



MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

TRABAJO FIN DE MÁSTER

CURSO 2020/2021

CONVOCATORIA DE ENERO



ORIENTACIÓN: ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL

TÍTULO: VARIABLES PSICOLÓGICAS AFECTADAS EN
CUIDADORES INFORMALES

AUTOR: ÁLVARO TORMO RODRÍGUEZ

TUTOR: JOSÉ LUIS CARBALLO CRESPO

ELCHE, A 11 DE ENERO DE 2021

Resumen

El objetivo de este TFM es realizar una investigación sobre qué factores psicológicos se ven alterados en los cuidadores principales de las personas que padecen una enfermedad. La afectación de variables psicológicas como la ansiedad, el sueño y la depresión se vuelven comunes durante la experiencia de cuidado de una persona. Además, se observa como se afectan también variables relacionadas con el consumo de psicofármacos tales como las benzodiazepinas y los opioides. Por otro lado, esta alteración provoca una sobrecarga de los sistemas sanitarios de los países con la repercusión económica que ello conlleva, además de afectar directamente en la calidad de vida de la persona que cuida y es cuidada. Esta investigación se ha realizado con una perspectiva internacional sobre población hispanohablante y trata de determinar que factores se ven afectados tras asumir el rol de cuidador, se espera que la investigación pueda aportar más luz a esta problemática, observando la relación entre el consumo de psicofármacos tales como las benzodiazepinas y los opioides y el cuidado de un familiar, ámbito poco estudiado en la actualidad.

Palabras clave: cuidadores, psicofármacos, ansiedad, depresión, consumo

Abstract

The aim of this TFM is researching on what psychological factors are altered in the primary caregivers of people with a disease. Psychological variables such as anxiety, sleep and depression are affected during a person's caregiving experience. In addition, variables related to the consumption of psychotropic drugs such as benzodiazepines and opioids are also affected. On the other hand, this alteration causes an overload of the different national health systems, with the economic repercussions that this entails. Besides this situation affects the quality of life of the person who cares and receives care. This research has been carried out with an international perspective on the Spanish-speaking population and tries to determine which factors are affected after assuming the role of caregiver. It is hoped that the research can shed more light on this problem, analysing relationships between the consume of psychotropic drugs such as benzodiazepines and opioids and caring a family member, an area without enough evidence at the present time.



Keywords: caregivers, informal, anxiety, depression, consume

Introducción

Comprender como afecta el cuidado de una persona con una enfermedad a los cuidadores informales de éstos ha sido objeto de estudio en multitud de ocasiones como apuntan los diferentes estudios tratando de analizar esta cuestión. Existe bastante consenso para afirmar que a nivel psicológico la sobrecarga del cuidador produce alteraciones en el estado de ánimo y sus variables psicológicas (Hernández Gómez et al., 2019; Sklenarova et al., 2015; Liu et al., 2017).

En esta misma línea Landfeldt et al. (2018) afirman en su revisión sistemática sobre el cuidado en la enfermedad de Duchenne que el cuidado es frecuentemente asociado a un peor estado de salud, peor calidad del sueño, disminución de las relaciones familiares, depresión, estrés y disfunción sexual. Esta misma asociación, se puede encontrar en otro tipo de enfermedades como las demencias (Liu et al., 2019), el cáncer (Sklenarova et al., 2015) y directamente sobre el cuidado de personas mayores tal y como apunta Hernández-Gómez et al. (2019).

La afectación de variables psicológicas como el estado de ánimo también se observa en cuidadores de enfermedades como el cáncer. Adashek y Subbiah (2020) observaron cómo los cuidadores obtenían puntuaciones similares en el Karnofsky Performance Status en cuanto a puntuaciones relacionadas con síntomas de depresión y bienestar general que las personas que reciben el cuidado.

En general, el cuidado de una persona con una enfermedad supone un impacto en las personas que ejercen dicho cuidado que afecta a multitud de niveles. Según Barbosa, Voss, y Matos (2020) las personas que ejercen el cuidado presentan más síntomas depresivos y una calidad de vida inferior en comparación a la población que no ejercen este cuidado.

En esta misma línea, Henry, Lageman y Perrin (2020) hablan de la afectación en la calidad de vida en los cuidadores, siendo esta predictora de estrés postraumático, estableciendo que a menor calidad de vida más probabilidad de padecer este trastorno.

