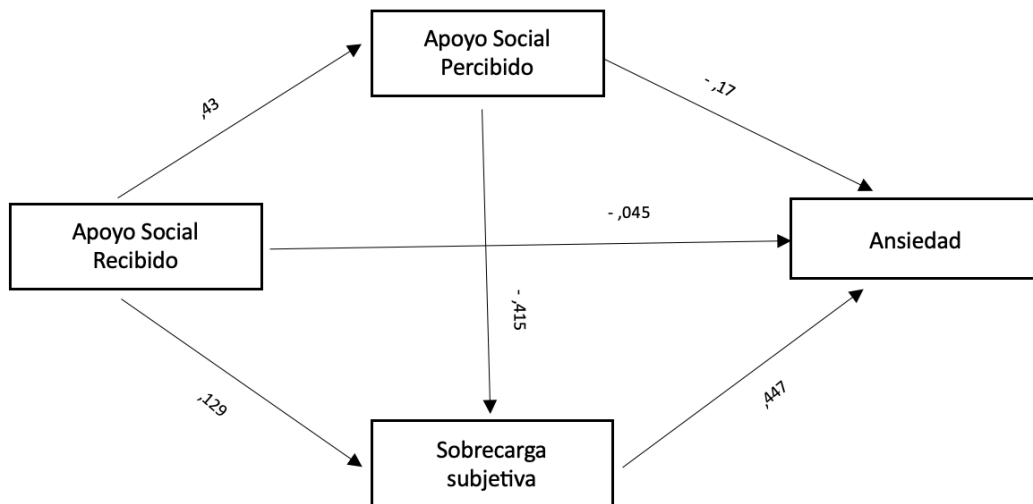
Al igual que los síntomas depresivos, todos los efectos directos e indirectos fueron significativos (y por tanto, los efectos totales también lo fueron). En la Tabla 5 se pueden observar dichos efectos (coeficientes estandarizados de regresión). Los efectos indirectos encontrados han sido para la trayectoria entre apoyo social recibido y la sobrecarga mediado por el apoyo social percibido, con un  $\beta$  de -0,179 (IC al 95% de: - 0,189; - 0,171), para la trayectoria entre apoyo social recibido y ansiedad mediado por la sobrecarga y el apoyo social percibido, obteniéndose un  $\beta$  de -0,095, con un IC al 95% de - 0,105; - 0,081, y por último para la trayectoria entre en apoyo social percibido y la ansiedad mediado por la sobrecarga, con un valor de  $\beta$  de -0,185 y un IC al 95% de: - 0,194; - 0,177.

Tabla 5: Resultados para la ansiedad (coeficientes de regresión estandarizados).

| <b>Trayectorias</b> | <b>Efectos indirectos</b> | <b>Efectos directos</b> | <b>Efectos totales</b> |
|---------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------|
| ASR → ASP           | -                         | 0,43                    | 0,43                   |
| ASR → SOB           | -0,179                    | 0,129                   | -0,05                  |
| ASR → ANS           | -0,095                    | -0,045                  | -0,14                  |
| ASP → ANS           | -0,185                    | -0,17                   | -0,356                 |
| ASP → SOB           | -                         | -0,415                  | -0,415                 |
| SOB → ANS           | -                         | 0,447                   | 0,447                  |

El modelo para el análisis de trayectorias para la ansiedad se muestra en la Figura 4, se presentan los coeficientes que cuantifican la magnitud y dirección de la relación directa entre las variables de apoyo social recibido, apoyo social percibido, sobrecarga subjetiva y los síntomas de ansiedad.

Figura 4: Modelo ansiedad análisis de trayectorias (efectos directos)



\* Todas las trayectorias son significativas con un valor de  $p < 0,001$

## DISCUSIÓN

Desde nuestro conocimiento, este estudio es el primero que cuantifica los efectos de mediación del apoyo social percibido y la sobrecarga subjetiva entre el apoyo social recibido y los síntomas depresivos y la ansiedad, encontrando un posible efecto de mediación tanto del apoyo social percibido como de la sobrecarga subjetiva. Además, este estudio aumenta la evidencia disponible sobre las relaciones de las anteriores variables, aportando un cálculo más adecuado de los efectos entre las distintas variables, al aportar los efectos de mediación a los efectos totales de las trayectorias entre el apoyo social recibido y la sobrecarga subjetiva, el apoyo social recibido con la depresión y el apoyo social percibido con la depresión o la ansiedad. En esencia, nuestro estudio contribuye a profundizar en los mecanismos a través de los cuales el apoyo social influye en la ansiedad y en los síntomas depresivos.

La sobrecarga subjetiva supone un estado de afectación emocional en el que la persona cuidadora evalúa la situación de cuidado como desbordante (30, 31) . Pero además, según los modelos de proliferación del estrés, y en especial el modelo de Pearlin (32), esta percepción de sobrecarga puede influir en la evaluación del cuidado haciéndola más negativa todavía, dando lugar a consecuencias negativas emocionales como la ansiedad y la depresión. Así, las personas cuidadoras

con baja sobrecarga subjetiva van a tener menor ansiedad y síntomas depresivos al evaluar los estresores como menos amenazantes.

Por otro lado, de acuerdo con los planteamientos teóricos de Cohen y cols. (33), el apoyo social no solo modera los efectos directos de los estresores sobre la salud emocional, sino que también influye en la forma en que los individuos evalúan cognitivamente las situaciones estresantes. El apoyo social promueve una evaluación más positiva de las circunstancias adversas, lo que, a su vez, amortigua el impacto del estrés en la salud emocional. Así, el apoyo social adecuado puede llevar a las personas cuidadoras familiares a realizar una evaluación más favorable de la situación de cuidado percibiéndola como menos estresante, al sentirse apoyadas y ver que los problemas van teniendo solución (33).

Nuestros hallazgos están en línea con los anteriores planteamientos, al apoyar la hipótesis de que una parte de los efectos del apoyo social sobre la ansiedad y los síntomas depresivos se producen a través de la sobrecarga subjetiva. En esencia, las personas cuidadoras con adecuado apoyo social (tanto recibido como percibido) experimentarán menor sobrecarga, al mejorar la evaluación los factores estresantes, y esta disminución de la sobrecarga se ve reflejada en una disminución de la ansiedad y de la depresión.

Trabajos previos han puesto de manifiesto el efecto mediador de la sobrecarga en la relación entre el apoyo social y la depresión (17, 34, 35) y ansiedad (18). Nuestros resultados mejoran los de dichos estudios previos al demostrar el efecto mediador de la sobrecarga con datos obtenidos de revisiones sistemáticas, aumentando la precisión de dichos resultados y su validez externa.

Nuestros resultados apoyan la hipótesis de que apoyo social recibido puede producir beneficios tanto de forma directa como cuando modifica de forma positiva el apoyo social percibido (14). También apoyan la argumentación de que una parte de estos beneficios (los mediados por el apoyo percibido) se producen cuando el apoyo se necesita realmente (16). Nuestros resultados coinciden con los de otros estudios realizados en otras poblaciones distintas a las de personas cuidadoras familiares que ponen de manifiesto que el apoyo social percibido media los efectos emocionales del

apoyo social recibido, concretamente sobre la resiliencia (36) y el comportamiento prosocial (37), y que el apoyo social recibido podría predecir positivamente el apoyo social percibido (15).

En nuestros resultados, los efectos totales del apoyo social percibido sobre la sobrecarga, la ansiedad y la depresión son mayores que los del apoyo social recibido. Estos resultados, junto con la existencia de una correlación moderada entre ambas variables apoyan la hipótesis de que ambos tipos de apoyo son constructos distintos con distintos mecanismos de actuación y efectos sobre la salud emocional (29).

De acuerdo con nuestros resultados, el apoyo social recibido y percibido podrían ser factores importantes para la detección precoz de personas cuidadoras familiares con alto riesgo de sobrecarga y ansiedad y los síntomas depresivos.

Nuestros resultados apoyan la hipótesis de que intervenciones dirigidas a mejorar tanto el apoyo social recibido como el percibido pueden mejorar la sobrecarga, la ansiedad y la depresión. Estas intervenciones pueden actuar sobre la movilización de ayuda dentro de una red de apoyo familiar (38) o el aumento del número de contactos (39) (construir conexiones; apoyo recibido), sobre la mejora de la percepción del apoyo (39) (sentirse conectado; apoyo percibido) mejorando la cercanía de los familiares, la frecuencia de visitas o el apoyo emocional, o mediante la formación de grupos de autoayuda (apoyo recibido y percibido) (38).

### **Limitaciones**

Este estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, la mayoría de los estudios incluidos en las distintas revisiones incluidas en esta revisión son descriptivos transversales y tienen muestras no probabilísticas. No obstante, los análisis de sensibilidad realizados en las distintas revisiones pusieron de manifiesto que los resultados de los metaanálisis no variaban en función del tipo de diseño (transversal o longitudinal) o del tipo de muestreo (probabilístico o no probabilístico). En segundo lugar, los estudios de mayor evidencia científica incluidos en las revisiones incluidas en esta revisión son estudios longitudinales de medidas repetidas, los cuales no pueden inferir causalidad ya que no hay secuencia temporal completa y no se puede analizar la causalidad reversa.