Por otro lado, atendiendo a variables sociodemográficas, Treichel et al. (2020) encontraron diferencias estadísticamente significativas según el género en la manifestación del “quemado” del cuidador en cuidadores de personas con trastorno mental diagnosticado. En ambos géneros, se encontró un mayor uso de drogas psicotrópicas, menor apoyo familiar y un mayor uso de los servicios de salud. Además, se encontraron más síntomas de “quemado” en aquellas mujeres que tenían un peor

estado de salud, no podían compartir las tareas del cuidado con otra persona y han estado cuidando durante más de 10 años.

Además, se observan que características como el nivel educativo, la función cognitiva y la salud física se correlacionan con un peor ajuste a la experiencia de cuidado de la persona (Barbosa et al., 2019).

Sin embargo, Smith-Osborne y Felderhoff (2016) muestran la influencia de factores protectores para las personas que ejercen el rol de cuidador, siendo estos, el estatus percibido por parte de la persona que cuidan, que la persona que recibe el cuidado pertenezca al núcleo familiar y la planificación del cuidado, así como la finalización de este.

En este sentido, se puede observar claramente que determinadas variables psicológicas como el estado de ánimo, la calidad de vida, el bienestar percibido y otras variables de carácter sociodemográfico como el nivel económico o educativo influyen a la hora de padecer trastornos psicológicos durante la experiencia del cuidado o tras la asunción de este determinado rol.

Bajo esta tesitura, se puede incluir otra variable psicológica como es el consumo de psicofármacos. Camargos, Souza, Nascimento, Morais-e-Silva, Quintas, Louzada y Mederios-Souza (2012) plantearon en su investigación, sobre la relación que había entre el consumo de este tipo de fármacos con la sobrecarga del cuidador, que los cuidadores de pacientes con demencia consumían más benzodiazepinas que los cuidadores de pacientes sin demencia.

En España, en los últimos años se ha observado un incremento en el uso de psicofármacos en la población general (Plan Nacional Sobre Drogas, 2017). Sin embargo, es un tema poco estudiado, existiendo una carencia en relación a qué variables son las que influyen en el proceso de adicción a las benzodiazepinas. Además, en esta misma línea, se pueden incluir los fármacos opioides, pues según informa el Plan Nacional Sobre Drogas (2018) estos fármacos se encuentran el tercer puesto de drogas causantes de ingresos hospitalarios que requieren tratamiento.

El abuso de psicofármacos es un hecho contrastado a nivel mundial (Merikangas y McClair, 2012), y en relación con él, hay que destacar el incremento en el abuso de fármacos ansiolíticos o sedantes como las benzodiazepinas. La adicción a benzodiazepinas es un problema clínico muy relevante, aunque poco estudiado (Schmitz, 2016).

Por lo tanto, es importante examinar los factores que influyen en la relación entre el uso de estos fármacos su adicción, además de las variables que puedan influir en la dependencia a estos, pues en su estudio, Ishino, Gilreath, Salmeron, y Williams (2020) hablan de los factores biospsicosociales como determinantes en el mal uso de los opioides.

Se vuelve necesario, encontrar que variables en los cuidadores informales son las que pueden predecir una afectación psicológica, así como averiguar que variables psicológicas están afectadas, entre ellas las relacionadas con el consumo de psicofármacos. Siguiendo esta idea, Martin-García et al. (2016) encontraron en su investigación la relación entre el consumo de ansiolíticos en cuidadores respecto al grupo control.

En cuanto al aspecto económico, se observa un aumento progresivo en el consumo de ansiolíticos que acaba generando un gasto público para las arcas del estado de unos 745 millones de euros anuales (Prieto, 2009). En este sentido, según Moreno y Moriana (2012) el 43,7% de las consultas están relacionadas con este tipo de problemas, lo que inevitablemente puede acabar en una receta de benzodiazepinas.

Además, los cuidadores informales suponen también un gasto para el sistema sanitario español, pues, según Moreno y Guerrero (2009) los costes asociados al cuidado informal suponen entre un 29,46% y un 61,92% del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud Español según el escenario planteado.

Por lo tanto, teniendo en cuenta todo lo expuesto, se vuelve necesario plantear qué variables psicológicas se ven afectadas en las personas que ejercen un rol de cuidador, así como analizar en profundidad qué variables pueden tener relación con la dependencia a benzodiazepinas y opioides. El objetivo de esta investigación es determinar las variables psicológicas se ven afectadas en cuidadores informales, así como su posible relación con el consumo de psicofármacos ansiolíticos u opioides.

Objetivos generales

- Determinar qué variables de salud física y psicológica se ven afectadas en cuidadores informales
- Evaluar el consumo y abuso de psicofármacos en las personas que ejercen el rol de cuidador.

Método

Participantes

Se ha seleccionado una muestra de 102 personas a través de un cuestionario online. Se trata de personas que pertenecen a población hispanohablante de los siguientes países: España, México, Paraguay, Venezuela, Perú, USA y Argentina, cuya distribución se puede encontrar en la Tabla 1. Estos sujetos deberán cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Tener una edad mínima de 18 años,
- 2) Ser capaces de cumplimentar los cuestionarios
- 3) Estar cuidando actualmente a alguien o haberlo hecho como máximo 12 meses antes de la realización de los cuestionarios.
- 4) Firmar un consentimiento informado para participar en el estudio.

Variables e instrumentos

- *Variables sociodemográficas:* ítems elaborados para medir edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel educativo y económico.
- *Variables relacionadas con el consumo de psicofármacos*
 - *Historia de consumo de opioides y benzodiazepinas.* Se trata de una serie de preguntas elaboradas para conocer si el fármaco se consume por iniciativa propia o viene a raíz de una prescripción con seguimiento periódico. Además, se trata de conocer cuanto tiempo lleva tomando esta sustancia y si está asociado a una enfermedad
 - *Tipo de medicación opioide o benzodiazepina que consume.* Estas preguntas tienen el objetivo de evaluar qué fármaco está tomando actualmente, así como su posología y vía de administración.
- *Variables relacionadas con la salud*
 - *El cuestionario EQ-5D-5L de salud para evaluar la calidad de vida* validado para España El EQ-5D, desarrollado por el Grupo EuroQol (www.euroqol.org), es un instrumento genérico y estandarizado elaborado para describir y valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Genérico, porque no hace referencia a ninguna enfermedad específica. El instrumento EQ-5D consta de 2 partes – el sistema descriptivo EQ-5D y la Escala Visual Analógica (EVA). El sistema descriptivo EQ-5D comprende 5 dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor / malestar y ansiedad / depresión). Para el índice de calidad de vida subjetiva se ha tomado la media poblacional española como referencia, siendo 77,8 el corte para hombres y 70,8 para mujeres (ENSE, 2017). Respecto a sus propiedades psicométricas la fiabilidad test-retest oscila entre 0,86 y 0,90 (Van Agt, Es Sink-Bot, Krabbe et al., 1994).

- *Variables psicológicas*
 - *Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.* Esta escala se compone de nueve reactivos con opción de respuesta de “Sí” y “No” y pregunta si la persona ha mostrado cada uno de los nueve síntomas durante las últimas dos semanas. En este sentido, existe una primera criba en la que se preguntan 4 ítems de cada una de las dos subescalas y en caso de mostrar dos ítems positivos para la ansiedad y 1 para la depresión se continúa con los siguientes, aumentando su brevedad. La EADG ha mostrado un α de Cronbach=0.83 para una muestra española de pacientes de Atención primaria (Franco, Echeverría, Campos et al., 1993)
 - La escala *Severity Dependence Scale* es un cuestionario elaborado para evaluar la severidad de la dependencia a una sustancia que pueda tener una persona que consume. Esta escala fue desarrollada por el grupo de Gossop (1995 y 1997) y su objetivo es medir los componentes psicológicos para la dependencia. Se compone de 5 ítems que sitúan a la persona en un grado de terminado de dependencia. La escala mide de 0 a 15 puntos indicando más dependencia a mayor puntuación. Según la sustancia evaluada, la escala muestra un punto de corte u otro. En nuestro caso para las benzodicepinas el punto de corte será de 7 (de las Cuevas et al., 2000) y para los opiáceos de 5 (Castillo et al., 2010) La fiabilidad de la escala para una muestra de población española mostró α de Cronbach= 0,81 (Iraurgi et al., 2008)
- *Variables relacionadas con el cuidado*
 - *Rol de cuidador.* Preguntas elaboradas Ad hoc. Mediante este tipo de preguntas se trata de conocer si la persona ejerce este rol debido a que es su profesión, recibe ayuda en el cuidado o ha dejado de cuidar y la causa de esto.
 - *Información sobre el cuidador.* Se trata de conocer el parentesco, cuantas horas y días dedica al cuidado, las variables sociodemográficas de la persona que recibe el cuidado, la distancia que recorre para ejercer este rol, el manejo de la medicación y el número de personas que cuida.
 - *Información sobre la persona que recibe el cuidado.* Preguntas elaboradas Ad hoc. El tipo de enfermedad que padece, la duración que lleva recibiendo estos cuidados, el tipo de atención sanitaria que recibe y la clase de actividades en las que necesita ayuda (básicas, relacionadas con la higiene o instrumentales).