## **CONCLUSIONES:**

Este estudio nos permite establecer importantes conclusiones sobre la evidencia de las relaciones entre el apoyo social (percibido y recibido), la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares. A pesar de las limitaciones, podemos concluir: 1) la sobrecarga subjetiva puede ser un factor de riesgo para la ansiedad y los síntomas depresivos, 2) el apoyo social puede ser un factor protector para la ansiedad y los síntomas depresivos, siendo el efecto del apoyo percibido mayor que el recibido, 3) el apoyo social percibido presenta un efecto de mediación en la relación entre el apoyo social recibido y la sobrecarga y en la relación entre el apoyo social recibido y la ansiedad y 4) la sobrecarga subjetiva presenta un efecto de mediación en la relación entre el apoyo social recibido y la ansiedad y entre el apoyo social percibido y la ansiedad.

Nuestros hallazgos apoyan la necesidad de diseñar y priorizar programas que fomenten y refuercen el apoyo social, con el objetivo de prevenir o reducir la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a Glance 2021: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2021.
2. Liu B, Lee K, Sun C, Wu D, Lim PY. Systematic review on factors associated with self-perceived burden among cancer patients. *Support Care Cancer*. 2022;30(10):8417-28.
3. Loh AZ, Tan JS, Zhang MW, Ho RC. The Global Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms Among Caregivers of Stroke Survivors. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(2):111-6.
4. Sallim AB, Sayampanathan AA, Cuttilan A, Chun-Man Ho R. Prevalence of Mental Health Disorders Among Caregivers of Patients with Alzheimer Disease. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(12):1034-41.
5. Gutiérrez-Sánchez B, Orgeta V, López-Martínez C, del-Pino-Casado R. Association between Social Support and Depressive Symptoms in Informal Caregivers of Adult and Older Dependents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*. 2023;12(20).
6. Priego-Cubero E, Orgeta V, López-Martínez C, del-Pino-Casado R. The Relationship between Social Support and Anxiety Symptoms in Informal Carers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 12:1244.
7. Del-Pino-Casado R, Frias-Osuna A, Palomino-Moral PA, Ruzafa-Martinez M, Ramos-Morcillo AJ. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(1):0189874.
8. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*. 1990;30(5):583-94.
9. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*. 1985;98(2):310-57.
10. Cohen S, Gottlieb BH, Underwood LG. Social relationships and health. In: Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH, editors. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. New York, NY: Oxford University Press; 2000. p. 3-25.
11. Del-Pino-Casado R, Priego-Cubero E, Lopez-Martinez C, Orgeta V. Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16(3):0247143.
12. Del-Pino-Casado R, Rodriguez Cardoso M, Lopez-Martinez C, Orgeta V. The association between subjective caregiver burden and depressive symptoms in carers of older relatives: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(5): 0217648.
13. Rui JR, Guo J. Differentiating the stress buffering functions of perceived versus received social support. *Curr Psychol*. 2022:1-11.

14. Haber MG, Cohen JL, Lucas T, Baltes BB. The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American journal of community psychology*. 2007; 39:133-44.
15. Xia L-X, Liu J, Ding C, Hollon SD, Shao B-T, Zhang Q. The relation of self-supporting personality, enacted social support, and perceived social support. *Personality and Individual Differences*. 2012;52(2):156-60.
16. Melrose KL, Brown GD, Wood AM. When is received social support related to perceived support and well-being? When it is needed. *Personality and individual differences*. 2015; 77:97-105.
17. Zhong Y, Wang J, Nicholas S. Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: the mediating role of caregiver burden. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):3.
18. Shukri M, Mustofai MA, Md Yasin MAS, Tuan Hadi TS. Shukri, Madihah, et al. Burden, quality of life, anxiety, and depressive symptoms among caregivers of hemodialysis patients: The role of social support. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 55.6 (2020): 397-407.
19. Becker BJ. Examining theoretical models through research synthesis: The benefits of model-driven meta-analysis. *Evaluation & the health professions*. 2001;24(2):190-217.
20. Kolaski K, Logan L, Ioannidis J. Guidance to best tools and practices for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 12 (1). 2023.
21. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj*. 2021;372: n71.
22. Meader N, King K, Llewellyn A, Norman G, Brown J, Rodgers M, et al. A checklist designed to aid consistency and reproducibility of GRADE assessments: development and pilot validation. *Syst Rev*. 2014;3:82.
23. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of clinical epidemiology*. 2011;64(4):383-94.
24. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *Bmj*. 2003;327(7414):557-60.
25. Schünemann HJ, Oxman AD, Brozek J, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *BMJ*. 2008;336(7653):1106-1110. doi:10.1136/bmj.39500.677199.AE
26. Grosu HB, Grosu V, Maldonado F, et al. The reliability of the GRADE system for assessing quality of evidence in meta-analyses of observational studies. *Adv Med Educ Pract*. 2014;5:219-224. doi:10.2147/AMEP.S64904
27. Cheung MWL, Cheung SF. Random-effects models for meta-analytic structural equation modeling: review, issues, and illustrations. *Research synthesis methods*. 2016;7(2):140-55.

28. Aranda López M, Martínez-López AI, Montes-Berges B. Social support effect on family caregivers of people with Alzheimer's disease: A systematic review with meta-analysis. *European journal of education and psychology*. 2022;15(1):1-18.
29. Gutiérrez-Sánchez B, López-Martínez C, Da-Silva-Domingues H, del-Pino-Casado R. Relationship Between Perceived and Received Social Support in Family Caregivers: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Nursing Reports*. 2024;14(4):3466-75.
30. Zegwaard MI, Aartsen MJ, Cuijpers P, Grypdonck MH. a conceptual model of perceived burden of informal caregivers for older persons with a severe functional psychiatric syndrome and concomitant problematic behaviour. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(15-16):2233-58.
31. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980. 1980; 20(6):649-54.
32. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*. 1990;30(5):583-94.
33. Johnsen MC. Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. *Psychiatric services*. 2001;52(10):1404-.
34. Sun X, Ge J, Meng H, Chen Z, Liu D. The Influence of Social Support and Care Burden on Depression among Caregivers of Patients with Severe Mental Illness in Rural Areas of Sichuan, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(11).
35. Clyburn LD, Stones MJ, Hadjistavropoulos T, Tuokko H. Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000. 2000; 55(1):2-13.
36. Poon LH-W, Chan RW-M. The mediating effect of perceived social support between received social support and resilience. *Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues*. 2023; 13(1):78-89.
37. Zhang S, Li H, Li H, Zhao S. The effect of autistic traits on prosocial behavior: the chain mediating role of received social support and perceived social support. *Autism*. 2024;28(3):600-15.
38. Dam AE, de Vugt ME, Klinkenberg IP, Verhey FR, van Boxtel MP. A systematic review of social support interventions for caregivers of people with dementia: Are they doing what they promise? *Maturitas*. 2016; 85:117-30.
39. Elvish R, Lever S-J, Johnstone J, Cawley R, Keady J. Psychological interventions for carers of people with dementia: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2013;13(2):106-25.

#### 8.4. Resultados globales fase 1

##### *Association between Social Support and Depressive Symptoms in Informal Caregivers of Adult and Older Dependents: A Systematic Review and Meta-Analysis*

*(Asociación entre el apoyo social y los síntomas depresivos en cuidadores informales de adultos y personas mayores dependientes: una revisión sistemática y un metaanálisis)*

##### Resumen de los resultados obtenidos:

Se analizó la relación entre el apoyo social percibido con los síntomas depresivos por un lado y el apoyo social recibido con los síntomas depresivos por otro, obteniendo los siguientes resultados:

##### → **Apoyo social percibido y síntomas depresivos:**

El apoyo social percibido mejora los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares de adultos y mayores dependientes obteniendo un valor del tamaño del efecto mediano en los diferentes tipos de apoyo social percibido:

- El análisis del *apoyo social percibido global* mostró un valor del tamaño del efecto  $r = -0,35$ ; IC 95% =  $-0,39$ ;  $-0,31$ . Los resultados fueron consistentes, ya que se encontró ausencia de heterogeneidad, y precisos con una variación del análisis de sensibilidad menor del 10%. Sin encontrar diferencias ni en los análisis de subgrupos realizados ni en las metarregresiones.
- El análisis del *apoyo social percibido emocional* reportó un valor del tamaño del efecto similar al apoyo social percibido global  $r = -0,35$ ; IC 95% =  $-0,45$ ;  $-0,25$ .
- Por último, el análisis del *apoyo social percibido instrumental* presentó un valor del tamaño del efecto de  $r = -0,35$ ; IC 95% =  $-0,44$ ;  $-0,26$ .

##### → **Apoyo social recibido y síntomas depresivos**

Encontramos resultados parecidos donde el apoyo social recibido mejora los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares de adultos y mayores dependientes. Al

igual que el apoyo social percibido hacemos diferencias entre el apoyo social recibido global, emocional e instrumental encontrando los siguientes valores:

- Para el *apoyo social recibido global* el análisis indica un valor del tamaño del pequeño  $r = -0,14$  IC 95% = - 0,2; - 0,07. El resto de los análisis realizados indicaron que nuestros resultados eran precisos con heterogeneidad baja, moderadamente robustos y las metarregresiones no indicaron diferencias significativas.
- Los análisis del *apoyo social recibido emocional e instrumental* reportaron valores muy parecidos. Para el apoyo social recibido emocional  $r = -0,15$  IC 95% = - 0,23; - 0,07 y para el apoyo social percibido instrumental  $r = -0,14$  IC 95% = - 0,26; - 0,02.