Procedimiento

La recogida de datos se realizó de forma individual. Para contactar con los sujetos se decidió utilizar la plataforma Google Forms para elaborar los cuestionarios en

formato *online*, con el objetivo de poder darles difusión sin la necesidad de establecer reuniones para tal fin. Una vez elaborados, se decidió pasar el comité de ética de la Universidad Miguel Hernández, una vez recibida la aprobación del comité, se decidió dar difusión al cuestionario a través de redes sociales.

Para la estrategia en redes sociales se contactaron con líderes de influencia de la plataforma Instagram, quienes compartieron el cuestionario tras conocer la finalidad de este, así como con diversas asociaciones españolas relacionadas con el cuidado de personas con alguna condición de salud afectada. Se utilizó una estrategia telefónica de contacto con las asociaciones de familiares que estuvieran relacionadas con el motivo principal de esta investigación para que difundieran el cuestionario a sus socios.

Tipo de diseño

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal.

Análisis de datos

Los datos obtenidos serán codificados y analizados usando el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.0 for Windows. Los análisis descriptivos de medias y frecuencias han sido realizados para detectar y excluir aquellos casos que no superen los criterios de inclusión como se ha especificado en el perfil sociodemográfico de los participantes, así como para describir la muestra y los datos relativos a los cuestionarios. Además, estos análisis han servido para obtener las puntuaciones de los autoinformes y realizar la interpretación de estos con el objetivo de justificar la propuesta de intervención planteada.

Tras los análisis descriptivos de medias y frecuencias se han realizado las pruebas de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk y una vez obtenidos se ha procedido a realizar la U de Mann Whitney para observar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de comparación. Además, se ha realizado la prueba de Chi Cuadrado de Pearson para observar si existen diferencias estadísticamente significativas en variables no continuas entre los grupos.

Resultados

Variables sociodemográficas y relativas al cuidado de las personas

Una vez realizado el análisis de frecuencias sobre la muestra se encontraron los resultados recogidos en la Tabla 1. En cuanto a la edad de los cuidadores informales se encontró que el 38,2% (n= 39) se encontraba en la franja de edad de los 18 a los 35

años, el 46,1% (n=47) tenía de 36 a 60 años y el 14,7% (n=15) más de 60, siendo el máximo de edad en 84.

La media de edad de la muestra fue de 38,15 años (DT= 14,50), mientras que el promedio de edad para las personas que recibían el cuidado fue de 67,02 (DT= 23,09). Estos resultados se pueden encontrar en la Tabla 2.

Por otro lado, como se puede comprobar en la Tabla 1, del total de la muestra el 21,6% (n=22) eran hombres y el 78,4 (n=80) mujeres. De estos el nivel académico es uniforme, pues el 5,9% (n=6) tiene estudios primarios, el 14,7% (n=15) ha alcanzado la secundaria, el 7,8% (n=8) posee un grado medio, el 6,9% (n=7) un grado superior, el 11,8% (n=12) bachillerato, el 36,3% (n=37) estudios universitarios y el 16,7% (n=17) estudios de postgrado.

En cuanto a las condiciones de salud de las personas que recibían el cuidado un 4% (n=4) presentó problemas respiratorios, el 12,8% (n=12) oncológicos, otro 4% (n=4) nefrológicos, un 2,9% (n=3) endocrinos, el 6,9% (n=7) cardiovascular, el 5,9% (n=6) cardiovasculares, el dolor crónico estuvo presente en un 6,9% (n=7) y, por último, siendo ésta la condición de salud más numerosa, los problemas neurológicos con 41,5% (n=41).

Del total de la muestra 73 personas (n= 71,6%) cuidaban a una persona y 19 a más de una persona (n=18,6%). Además, solo el 5% de la muestra (n=4,9%) realizaba cuidados a corto plazo mientras que el 95,1% (n= 95) los realizaba de larga duración. Cabe resaltar que de las personas que recibían el cuidado, el 68,6%(n=70) son hombres, mientras que el 24,5%(n=25) son mujeres.

Además, en cuanto al consumo de psicofármacos, el 13,7% (n=14) consumen benzodiazepinas, mientras que el 14,7% (n=15) hacían lo propio con los opioides.

Tabla 1.