## 8.5. Resultados globales fase 2

*Relationship between perceived and received social support in family caregivers: a systematic review with meta-analysis*

*(Relación entre el apoyo social percibido y recibido en cuidadores familiares: una revisión sistemática con metaanálisis)*

### Resumen de los resultados obtenidos:

Los resultados obtenidos del análisis indican que el apoyo social percibido está relacionado con el apoyo social recibido, presentando un valor del tamaño del efecto de  $r = 0,43$  IC 95% = 0,28; 0,56. Los resultados fueron precisos (ausencia de heterogeneidad), robustos puesto que el análisis de sensibilidad reportó una variación menor al 10% y el análisis de subgrupos no indicó diferencias.

## 8.6. Resultados globales fase 3

*Apoyo social percibido, recibido y sobrecarga subjetiva en personas cuidadoras familiares: Modelado de ecuaciones estructurales meta analítico.*

Los resultados de los análisis indican la existencia de numerosos indicios sobre:

- Posible efecto mediador de la sobrecarga subjetiva entre el apoyo social recibido, el apoyo social percibido y los síntomas depresivos.
- Posible efecto mediador de la sobrecarga subjetiva entre el apoyo social recibido, el apoyo social percibido y la ansiedad.
- Posible efecto mediador del apoyo social percibido entre el apoyo social recibido, la sobrecarga subjetiva y los síntomas depresivos.
- Posible efecto mediador del apoyo social percibido entre el apoyo social recibido, la sobrecarga subjetiva y la ansiedad.

Todos los efectos directos e indirectos fueron significativos y por consecuencia los efectos totales también fueron significativos. El valor de los *efectos totales* obtenidos en las diferentes relaciones es:

- Entre el apoyo **social recibido y la sobrecarga subjetiva** es de -0,05. El efecto indirecto mediado por el apoyo social percibido con un valor de coeficiente de regresión estandarizado ( $\beta$ ) de -0,179, con un intervalo de confianza (IC) al 95% de: -0,189; -0,171.
- Entre el **apoyo social recibido y los síntomas depresivos** es de - 0,15. El efecto indirecto mediado por el apoyo social percibido y la sobrecarga subjetiva con un valor de  $\beta$  de - 0,069, con un intervalo de confianza IC al 95% de: - 0,078; - 0,054.
- Entre el **apoyo social percibido y los síntomas depresivos** es de -0,301.
- Entre el **apoyo social recibido y la ansiedad** es de - 0,14. El efecto indirecto mediado por el apoyo social percibido y la sobrecarga subjetiva con un valor de  $\beta$  de - 0,095, con un IC al 95% de: - 0,105; - 0,081.
- Entre el **apoyo social percibido y la ansiedad** es de - 0,356. El efecto indirecto mediado por la sobrecarga subjetiva con un valor de  $\beta$  de - 0,185, con un IC al 95% de: - 0,194; - 0,177.

Relaciones entre el apoyo social, la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares.

Los modelos de depresión y ansiedad con los efectos directos en su análisis de trayectorias se pueden observar en los Anexos: Anexo 4<sup>4</sup> para el modelo de depresión y Anexo 5<sup>5</sup> para el modelo de ansiedad.

<sup>4</sup> el Anexo 4 corresponde a la figura 3 del manuscrito correspondiente a la fase 3

<sup>5</sup> el Anexo 5 corresponde a la figura 4 del manuscrito correspondiente a la fase 3

## 9. Discusión.

Esta tesis contribuye a la mejora del conocimiento de la relación entre el apoyo social recibido, el apoyo social percibido, la sobrecarga subjetiva, los síntomas depresivos y la ansiedad en personas cuidadoras familiares.

Para poder estudiar dicha relación, primero se realizó una revisión sistemática con meta-análisis para cuantificar el efecto de asociación entre el apoyo social y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares de adultos y mayores dependientes, siendo la primera revisión sistemática en estudiar dicha relación. Los resultados mostraron que los niveles más bajos de apoyo social (tanto el apoyo social recibido como el apoyo social percibido) se asocian con niveles más altos de síntomas depresivos.

La percepción subjetiva del apoyo social, es decir el apoyo social percibido, ha demostrado ser un factor más determinante, con mayor tamaño de asociación, que la cantidad de apoyo social recibido. En la revisión se incluyeron numerosos estudios con diferentes poblaciones de personas cuidadoras familiares, permitiendo hacer análisis de sensibilidad y análisis de subgrupos para demostrar la robustez a los resultados obtenidos.

Si comparamos nuestros resultados con otras revisiones que analizan la relación entre el apoyo social percibido y los síntomas depresivos, encontramos resultados parecidos en otras poblaciones distintas a las personas cuidadoras familiares, como por ejemplo población adulta (120), población de adultos mayores sanos (158) o en personas cuidadoras familiares de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) (130).

El posible efecto protector del apoyo social percibido en personas cuidadoras familiares de personas dependientes también lo encontramos en otras consecuencias psicológicas asociadas al cuidado, como por ejemplo la sobrecarga subjetiva (86) y la ansiedad (64).

La relación entre el apoyo social y la disminución de los niveles de malestar emocional en personas cuidadoras familiares se puede explicar mediante dos teorías: La Teoría de Lazarus y Folkman (124) y la Teoría de Cohen y Wills (125). La Teoría de Lazarus y Folkman indica que la percepción de un nivel adecuado de apoyo social aumenta los niveles de

confianza y autoeficacia de las personas cuidadoras familiares en las actividades llevadas a cabo durante el cuidado de una persona dependiente, mejorando así la evaluación cognitiva de los estresores de la situación de cuidado, favoreciendo una interpretación menos amenazante de los estresores y aumentando así sus niveles de salud mental (124). Cohen y Wills (125) indican un efecto parecido donde los niveles de apoyo social percibidos como adecuados pueden mejorar la percepción de los factores estresantes al considerar los problemas como menos amenazantes al saberse con ayuda o debido a los propios efectos beneficiosos de la ayuda.

Los resultados de nuestra primera revisión sistemática aumentan la evidencia disponible sobre el papel protector del apoyo social en las consecuencias emocionales negativas del cuidado (ansiedad y síntomas depresivos).

Desde nuestro conocimiento, la segunda revisión sistemática con meta-análisis realizada para estudiar la relación entre el apoyo social percibido y el apoyo social recibido en personas cuidadoras familiares es la primera hasta la fecha. En dicha revisión encontramos que los niveles más altos de apoyo social percibido se asocian con niveles más altos de apoyo social recibido.

Los análisis realizados no muestran diferencias significativas al comparar distintos grupos de edad (en nuestro caso, población infantil o adultos), ni al considerar diferentes niveles de calidad entre los estudios. Esto indica que nuestros resultados son precisos y robustos.

Nuestros resultados concuerdan con otras revisiones realizadas en poblaciones distintas a las de personas cuidadoras familiares, como por ejemplo la de Haber et al. (144) en población adulta (con una magnitud de asociación mayor que la que nosotros hemos encontrado), y la de Eagle et al. (159), con una magnitud de asociación similar a la de nuestros resultados.

El valor de la correlación entre apoyo recibido y percibido obtenido en nuestro estudio indican que, aunque el apoyo social recibido y el apoyo social percibido se encuentran relacionados, son constructos diferentes. Por tanto, nuestro estudio aumenta la evidencia disponible sobre el carácter diferencial de ambos tipos de apoyo. Este aspecto

viene corroborado también por el hecho de que ambos tipos de apoyo se relacionan de forma distinta con las consecuencias emocionales negativas del cuidado (64, 86).

Por último, con nuestra tercera revisión y tras estudiar la relación entre el apoyo social recibido, el apoyo social percibido, la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares, encontramos que tanto el apoyo social percibido como la sobrecarga subjetiva presentan un posible efecto de mediación en la relación anterior.

Nuestro estudio mejora el entendimiento de los mecanismos que relacionan el apoyo social tanto recibido como percibido con la ansiedad y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares, aumentando el nivel de evidencia existente respecto de las anteriores relaciones. Además, permite una mejor cuantificación de los efectos del apoyo social sobre la ansiedad y los síntomas depresivos al aportar los efectos de mediación de las trayectorias entre el apoyo social recibido y la sobrecarga subjetiva, el apoyo social recibido con la depresión y el apoyo social percibido con la depresión o la ansiedad, incluyendo los efectos de mediación en dichos efectos totales.

Según nuestros resultados, un mayor apoyo social recibido puede influir mejorando la percepción de la ayuda recibida, lo que a su vez puede rebajar el nivel de sobrecarga subjetiva al mejorar la evaluación cognitiva de la situación de cuidado, y todo ello disminuir los niveles de ansiedad y síntomas depresivos. Estos resultados están en línea con las relaciones teóricas establecidas en los modelos teóricos de Pearlin (102) y de Cohen y cols (125), donde el apoyo social se presenta como un factor modulador de las consecuencias del estrés en la salud emocional.

Diversos estudios han puesto de manifiesto el efecto mediador de la sobrecarga en la relación entre el apoyo social y la ansiedad (160) y los síntomas depresivos (80, 161, 162). Nuestros resultados concuerdan con los de los estudios anteriores, respaldando la hipótesis de que una parte de los efectos del apoyo social sobre la ansiedad y los síntomas depresivos se producen a través de la sobrecarga subjetiva. Nuestros resultados mejoran los de dichos estudios al demostrar el efecto mediador de la sobrecarga con datos obtenidos de revisiones sistemáticas, aumentando la precisión de dichos resultados y su validez externa.

En nuestro estudio, los efectos totales del apoyo social percibido sobre la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos son mayores que los del apoyo social recibido. Esto apoyaría la hipótesis, como ya se ha comentado, de que ambos tipos de apoyo son constructos distintos con diferentes mecanismos de actuación sobre la salud emocional como observamos en la fase dos. Nuestros resultados aumentan el nivel de evidencia de la anterior conclusión al incorporar datos meta-analíticos y tener en cuenta los efectos mediadores del apoyo percibido y la sobrecarga.

Nuestros resultados respaldan la hipótesis de que el apoyo percibido tiene un efecto protector sobre la ansiedad y los síntomas depresivos y que el principal efecto del apoyo percibido es aumentar la percepción adecuada de la ayuda recibida. Asimismo, dichos resultados respaldan la idea de que una parte de estos beneficios en especial aquellos mediados por el apoyo percibido ocurre cuando el apoyo es realmente necesario (119).

Nuestros hallazgos concuerdan con los de estudios realizados en poblaciones diferentes a las personas cuidadoras familiares, los cuales evidencian que el apoyo social recibido influye en el apoyo percibido (163) y que los efectos emocionales del apoyo recibido son mediados por el apoyo social percibido respecto de la resiliencia (164) o el comportamiento prosocial (165).

En concordancia con los resultados obtenidos, el apoyo social recibido y el apoyo social percibido podrían ser considerados factores claves para la detección temprana de personas cuidadoras familiares con alto riesgo de sobrecarga, ansiedad y síntomas depresivos.

Nuestros resultados apoyan la hipótesis de que intervenciones dirigidas a mejorar tanto el apoyo social recibido como el percibido pueden mejorar la sobrecarga, la ansiedad y la depresión. Estas intervenciones pueden actuar sobre la movilización de ayuda dentro de una red de apoyo familiar (166) o el aumento del número de contactos (167) (construir conexiones; apoyo recibido), sobre la mejora de la percepción del apoyo (167) (sentirse conectado; apoyo percibido) mejorando la cercanía de los familiares, la frecuencia de visitas o el apoyo emocional, o mediante la formación de grupos de autoayuda (apoyo recibido y percibido) (166).

## Limitaciones

Se identificaron diversas limitaciones durante el desarrollo de las distintas fases de esta tesis doctoral. En primer lugar, gran parte de los estudios incluidos en las revisiones realizadas presentan un diseño descriptivo transversal y utilizan muestras no probabilísticas. No obstante, los análisis de sensibilidad realizados en las diferentes fases demostraron que los resultados de los metaanálisis no se veían afectados por el tipo de diseño empleado (transversal o longitudinal) ni por el tipo de muestreo (probabilístico o no probabilístico).

En segundo lugar, los estudios con mayor nivel de evidencia científica que formaron parte de las revisiones son longitudinales con medidas repetidas. Este tipo de diseño no permite establecer relaciones causales, dado que no existe una secuencia temporal completa y no es posible analizar la causalidad inversa.

Finalmente, en la primera revisión se incluyeron una moderada cantidad de estudios que analizaran el apoyo social recibido. Este aspecto coincide con lo encontrado en la revisión sistemática (64) incluida en la tercera revisión y que analizaba apoyo recibido y ansiedad. Por tanto, no se ha podido evaluar la robustez de las relaciones entre apoyo social recibido y la ansiedad,

## 10. Utilidad para la práctica clínica

Nuestros resultados apoyan la inclusión de la valoración del apoyo social en la atención de las personas cuidadoras familiares. Además, respaldan que el escaso apoyo social, sobre todo percibido, podría utilizarse para la detección precoz de personas con alto riesgo de sobrecarga, ansiedad y síntomas depresivos.

Como hemos comentado, nuestros resultados apoyan la realización de intervenciones orientadas sobre todo a la mejora de la percepción del apoyo recibido, pero también a la mejora de la red de apoyo familiar y social, con la finalidad última de mejorar la sobrecarga, la ansiedad y los síntomas depresivos.

Este tipo de intervenciones podrían facilitar a las personas cuidadoras familiares la gestión y movilización de recursos dentro de su red social, mejorar la cantidad de relaciones disponibles o el apoyo social recibido, el apoyo social percibido, la frecuencia de visitas o vínculos con el entorno, es decir, el apoyo social emocional, así como la participación en grupos de autoayuda que benefician tanto el apoyo social recibido como el apoyo social percibido.

En definitiva, el apoyo social, tanto recibido como percibido, puede ser una herramienta eficaz para disminuir los niveles de sobrecarga, ansiedad y síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares.

## 11. Conclusiones

En función a los resultados obtenidos en las investigaciones presentadas en esta tesis doctoral y en teniendo en cuenta las limitaciones expuestas podemos exponer las siguientes conclusiones, las cuales aportan una mayor evidencia para entender las relaciones entre el apoyo social percibido, el apoyo social recibido, la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares de de adultos y mayores dependientes.

- El apoyo social puede ser un importante factor protector para la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y los síntomas depresivos, siendo su efecto consistente en las distintas poblaciones de personas cuidadoras familiares.
- En este efecto protector, la magnitud de dicho efecto es mayor en el apoyo social percibido que en el recibido.
- El apoyo social percibido y el apoyo social recibido son constructos diferentes que influyen de manera diferencial en los síntomas depresivos en las personas cuidadoras familiares.
- Puede que el apoyo recibido aumente la adecuada percepción de la ayuda recibida y puede que el apoyo percibido medie el efecto del apoyo recibido sobre la sobrecarga, la ansiedad y la depresión.
- La sobrecarga subjetiva es un posible factor de riesgo para la ansiedad y los síntomas depresivos en personas cuidadoras familiares.
- La sobrecarga subjetiva media los efectos del apoyo social en la ansiedad y los síntomas depresivos.
- El apoyo percibido puede ser un importante modulador de las consecuencias emocionales negativas al actuar sobre la sobrecarga subjetiva y de forma directa sobre la ansiedad y los síntomas depresivos, mientras que el principal efecto del apoyo recibido puede ser incrementar la adecuada percepción de la ayuda recibida.

- La inclusión de la valoración del apoyo social y de intervenciones dirigidas a su mejora en los planes de cuidados puede ser beneficiosa para la salud emocional de las personas cuidadoras familiares de adultos y mayores dependientes.

## 12. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad 2011. Funciones Sensoriales, Discapacidad y Rehabilitación (SDR). OMS; 2011. 388p. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241564182>
2. Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, número 68, (15 de diciembre de 2006).
3. Foster ER, Carson LG, Archer J, Hunter EG. Occupational therapy interventions for instrumental activities of daily living for adults with Parkinson's disease: A systematic review. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2021;75(3).
4. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 1992.
5. Egea C., Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*. 2001;50:15-30.
6. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2001.
7. Real Decreto 888/2022, de 18 de octubre, por el que se establece el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*, número 252, (20 de octubre de 2022).
8. Comité de Ministros de los Estados miembros. Recomendación Nº 98 (9): Comité de Ministros a los Estados miembros relativo a la dependencia. Consejo de Europa. 1998.
9. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 [sede web]. Madrid: IMSERSO; [acceso 13 de junio de 2023]. ¿Qué se entiende por "Dependencia"? [1 pantalla]. Disponible en: <https://imserso.es/autonomia-personal-dependencia/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/preguntas-frecuentes/conceptos-generales>

10. Querejeta M. Discapacidad/Dependencia unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; 2004.
11. González-Rodríguez R. Discapacidad vs Dependencia: terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. Index de enfermería. 2017;26(3):170-4.
12. OMS [sede web]. Ginebra: OMS; [acceso 20 de junio de 2023]. Discapacidad [1 pantalla] [Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>].
13. Consejo de la Unión Europea [sede web]. Bruselas. Consejo Europeo. [última actualización 18/10/24]. La discapacidad en la UE: datos y cifras [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.consilimu.europa.eu/es/infographics/disability-eu-facts-figures/>
14. Index Mundi. España-Tasa de Dependencia. Index Mundi. 2020. Disponible en: <https://www.indexmundi.com/es/datos/espa%C3%B1a/tasa-de-dependencia>
15. Eurostat. Population structure and ageing [Internet]. Statistics Explained. European Commission; 2023 [citado 21 de junio de 2023]. Disponible en: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing)
16. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 [sede web]. Madrid: IMSERSO; [acceso 22 de septiembre de 2023]. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia 2020 (EDAD 2020). Disponible en: <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/encuesta-discapacidad-autonomia-personal-situaciones-dependencia-edad-2020>
17. Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. Madrid: Centro de publicaciones Ministerio de Sanidad; 2022.
18. Instituto Nacional de Estadística [sede web]. Madrid:INE; [acceso 22 de septiembre de 2023]. Tasa de Dependencia por comunidad autónoma. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1453&L=0>
19. OMS [sede web]. Ginebra: OMS;2024 [acceso 20 de octubre de 2024]. Envejecimiento y salud [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