Frecuencias relativas a variables sociodemográficas y sobre el cuidado

Variables	n (%)
Edad	
De 18 a 35 años	39 (38,2%)
De 36 a 60 años	47 (46,1%)
De 60 a 84 años	15 (14,7%)
Sexo	
Hombre	22 (21,6%)
Mujer	80 (78,4%)
Nivel académico	
Primaria	6 (5,9%)
Secundaria	15 (14,7%)

Grado medio	8 (7,8%)
Grado superior	7 (6,9%)
Bachillerato	12 (11,8%)
Universitario	37 (36,3%)
Postgrado	17 (16,7%)
Nacionalidad	
Argentina	14 (13,7%)
Brasil	1 (1,0%)
Chile	1 (1,0%)
España	75 (73,5%)
Guatemala	1 (1,0%)
México	3 (3,0%)
Paraguay	3 (2,9%)
Perú	1 (1,0%)
Salvador	1 (1,0%)
USA	1 (1,0%)
Venezuela	1 (1,0%)
Condición de salud de la persona cuidada	
Respiratoria	4 (4,0%)
Oncológica	12 (12,8%)
Neurológica	41 (41,5%)
Nefrológica	4 (4,0%)
Endocrina	3 (2,9%)
Cardiovascular	7 (6,9%)
Lesión física	6 (5,9%)
Dolor crónico	7 (6,9%)
Otra	7 (6,9%)
Nº de personas cuidadas	
Una persona	73 (71,6%)
Más de una persona	19 (18,6%)
Duración del cuidado	
Corto plazo	5 (4,9%)
Medio-largo plazo	95 (95,1%)
Consumo de benzodiacepinas	
Sí	14 (13,7%)
No	84 (82,4%)
Consumo de opioides	
Sí	15 (14,7%)
No	85 (83,3%)
Género de las personas que reciben el cuidado	
Hombre	70 (68,6%)
Mujer	25 (24,5%)

Variables psicológicas relativas a los cuidadores

Como se observa en la Tabla 2, se encontró que la ansiedad estaba presente en los cuidadores con una media de 3,22 (DT= 1,24), mientras que la depresión muestra una puntuación de 2,13 (DT = 1,55). En ambos casos se superan los puntos de corte establecidos para realizar una evaluación más exhaustiva, además en depresión al superar los 2 puntos, se considera que ya existe depresión clínica. En el caso de la ansiedad, el punto de corte está establecido en 4 para establecer patología clínica.

Por otro lado, los cuidadores que consumían psicofármacos obtuvieron una puntuación de 4,25 (DT= 3,51) de media en lo respectivo a la dependencia asociada al consumo de opioides y benzodiazepinas, indicando cierto grado de dependencia a los psicofármacos. Dado que para opioides el punto de corte es 5 y para benzodiazepinas 7, no se encuentra evidencia de diagnóstico de dependencia.

Por último, los cuidadores informan una valoración subjetiva de su calidad de vida de 73,03 puntos de media (DT= 22,35). Al comparar esta puntuación con la media poblacional, se encuentra que para los hombres está por debajo de la media nacional y para las mujeres se encuentra dentro de los rangos de normalidad.

Tabla 2.
Estadísticos descriptivos de variables sociodemográficas y psicológicas

Edad	38,15 (14,50)
Edad de las personas que reciben el cuidado	67,02 (23,1)
Ansiedad total	3,22 (1,24)
Depresión total	2,13 (1,55)
Dependencia a psicofármacos	4,25 (3,51)
Calidad de vida percibida	73, 03 (22,35)

Diferencia en las variables psicológicas y relativas al cuidado entre grupos de consumidores

Se realizó la prueba U de Mann Whitney para observar si existía relación entre las variables estudiadas debido a que no se cumplieron los supuestos de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Whilk.

Los resultados obtenidos mediante esta prueba se observan en la Tabla 3 y en la Tabla 4. Cabe destacar que las puntuaciones medias en ansiedad, depresión son superiores para los consumidores frente a los que no. En este sentido, tanto la ansiedad y la depresión estarían sujetas a una evaluación mayor por parte de profesionales para establecer un diagnóstico clínico, y en el caso de la depresión, dado que está por encima de dos puntos, indicaría que existe depresión.

Por otro lado, los datos relativos a la calidad de vida percibida también se encuentran por debajo en los consumidores frente a los que no, indicando deterioro en la calidad de vida. Además, estos resultados se encuentran por debajo de la media poblacional establecida por la ENSE (2017).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de ansiedad con el consumo de benzodiazepinas y el consumo de opioides respectivamente. Por otro lado, tampoco existían diferencias estadísticamente significativas entre medias con el cuidado a corto plazo o a largo plazo o cuidar a una persona o a más de una.