20. INE. Una población envejecida. INE. 2021. Disponible en: [https://www.ine.es/prodyser/demografia\\_UA/bloc-1c.html?lang=es](https://www.ine.es/prodyser/demografia_UA/bloc-1c.html?lang=es)
21. Fujisawa R, Colombo F. The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand. OECD Health Working Papers. 2009. N 44.
22. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 [internet]. Madrid: IMSERSO; [acceso 15 de octubre de 2023]. Datos mensuales sobre cuidadores no profesionales. IMSERSO. 2023. Disponible en: <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/estadisticas-mensual/historico-datos-cuidadores-no-profesionales>
23. Rodríguez-Campos LM, Ortega-Expósito T. Cuidado formal vs cuidado informal. Análisis comparativo a través del profesiograma. TS Global. 2020; 10(19):322-342.
24. Suarez Cuba MÁ. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. Revista Médica La Paz. 2011;17(1):60-7.
25. Barrera Ortiz L, Galvis López CR, Moreno Fergusson ME, Pinto Afanador N, Pinzón Rocha ML, Romero González E, et al. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: un estudio comparativo de tres unidades académicas de enfermería. Investigación y educación en Enfermería. 2006;24(1):36-46
26. Martínez Riera JR, del Pino Casado R, coordinadores. Manual práctico de Enfermería Comunitaria. 2ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2021.
27. García Calvente MM., Del Río-Lozano M. El papel del cuidado informal en la atención a la dependencia: ¿cuidamos a quienes cuidan?. Actas la Depend. 2012; 6:99-117
28. Sanjuán-Quiles Á, Alcañiz-Garrán MM, Montejano-Lozoya R, Ramos-Pichardo JD, García-Sanjuán S. La perspectiva de las personas cuidadoras desde un análisis de género. Revista española de salud pública. 2023;97:1-15
29. Dilworth-Anderson P, Goodwin PY, Williams SW. Can culture help explain the physical health effects of caregiving over time among African American caregivers? The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2004;59(3):138-45.
30. Knight BG, Robinson GS, Flynn Longmire CV, Chun M, Nakao K, Kim JH. Cross cultural issues in caregiving for persons with dementia: Do familism values reduce burden and distress? Ageing International. 2002;27:70-94

31. Schans D. 'They ought to do this for their parents': perceptions of filial obligations among immigrant and Dutch older people. *Ageing & Society*. 2008;28(1):49-66.
32. Neufeld A, Harrison MJ. Men as caregivers: reciprocal relationships or obligation? *Journal of Advanced Nursing*. 1998;28(5):959-68.
33. Dwyer JW, Lee GR, Jankowski TB. Reciprocity, elder satisfaction, and caregiver stress and burden: The exchange of aid in the family caregiving relationship. *Journal of Marriage and the Family*. 1994:35-43.
34. Carrino L, Nafilyan V, Avendano M. Should I care or should I work? The impact of work on informal care. *Journal of Policy Analysis and Management*. 2023;42(2):424-55.
35. Rocard E, Llena-Nozal A. Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind. *OECD Health Working Papers*. 2022;140.
36. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators* [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2023 [8 de septiembre de 2024]. Disponible en: [https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023\\_7a7afb35-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html)
37. Instituto Nacional de Estadística (INE). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD)*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2008
38. Rodríguez-Madrid MN, Río-Lozano D, Fernández-Peña R, Elizalde-Sagardía B, del Mar García-Calvente M. Redes personales de apoyo y cuidado informal:¿ diferencias por sexo y territorio?(estudio CUIDAR-SE II). *Gaceta Sanitaria*. 2021;35(6):515-24.
39. INE. *Determinantes de salud. Cifras relativas*. INE. 2008. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=48102# tabs-tabla>
40. Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, número 114, (12 de mayo de 2007).
41. Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. *Boletín Oficial del Estado*, número 168, (14 de julio de 2012).

42. Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación. Boletín Oficial del Estado, número 57, (7 de marzo de 2019).
43. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 [sede web]. Madrid: IMSERSO; [acceso 15 de octubre de 2023]. Datos mensuales sobre cuidadores no profesionales. IMSERSO. 2019. Disponible en: <https://imserso.es/-/datos-cuidadores-no-profesionales-2019>
44. Del-Pino-Casado R. Factores culturales y sobrecarga subjetiva en el cuidado familiar de mayores dependientes [Tesis]. Jaén. Universidad de Jaén, Servicio de Publicaciones; 2010.
45. García Calvente M, Lozano M, Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. Gac Sanit. 2011;25(S2):100-107
46. Hinrichsen GA, Hernandez NA, Pollack S. Difficulties and rewards in family care of the depressed older adult. The Gerontologist. 1992;32(4):486-92
47. Frías-Osuna A, Moreno-Cámara S, Moral-Fernández L, Palomino-Moral PÁ, López-Martínez C, del-Pino-Casado R. Motivos y percepciones del cuidado familiar de mayores dependientes. Atención primaria. 2019;51(10):637-44.
48. Rogero-García J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. Index de enfermería. 2010;19(1):47-50.
49. Darragh AR, Sommerich CM, Lavender SA, Tanner KJ, Vogel K, Campo M. Musculoskeletal discomfort, physical demand, and caregiving activities in informal caregivers. Journal of Applied Gerontology. 2015;34(6):734-60.
50. Yilmaz Yalcinkaya E, Önes K, Bora Ayna A, Kucukali Turkyilmaz A, Erden N. Low back pain prevalence and characteristics in caregivers of stroke patients: a pilot study. Topics in Stroke Rehabilitation. 2010;17(5):389-93.
51. Dawson A, Dennison E. Measuring the musculoskeletal aging phenotype. Maturitas. 2016;93:13-7.
52. Zhang B, Lv X, Qiao M, Liu D. The full mediating role of loneliness on the relationship between social support and depression among rural family caregivers of persons with severe mental illness. Frontiers in Public Health. 2021;9:1-9

53. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2018-2020: Elsevier; 2019.
54. Sallim AB, Sayampanathan AA, Cuttilan A, Ho RC-M. Prevalence of mental health disorders among caregivers of patients with Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2015;16(12):1034-41.
55. Loh AZ, Tan JS, Zhang MW, Ho RC. The global prevalence of anxiety and depressive symptoms among caregivers of stroke survivors. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2017;18(2):111-6.
56. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). American Psychiatric Association. Washington, DC. 2013.
57. Draženka O, Domagoj V, Ana B, Petrana B, Vlado J. Prevalence of anxiety and depression in caregivers of Alzheimer's dementia patients. *Acta Clinica Croatica*. 2014;53(1.):17-20.
58. Hu P, Yang Q, Kong L, Hu L, Zeng L. Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine*. 2018;97(40):e12638.
59. Park B, Kim SY, Shin J-Y, Sanson-Fisher RW, Shin DW, Cho J, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: a nationwide survey of patient-family caregiver dyads in Korea. *Supportive Care in Cancer*. 2013;21:2799-807
60. Arrimada M. Los 12 instrumentos de evaluación de los trastornos de ansiedad. *Portal Psicología y Mente* [Internet]. 2022 [actualizado 21 sep. 2024]. [Accedido el 18 de octubre 2024]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/clinica/instrumentos-evaluacion-trastornos-ansiedad>
61. Domínguez J, Ruíz M, Gómez I, Gallego E, Valero J, Izquierdo M. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *SEMERGEN-Medicina de familia*. 2012;38(1):16-23.
62. del-Pino-Casado R, Priego-Cubero E, López-Martínez C, Orgeta V. Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2021;16(3):e0247143.
63. López-Martínez C, Orgeta V, Frías-Osuna A, del-Pino-Casado R. Coping and anxiety symptoms in family carers of dependent older people: Mediation and moderation

- effects of subjective caregiver burden. *Journal of Nursing Scholarship*. 2024;56(3):371-81.
64. Priego-Cubero E, Orgeta V, López-Martínez C, del-Pino-Casado R. The relationship between social support and anxiety symptoms in informal carers: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*. 2023;12(3):1244.
65. García RMB, del Pino Casado R. Intervenciones no farmacológicas para reducir la depresión, sobrecarga y ansiedad en personas cuidadoras de mayores con demencia: un metaanálisis. *Metas de enfermería*. 2018;21(2):1.
66. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión [Internet]. 2023. [Accedido el 22 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>.
67. Coryell W. Depresión [Internet]. MSD Manuales [actualizado 2023]. [Accedido el 22 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n?ruleredirectid=756>.
68. Geng H-m, Chuang D-m, Yang F, Yang Y, Liu W-m, Liu L-h, et al. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2018;97(39):e11863.
69. Zhu W, Jiang Y. A meta-analytic study of predictors for informal caregiver burden in patients with stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2018;27(12):3636-46.
70. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. Factors determining the impact of caregiving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*. 2010;66(2):191-200.
71. del-Pino-Casado R, Rodriguez Cardosa M, López-Martínez C, Orgeta V. The association between subjective caregiver burden and depressive symptoms in carers of older relatives: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2019;14(5):e0217648
72. Lewinsohn PM, Seeley JR, Roberts RE, Allen NB. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychology and aging*. 1997;12(2):277

73. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of psychosomatic research*. 2002;52(2):69-77.
74. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*. 2001;16(9):606-13.
75. Jackson-Koku G. Beck depression inventory. *Occupational medicine*. 2016;66(2):174-5.
76. Muñoz-Cruz JC, López-Martínez C, Orgeta V, Del-Pino-Casado R. Coping and depressive symptoms in family carers of dependent adults aged 18 and over: A systematic review and meta-analysis. *Stress and Health*. 2023;39(4):708-28.
77. Gottlieb BH, Bergen AE. Social support concepts and measures. *Journal of psychosomatic research*. 2010;69(5):511-20.
78. Nuwamanya S, Nkola R, Najjuka SM, Nabulo H, Al-Mamun F, Mamun MA, et al. Depression in Ugandan caregivers of cancer patients: The role of coping strategies and social support. *Psycho-Oncology*. 2023;32(1):113-24.
79. Tay DL, Iacob E, Reblin M, Cloyes KG, Jones M, Hebdon MCT, et al. What contextual factors account for anxiety and depressed mood in hospice family caregivers? *Psycho-Oncology*. 2022;31(2):316-25.
80. Zhong Y, Wang J, Nicholas S. Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: the mediating role of caregiver burden. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):3.
81. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*. 1980;20(6):649-55.
82. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of advanced nursing*. 2012;68(4):846-55.
83. Martín-Carrasco M, Domínguez-Panchón AI, Muñoz-Hermoso P, González-Fraile E, Ballesteros-Rodríguez J. Instrumentos para medir la sobrecarga en el cuidador informal del paciente con demencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2013;48(6):276-84.
84. Gaugler, J. E., Zarit, S. H., & Pearlin, L. I. Caregiving and institutionization: perceptions of family conflict and socioemotional support. *The International Journal of Aging and Human Development*. 1999, 49(1), 1-25. DOI: 10.2190/91A8-XCE1-3NGX-X2M7

85. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging*. 2003;18(2):250.
86. del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA, Ruzafa-Martínez M, Ramos-Morcillo AJ. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. *PloS one*. 2018;13(1):e0189874.
87. O’Caoimh R, Calnan M, Dhar A, Molloy DW. Prevalence and predictors of caregiver burden in a memory clinic population. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*. 2021;5(1):739-47.
88. Lasebikan VO, Ayinde OO. Family burden in caregivers of schizophrenia patients: Prevalence and socio-demographic correlates. *Indian journal of psychological medicine*. 2013;35(1):60-6.
89. Pérez-Cruz M, Muñoz-Martínez MÁ, Parra-Anguita L, del-Pino-Casado R. Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Atención Primaria*. 2017;49(7):381-8.
90. Alonso SL, Serrano MM. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Comun*. 2005;1(1):12-7.
91. Martínez AÁR, Pérez-Vázquez A, Villabona SMG, Cruz MCF. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Atención primaria*. 2007;39(4):185-8.
92. Crespo M, Rivas M. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y salud*. 2015;26(1):9-15.
93. Sullivan MT. Caregiver strain index (CSI). *Home Healthcare Now*. 2003;21(3):197-8.
94. OECD. Improving the lives of people with dementia. Care needed. *OECD Health Policy Studies*. París: OECD Publishing; 2018.
95. Masuy AJ. Effect of caring for an older person on women's lifetime participation in work. *Ageing & Society*. 2009;29(5):745-63.
96. Plaisier I, Broese van Groenou MI, Keuzenkamp S. Combining work and informal care: the importance of caring organisations. *Human Resource Management Journal*. 2015;25(2):267-80.
97. García-Mochón L, Peña-Longobardo LM, del Río-Lozano M, Oliva-Moreno J, Larrañaga-Padilla I, García-Calvente MdM. Determinants of burden and satisfaction

- in informal caregivers: Two sides of the same coin? the CUIDAR-SE study. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(22):4378.
98. Cascella Carbó GF, García-Orellán R. Burden and gender inequalities around informal care. *Investigación y educación en enfermería*. 2020;38(1).
99. Bittman M, Fast JE, Fisher K, Thomson C. Making the invisible visible: the life and time (s) of informal caregivers. *Family time: The social organization of care*. 2004:69-89
100. Fast JE, Williamson DL, Keating NC. The hidden costs of informal elder care. *Journal of Family and Economic Issues*. 1999;20:301-26.
101. Instituto de la Mujer. Documento de base por los cuidados [Internet]. Madrid: Instituto de la Mujer; 2023.
102. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*. 1990;30(5):583-94.
103. del-Pino-Casado R, del Mar Pastor-Bravo M, Palomino-Moral PA, Frías-Osuna A. Gender differences in primary home caregivers of older relatives in a Mediterranean environment: A cross-sectional study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2017;69:128-33.
104. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*. 1986;50(5):992.
105. del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA. Subjective burden and cultural motives for caregiving in informal caregivers of older people. *Journal of Nursing Scholarship*. 2011;43(3):282-91.
106. del-Pino-Casado R, Serrano-Ortega N, López-Martínez C, Orgeta V. Coping strategies and psychological distress in family carers of frail older people: A longitudinal study. *Journal of affective disorders*. 2019;256:517-23.
107. Muñoz-Cruz JC, López-Martínez C, Orgeta V, Del-Pino-Casado R. Subjective caregiver burden and coping in family carers of dependent adults and older people: A systematic review and meta-analysis. *Stress and Health*. 2024:e3395.
108. Li R, Cooper C, Bradley J, Shulman A, Livingston G. Coping strategies and psychological morbidity in family carers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2012;139(1):1-11.

109. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*. 1983;44(1):127.
110. Crespo M, Martínez JL. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". Madrid: Imsero; 2007.
111. Thompson EH, Futterman AM, Gallagher-Thompson D, Rose JM, Lovett SB. Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. *Journal of gerontology*. 1993;48(5):245-54.
112. Chang BL, Brecht ML, Carter PA. Predictors of social support and caregiver outcomes. *Women & Health*. 2001;33(1-2):39-61.
113. Caplan G. Support systems and community mental health: Lectures on concept development. Michigan: Behavioral publications; 1974.
114. Vrabec NJ. Literature review of social support and caregiver burden, 1980 to 1995. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1997;29(4):383-8.
115. Uchino BN, Bowen K, Carlisle M, Birmingham W. Psychological pathways linking social support to health outcomes: A visit with the "ghosts" of research past, present, and future. *Social science & medicine*. 2012;74(7):949-57.
116. Robinson SM. Understanding social support for parents of individuals with Autism Spectrum Disorders. Toronto: Robinson SM; 2019.
117. Maríñez-Lora AM, Cua G, Frazier SL, Shernoff ES, Atkins MS. Caregiver strain, social support, and mental health service use among urban African American mothers. *Journal of child and family studies*. 2021;30(7):1633-49.
118. Muñoz-Bermejo L, Adsuar JC, Postigo-Mota S, Casado-Verdejo I, de Melo-Tavares CM, Garcia-Gordillo MÁ, et al. Relationship of perceived social support with mental health in older caregivers. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(11):3886.
119. Melrose KL, Brown GD, Wood AM. When is received social support related to perceived support and well-being? When it is needed. *Personality and individual differences*. 2015;77:97-105.

120. Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM. The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*. 2015;175:53-65.
121. Fiori KL, Denckla CA. Social support and mental health in middle-aged men and women: a multidimensional approach. *Journal of Aging and Health*. 2012;24(3):407-38.
122. Han EJ, Park M, Park S, Giap TTT, Han D. Randomized Controlled Trial of the Caregiver Orientation for Mobilizing Personal Assets and Strengths for Self-Care (COMPASS) for Caregiving Journey: A National Family Caregiver Support Program in a Long-Term Care Insurance System. *JAMDA*. 2020;21(12):1906-13.
123. Rodakowski J, Skidmore ER, Rogers JC, Schulz R. Does social support impact depression in caregivers of adults ageing with spinal cord injuries?. *Clin Rehabil*. 2013;27(6):565-75.
124. Lazarus, RS., Folkman, S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer; 1984.
125. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*. 1985;98(2):310.
126. Verbakel E, Metzeltin SF, Kempen GI. Caregiving to older adults: Determinants of informal caregivers' subjective well-being and formal and informal support as alleviating conditions. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2018;73(6):1099-111.
127. Perez-Ordóñez F, Frías-Osuna A, Romero-Rodríguez Y, del-Pino-Casado R. Coping strategies and anxiety in caregivers of palliative cancer patients. *European Journal of Cancer Care*. 2016;25(4):600-7.
128. Wang Z, Ma C, Han H, He R, Zhou L, Liang R, et al. Caregiver burden in Alzheimer's disease: Moderation effects of social support and mediation effects of positive aspects of caregiving. *International journal of geriatric psychiatry*. 2018;33(9):1198-206.
129. del-Pino-Casado R, López-Martínez C, Osuna AF, Orgeta V. The relationship between perceived social support and psychological distress in carers of older relatives: A longitudinal cross-lagged analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2022;297:401-6.