En cuanto a las comparaciones realizadas entre medias respecto a la depresión percibida y el consumo de psicofármacos se observó que no existían diferencias estadísticamente significativas con el consumo de benzodiazepinas, pero sí con el consumo de opioides a favor del grupo de consumidores, dado que el rango promedio es superior de los que no consumen ($p < 0,05$).

Por otro lado, no se observó diferencias estadísticamente significativas para el cuidado a corto o largo plazo o cuidar a una persona o más con respecto a la depresión percibida.

Al analizar la percepción de calidad de vida subjetiva de los cuidadores se observó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre las medias con respecto al consumo de psicofármacos para benzodiazepinas y opioides. Además, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la duración del cuidado o el número de personas cuidadas.

Sin embargo, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas para el consumo de opioides y el número de personas cuidadas.

Se realizó la distribución chi cuadrado de Pearson para comprobar si existían relaciones entre los grupos de consumidores de fármacos y no consumidores en función de la duración del cuidado o de si cuidaban a una persona o más. Además, se comprobó las relaciones entre el consumo de psicofármacos y el número de personas cuidadas y la duración del cuidado.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas dentro de los grupos de consumidores de opioides respecto al número de personas cuidadas, ni tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de consumidores de opioides respecto a la duración del cuidado.

Por otro lado, en cuanto al consumo de benzodiazepinas, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos estadísticamente significativas para el número de personas cuidadas y la duración del cuidado.



Tabla 3.*Diferencia de medias y frecuencias en variables psicológicas entre consumidores de benzodiazepinas*

	CB (n=15)	CBN (n=85)	Z y χ^2 (p)
Ansiedad M (DT)	3,66 (0,62)	3,15 (1,30)	Z= -1,22 (0,217)
Depresión M (DT)	2,73 (1,58)	2,03 (1,55)	Z= -3,13 (0,109)
Percepción de calidad de vida subjetiva M (DT)	67,67 (25,34)	74,36 (21,62)	Z= -1,95 (0,258)
Cuidar de una persona % (n)	12 (80%)	59 (69,41%)	$\chi^2 = 0,013$ (0,908)
Cuidar a una persona o más % (n)	3 (20%)	16 (18,82%)	
Cuidado a corto plazo % (n)	0 (0%)	4 (4,70%)	$\chi^2 = 0,833$ (0,362)
Cuidado a medio-largo plazo % (n)	12 (80%)	57 (67,05%)	

Nota. El estadístico Z se utilizó para variables continuas y χ^2 para variables no continuas

Consumidores de benzodiazepinas se ha abreviado como CB y no consumidores de benzodiazepinas se ha abreviado como CBN.

Tabla 4.*Diferencia de medias y frecuencias en variables psicológicas entre consumidores de opioides*

	CO (n =14)	CNO (n=86)	Z y χ^2 (p)
Ansiedad M (DT)	3,64 (0,63)	3,15 (1,29)	Z= -1,227 (0,220)
Depresión M (DT)	2,64, (1,59)	2,05 (1,54)	Z=-3.130 (0,002)
Severidad de la dependencia M (DT)	4,35 (3,62)	3,50 (3,53)	Z=0.000 (0,999)
Percepción de calidad de vida subjetiva M (DT)	66,07 (25,50)	75,15 (21,75)	Z=-1.95 (0,051)
Cuidar de una persona % (n)	11 (78,57%)	59 (68,60%)	$\chi^2 = 0,010$ (0,922)
Cuidar a una persona o más % (n)	3 (21,42%)	15 (17,44%)	
Cuidado a corto plazo % (n)	0 (0%)	2 (2,32%)	$\chi^2 = 0,371$ (0,542)
Cuidado a medio-largo plazo % (n)	11 (78,57%)	59 (68,60%)	

Nota. El estadístico Z se utilizó para variables continuas y χ^2 para variables no continuas.

Consumidores de opioides se ha abreviado como CO y no consumidores de opioides como CON.

Discusión

El objetivo de este trabajo consistía en poner de manifiesto como determinadas variables psicológicas se ven afectadas a la hora de ejercer el rol de cuidador, así como evaluar el posible consumo y abuso de psicofármacos en cuidadores. Estos hechos se observan en como las puntuaciones medias en las variables psicológicas superan el punto de corte de los cuestionarios utilizados, en algunos casos indicando alguna problemática y en otros realizar una evaluación más exhaustiva.

Se observa como la puntuación media para la ansiedad indica que puede existir patología ansiosa subyacente en los cuidadores informales. En cuanto a la depresión se observa como la puntuación media de la muestra excede el punto de corte del cuestionario, siendo necesario evaluar exhaustivamente para descartar patología clínica.

Tal y como apuntan Xu et al. (2020), los cuidadores de pacientes con demencia presentan correlación con síntomas de ansiedad y depresión, especialmente cuando los síntomas neurológicos son predominantes. Por otro lado, Monteiro et al. (2018) hablan la misma asociación en cuidadores, destacando el énfasis en fomentar estrategias basadas en la compasión para disminuir los síntomas.

En cuanto a la calidad de vida, la puntuación media subjetiva percibida por los cuidadores informales indica que esta área también se ve afectada. En esta misma línea encontramos el Corallo et al. (2017) quienes afirman que la calidad de vida se ve afectada en los cuidadores que sufren burnout. Además, resaltan que esta percepción de menor de calidad de vida es identificada también por las personas que son cuidadas.

En este mismo sentido, Sittironnarit et al. (2020) encontró en sus estudios que más del 40% de los cuidadores entrevistados, afirmaban tener burnout y presentaban un deterioro en su calidad de vida, siendo totalmente conscientes de la problemática expuesta.

Por otro lado, en cuanto al hecho de consumir benzodiazepinas u opioides, se observa como las puntuaciones en ansiedad y depresión para los grupos de consumidores de psicofármacos son más elevadas que los que no consumen. También, existe una menor puntuación media en calidad de vida percibida tanto para los consumidores de benzodiazepinas como de opioides. Por último, la puntuación media obtenida en cuidadores informales en cuanto a la severidad de la dependencia plantea que los psicofármacos generan dependencia a los cuidadores.

Cabe destacar que no se encuentra significación estadística entre ansiedad, depresión, calidad de vida y severidad de la dependencia, y el hecho de consumir o no psicofármacos salvo para el caso de los opioides y la depresión.

En este sentido, se puede encontrar literatura científica que respalda esta idea. Shokri et al. (2020) hablan en su investigación sobre la presencia de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en cuidadores informales, en ella, hablan sobre cómo estos son tratados con psicofármacos, haciendo hincapié en la necesidad de establecer otro tipo de intervenciones.

Apoyando esta idea, Franca et al (2020) plantean en su investigación cómo los cuidadores informales presentan sintomatología ansiosa y depresiva, haciendo hincapié en las pocas intervenciones planteadas para las personas que sufren de quemado. Además, Dourado et al. (2020) encontraron en sus investigaciones como el 63,3% de los cuidadores entrevistados realizaban uso de los ansiolíticos y antidepresivos para paliar el estrés.

El hecho de no encontrar significación estadística puede deberse a que se trata de una investigación incipiente y los tamaños muestrales de consumidores y no consumidores todavía son pequeños, provocando que no aparezcan relaciones entre las variables estudiadas.

Como hemos comentado antes, no ocurre así para el consumo de opioides y los síntomas de depresión, ya que se encuentra significación estadística, indicando que los cuidadores informales que presentan síntomas depresivos pueden ser susceptibles de consumir opioides.

Feingold et al (2018) hablan de la asociación entre opioides y personas con depresión, mientras que como hemos presentado anteriormente, Xu et al. (2020) hablan de la presencia de depresión en cuidadores informales.

Por último, el hecho de que no se encuentre relación estadísticamente significativa entre el hecho de cuidar a una persona o más o la duración del cuidado hace indicar que el hecho de consumir o no psicofármacos no se ve afectado por estos condicionantes. Sin embargo, puede deberse al tamaño muestral.

En este sentido, la principal limitación de este estudio es que los resultados no pueden extrapolarse a nivel general, pues el tamaño muestral es limitado y los resultados deben de ser sometidos a futuros análisis en los que se replique la investigación con un tamaño de la muestra adecuado para poder arrojar luz a este problema haciendo comparaciones entre grupos de consumidores y no consumidores.

Observando estas limitaciones, se plantean futuras líneas de investigación tales y como, plantear como afectan distintas variables asociadas al cuidador como la utilización de cuidadores de apoyo o no, los recursos económicos disponibles o el uso de un sistema privado o público de salud a las variables psicológicas estudiadas. Además, se pueden incluir variables psicológicas tales como la calidad del sueño en futuras investigaciones que sigan aportando respuestas.

En conclusión, se vuelve necesario realizar más investigaciones siguiendo esta línea que puedan arrojar más luz a la problemática, ya que la literatura científica en relación al consumo de psicofármacos que tienen variables psicológicas alteradas y consumo de psicofármacos es escasa.