130. Schiller VF, Dorstyn DS, Taylor AM. The Protective Role of Social Support Sources and Types Against Depression in Caregivers: A Meta-Analysis. *J Autism Dev Disord*. 2021;51(4):1304-15.
131. Tengku Mohd T, Yunus R, Hairi F, Hairi N, Choo W. Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: A systematic review. *BMJ Open*. 2019; 9 (7):1-12.
132. Uslu-Sahan F, Terzioglu F, Koc G. Hopelessness, death anxiety, and social support of hospitalized patients with gynecologic cancer and their caregivers. *Cancer Nursing*. 2019;42(5):373-80.
133. Ali N, Kausar R. Social Support and Coping as Predictors of Psychological Distress in Family Caregivers of. *Pakistan Journal of Psychological Research*. 2016;31(2):587-608
134. Ar Y. Predictors of depression, anxiety, grief and growth among Turkish offspring as caregivers of parents with Alzheimer's disease: a multi-method study [tesis]. Ankara: Middle East Technical University. 2017.
135. Au A, Lau KM, Koo S, et al. The effects of informal social support on depressive symptoms and life satisfaction in dementia caregivers in Hong Kong. *Hong Kong J Psychiatry*. 2009;19(2):59-66.
136. Amendola F, Oliveira MAdC, Alvarenga MRM. Influence of social support on the quality of life of family caregivers while caring for people with dependence. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45:884-9.
137. del-Pino-Casado R, Millán-Cobo MD, Palomino-Moral PA, Frías-Osuna A. Cultural correlates of burden in primary caregivers of older relatives: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014;46(3):176-86
138. Raad JH, Tulsy DS, Lange RT, Brickell TA, Sander AM, Hanks RA, et al. Establishing the factor structure of a health-related quality of life measurement system for caregivers of persons living with traumatic brain injury. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2020;101(7):1220-32.
139. Rui JR, Guo J. Differentiating the stress buffering functions of perceived versus received social support. *Curr Psychol*. 2022:1-11.
140. Shulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*. 2008;108(9):23-7.

141. Gaugler JE, Kane RA, Langlois J. Assessment of family caregivers of older adults. *Assessing older persons: Measures, meaning and practical applications*. 2000;49(1):320-59.
142. Uchino BN. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of behavioral medicine*. 2006;29:377-87.
143. Nurullah AS. Received and provided social support: A review of current evidence and future directions. *American Journal of Health Studies*. 2012;27(3):173-88.
144. Haber MG, Cohen JL, Lucas T, Baltes BB. The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American journal of community psychology*. 2007;39:133-44.
145. Deeks JJ, Bossuyt PM, Leeflang MM, Takwoingi Y. *Cochrane handbook for systematic reviews of diagnostic test accuracy*: John Wiley & Sons; 2023.
146. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj*. 2021;372:n71.
147. Cooper H, Hedges LV, Valentine JC. *The handbook of research synthesis and meta-analysis*: Russell Sage Foundation; 2019.
148. Becker BJ. Examining theoretical models through research synthesis: The benefits of model-driven meta-analysis. *Evaluation & the health professions*. 2001;24(2):190-217.
149. Viswanathan M, Berkman ND, Dryden DM, Hartling L. *AHRQ Methods for Effective Health Care. Assessing Risk of Bias and Confounding in Observational Studies of Interventions or Exposures: Further Development of the RTI Item Bank*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013.
150. Boyle MH. Guidelines for evaluating prevalence studies. *BMJ Ment Health*. 1998;1(2):37-9
151. Meader N, King K, Llewellyn A, Norman G, Brown J, Rodgers M, et al. A checklist designed to aid consistency and reproducibility of GRADE assessments: development and pilot validation. *Syst Rev*. 2014;3:82

152. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of clinical epidemiology*. 2011;64(4):383-94.
153. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *Bmj*. 2003;327(7414):557-60
154. Egger M, Smith GD, Schneider M, Minder C. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *Bmj*. 1997;315(7109):629-34.
155. Duval S, Tweedie R. Trim and fill: a simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*. 2000;56(2):455-63.
156. Hunter JE, Hamilton MA. The advantages of using standardized scores in causal analysis. *Human Communication Research*. 2002;28(4):552-61.
157. Cheung MWL, Cheung SF. Random-effects models for meta-analytic structural equation modeling: review, issues, and illustrations. *Research synthesis methods*. 2016;7(2):140-55.
158. Mohd TAMT, Yunus RM, Hairi F, Hairi NN, Choo WY. Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: a systematic review. *BMJ open*. 2019;9(7):e026667.
159. Eagle DE, Hybels CF, Proeschold-Bell RJ. Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2019;36(7):2055-73.
160. Shukri M, Mustofai MA, Md Yasin MAS, Tuan Hadi TS. Burden, quality of life, anxiety, and depressive symptoms among caregivers of hemodialysis patients: The role of social support. *Int J Psychiatry Med*. 2020;55(6):397-407.
161. Sun X, Ge J, Meng H, Chen Z, Liu D. The Influence of Social Support and Care Burden on Depression among Caregivers of Patients with Severe Mental Illness in Rural Areas of Sichuan, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(11).
162. Clyburn LD, Stones MJ, Hadjistavropoulos T, Tuokko H. Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55(1):S2-13.
163. Poon LH-W, Chan RW-M. The mediating effect of perceived social support between received social support and resilience. *Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues*. 2023; 13(1):78-89.

164. Zhang S, Li H, Li H, Zhao S. The effect of autistic traits on prosocial behavior: the chain mediating role of received social support and perceived social support. *Autism*. 2024;28(3):600-15.
165. Xia L-X, Liu J, Ding C, Hollon SD, Shao B-T, Zhang Q. The relation of self-supporting personality, enacted social support, and perceived social support. *Personality and Individual Differences*. 2012;52(2):156-60.
166. Dam AE, de Vugt ME, Klinkenberg IP, Verhey FR, van Boxtel MP. A systematic review of social support interventions for caregivers of people with dementia: Are they doing what they promise? *Maturitas*. 2016;85:117-30.
167. Elvish R, Lever S-J, Johnstone J, Cawley R, Keady J. Psychological interventions for carers of people with dementia: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2013;13(2):106-25.

## 13. Anexos

### Anexo 1: Tabla estrategia de búsqueda fase 1

\* Correspondiente al material complementario Tabla S1 del artículo 1.

| Base de datos | Cadena de búsqueda  | Fecha               | Nº de estudios |
|---------------|---|---------------------|----------------|
| Pubmed        | ((Depression[mj] OR ((Depress*[tiab] NOT MEDLINE[sb])) AND (Caregivers[mj] OR ((Caregiv*[tiab] OR Care giv*[tiab] OR Carer*[tiab] NOT MEDLINE[sb])) AND (Social support[mh:noexp] OR ((social network[tiab] OR informal support[tiab] OR received support[tiab] OR perceived support[tiab] NOT MEDLINE[sb])))) NOT (clinical trial[pt] OR randomized clinical trial[tiab] OR randomized controlled trial[tiab] OR qualitative study OR qualitative research)) | 15<br>Enero<br>2023 | 241            |
| CINAHL        | (MJ Depression OR Depress*) AND (MJ Caregivers OR AB Caregiv* OR AB Care giv* OR AB Carer*) AND (MJ social support OR AB social network OR AB informal support OR AB received support OR AB perceived support) NOT (PT clinical trial OR AB randomized clinical trial OR randomized controlled trial OR RCT OR qualitative study OR qualitative research)   | 15<br>Enero<br>2023 | 394            |
| PsyInfo       | (MJSUB(Depression) AND MJSUB(Caregivers) AND MJSUB(social support)) NOT (PT(clinical trial) OR AB("randomized clinical trial") OR AB("randomized controlled trial") OR AB(RCT) OR AB("Qualitative study") OR AB("qualitative research") OR AB("systematic review") OR AB("experimental research") OR TI("Qualitative study") OR TI("qualitative research") OR TI("systematic review") OR TI("experimental research") OR SU(support groups))                   | 15<br>Enero<br>2023 | 351            |
| Scopus        | Depression(mj) AND Caregivers(mj) AND ("social support" OR "social network" OR "informal support" OR "received support" OR "perceived support")   | 15<br>Enero<br>2023 | 2,495          |

## Anexo 2: Tabla estrategia de búsqueda fase 2

\* Correspondiente al material complementario Tabla S1 del artículo 2.

| Data base | Chain Used   | Search date | Number of results |
|-----------|--|-------------|-------------------|
| Pubmed    | (perceived social support[tiab] OR perceived support[tiab]) AND (received social support[tiab] OR received support[tiab]) AND (caregiver[mh] OR Caregiv*[tiab] OR Care giv*[tiab] OR Carer*[tiab])   | 15/09/2023  | 10                |
| CINAHL    | (AB perceived social support OR AB perceived support) AND (MH Caregivers OR AB Caregiv* OR AB Care giv* OR AB Carer*) AND (AB Received social support OR AB received support)  | 15/09/2023  | 54                |
| PsyInfo   | AB("received social support") AND (SU(Caregivers) OR AB(caregiv*) OR AB(care giv*) OR AB(carer*)) AND AB("perceived social support")   | 16/09/2023  | 7                 |
| Scopus    | (INDEXTERMS(Caregivers) OR TITLE-ABS-KEY(carer*) OR TITLE-ABS-KEY(caregiv*) OR TITLE-ABS-KEY(care giv*)) AND (TITLE-ABS-KEY("Received social support") OR TITLE-ABS-KEY("Received support")) AND (TITLE-ABS-KEY("Perceived social support") OR TITLE-ABS-KEY("Perceived support")) | 16/09/2023  | 16                |

Anexo 3: Tabla estrategia de búsqueda fase 3

\* Correspondiente a la Tabla 1 del manuscrito 3.

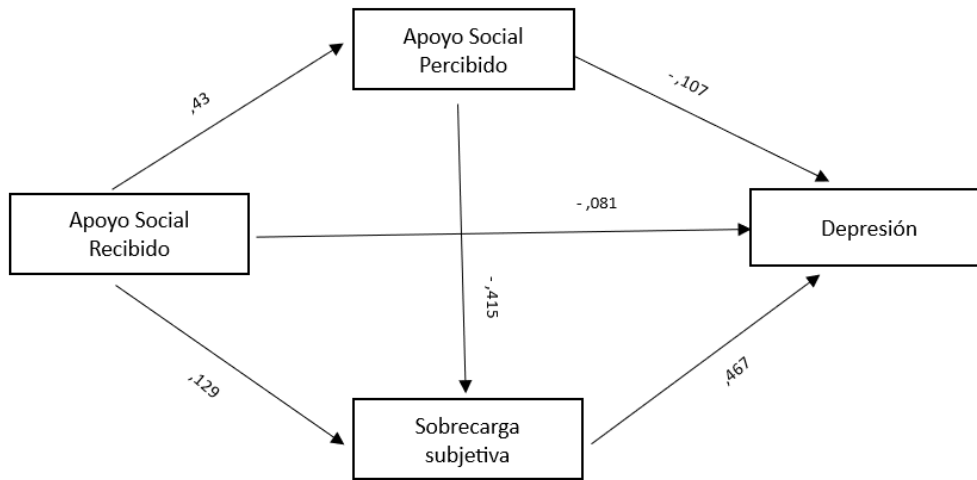
| Base de datos | Cadena de búsqueda   | Fecha de búsqueda | Número de resultados |
|---------------|--|-------------------|----------------------|
| PubMed        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Social support[mh] OR perceived support[tiab] OR received support[tiab]</li> <li>2. Caregiver Burden[mh] OR Burden[tiab] OR Tension[tiab] OR Role Overload[tiab]</li> <li>3. Anxiety[mh] OR Nervousness[tiab] OR Anxiet*[tiab]</li> <li>4. Depression[mh] OR depressed*[tiab]</li> <li>5. Caregiver[mh] OR Caregiv*[tiab] OR Care giv*[tiab] OR Carer*[tiab]</li> <li>6. #1 AND #2</li> <li>7. #1 AND #3</li> <li>8. #1 AND #4</li> <li>9. #2 AND #3</li> <li>10. #2 AND #4</li> <li>11. #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10</li> <li>12. #11 AND #5</li> <li>13. #12 AND meta-analysis[Filtro]</li> </ol> | 21/02/2024        | 112                  |
| CINAHL        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. MH Social support OR AB perceived support OR AB received support</li> <li>2. MH Caregiver Burden OR AB Burden OR AB Tension OR AB Role Overload</li> <li>3. MH Anxiety OR AB Nervousness OR AB Anxiet*</li> <li>4. MH Depression OR AB depressed*</li> <li>5. MH Caregiver OR AB Caregiv* OR AB Care giv* OR AB Carer*</li> <li>6. #S1 AND #S2</li> <li>7. #S1 AND #S3</li> <li>8. #S1 AND #S4</li> <li>9. #S2 AND #S3</li> <li>10. #S2 AND #S4</li> <li>11. #S6 OR #S7 OR #S8 OR #S9 OR #S10</li> <li>12. #S11 AND #S5</li> <li>13. #S12 AND meta-analysis [Filtro]</li> </ol>                    | 24/02/2024        | 54                   |

|          |   |            |    |
|----------|---|------------|----|
|          |   |            |    |
| Scopus   | <p>( INDEXTERMS ( caregiver ) OR TITLE-ABS-KEY ( caregiv* ) OR TITLE-ABS-KEY ( care AND giv* ) OR TITLE-ABS-KEY ( carer* ) ) AND ( ( ( INDEXTERMS ( "Social support" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "perceived support" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "received support" ) ) AND ( INDEXTERMS ( "Caregiver Burden" ) OR TITLE-ABS-KEY ( burden ) OR TITLE-ABS-KEY ( tension ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Role Overload" ) ) ) AND ( ( INDEXTERMS ( "Social support" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "perceived support" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "received support" ) ) AND ( INDEXTERMS ( anxiety ) OR TITLE-ABS-KEY ( nervousness ) OR TITLE-ABS-KEY ( anxiet* ) ) ) AND ( ( INDEXTERMS ( "Social support" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "perceived support" ) OR TITLE-ABS-KEY ( "received support" ) ) AND ( INDEXTERMS ( depression ) OR TITLE-ABS-KEY ( depressed* ) ) ) AND ( ( INDEXTERMS ( "Caregiver Burden" ) OR TITLE-ABS-KEY ( burden ) OR TITLE-ABS-KEY ( tension ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Role Overload" ) ) ) AND ( INDEXTERMS ( anxiety ) OR TITLE-ABS-KEY ( nervousness ) OR TITLE-ABS-KEY ( anxiet* ) ) ) ) AND ( ( INDEXTERMS ( "Caregiver Burden" ) OR TITLE-ABS-KEY ( burden ) OR TITLE-ABS-KEY ( tension ) OR TITLE-ABS-KEY ( "Role Overload" ) ) ) AND ( INDEXTERMS ( depression ) OR TITLE-ABS-KEY ( depressed* ) ) ) ) )</p> <p>+ Filtro de revision</p> | 29/02/2024 | 74 |
| PsycINFO | <p>1. SU(Social support) OR AB(perceived support) OR AB(received support)<br/>                 2. SU(Caregiver Burden) OR AB(Burden) OR AB(Tension) OR AB(Role Overload)</p>  | 24/02/2024 | 83 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | <ol style="list-style-type: none"><li>3. SU(Anxiety) OR AB(Nervousness) OR AB(Anxiet*)</li><li>4. SU(Depression) OR AB(depressed*)</li><li>5. SU(Caregiver) OR AB(Caregiv*) OR AB(Care giv*) OR AB(Carer*)</li><li>6. #S1 AND #S2</li><li>7. #S1 AND #S3</li><li>8. #S1 AND #S4</li><li>9. #S2 AND #S3</li><li>10. #S2 AND #S4</li><li>11. #S6 OR #S7 OR #S8 OR #S9 OR #S10</li><li>12. #S11 AND #S5</li><li>13. #S12 AND meta-analysis [Filtro]</li></ol> |  |  |
|--|--|--|--|

Anexo 4 Modelo de trayectorias para los síntomas depresivos con los efectos directos.

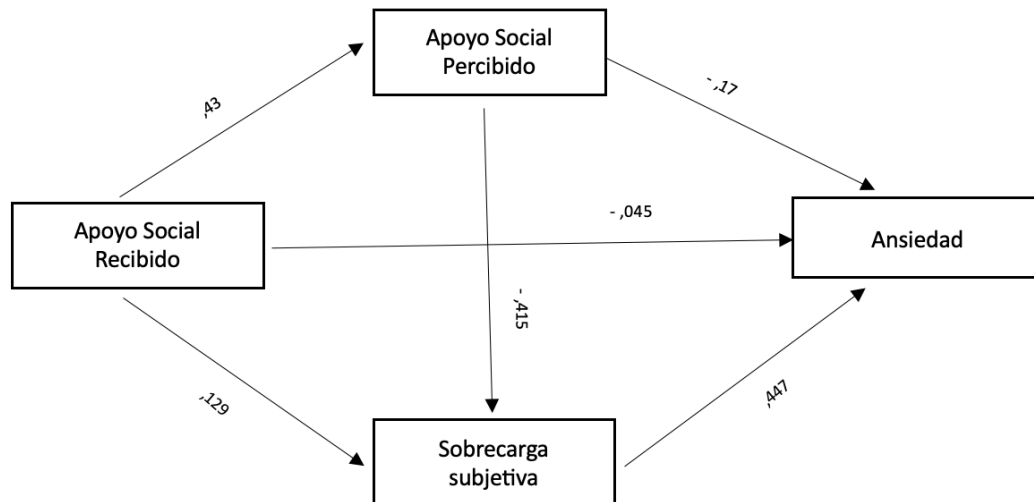
\* Correspondiente a la Figura 3 del manuscrito 3.



\* Todas las trayectorias son significativas con un valor de  $p < 0,001$

## Anexo 5 Modelo de trayectorias de ansiedad con los efectos directos.

\* Correspondiente a la Figura 4 del manuscrito 3.



\* Todas las trayectorias son significativas con un valor de  $p < 0,001$