Parece existir una relación entre el hecho de padecer depresión ejerciendo el rol de cuidador y que esto te lleve a consumir psicofármacos, sin embargo, este resultado deberá de ser comprobado en futuras investigaciones. En este sentido, aumentar el tamaño muestral de la presente investigación se vuelve necesario para poder establecer comparaciones adecuadas.



Referencias

- Adashek, J. J., y Subbiah, I. M. (2020). Caring for the caregiver: a systematic review characterising the experience of caregivers of older adults with advanced cancers. *ESMO Open*, 5(5), e000862. doi:10.1136/esmoopen-2020-000862
- Camargos, E. F., Souza, A. B., Nascimento, A. S., Morais-e-Silva, A. C., Quintas, J. L., Louzada, L. L., y Medeiros-Souza, P. (2012). Use of psychotropic medications by caregivers of elderly patients with dementia: is this a sign of caregiver burden? *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 70(3), 169-174.
- Castillo, I. I., Saiz, F. G., Rojas, Ó. L., Landabaso Vázquez, M. Á., y Jiménez Lerma, J. M. (2010). Estimación de un punto de corte para la Escala de Severidad de la Dependencia (SDS) para la adicción a opiáceos mediante análisis ROC. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 38(5), 270-277
- Corallo, F., De Cola, M. C., Lo Buono, V., Di Lorenzo, G., Bramanti, P., y Marino, S. (2017). Observational study of quality of life of Parkinson's patients and their caregivers. *Psychogeriatrics*, 17(2), 97-102
- Cuevas, C. D. L., Sanz, E. J., Fuente, J. A. D. L., Padilla, J., y Berenguer, J. C. (2000). The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study. *Addiction*, 95(2), 245-250.
- Dourado, D. M., Rolim, J. A., Machado, N., de Souza Ahnerth, N. M. G., y Batista, E. C. (2020). Anxiety and Depression in the Caregiver of the Family Member with *Mental Disorder*. *Anxiety*, 3(1).
- Encuesta Nacional de Salud España. (2017). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Feingold, D., Brill, S., Goor-Aryeh, I., Delayahu, Y., y Lev-Ran, S. (2018). The association between severity of depression and prescription opioid misuse among chronic pain patients with and without anxiety: a cross-sectional study. *Journal of affective disorders*, 235, 293-302.
- França, A. B., Gordon, A. L., Samra, R., Rodolpho Duarte, E. S., y Jacinto, A. F. (2020). Symptoms of mood disorders in family carers of older people with dementia who experience caregiver burden: a network approach. *Age and Ageing*.
- Franco, C. M., Echeverría, M. P., Campos, R., Campayo, J. G., y Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz

para la detección del malestar psíquico. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 12(6), 345-349.

Gossop, M., Best, D., Marsden, J. y Strang, J., (1997): Test-retest reliability of the Severity of Dependence Scale. *Addiction*, 92, 353-354.

Guía rápida de farmacia hospitalaria. Editores Médicos, 2014.

Health impact of providing informal care in Portugal. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-9.

Henry, R. S., Lageman, S. K., y Perrin, P. B. (2020). The relationship between Parkinson's disease symptoms and caregiver quality of life. *Rehabilitation Psychology*, 65(2), 137-144. doi:

<http://dx.doi.org/publicaciones.umh.es:8080/10.1037/rep0000313>.

Hernández Gómez, M. A., Fernández Domínguez, M. J., Blanco Ramos, M. A., Alves Pérez, M. T., Fernández Domínguez, M. J., Souto Ramos, A. I., González Iglesias, M. P., y Clavería Fontán, A. (2019). Depresión y sobrecarga en el cuidado de personas mayores [Depression and burden in the caretaking of elderly]. *Revista española de salud pública*, 93, e201908038.

Iraurgi, I., Lozano, O., González-Saiz, F., y Trujols, J. (2008). Valoración psicométrica de la Escala de Severidad de la Dependencia a partir de dos modelos de análisis: la Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al Ítem. *Boletín de Psicología*, 93, 41-57.

Ishino, F. A. M., Gilreath, T., Salmeron, B., y Williams, F. (2020). Biopsychosocial factors associated with opioid misuse in a 2017-2018 *United States national survey: A comprehensive multivariate model*.

Landfeldt, E., Edström, J., Buccella, F., Kirschner, J., y Lochmüller, H. (2018). Duchenne muscular dystrophy and caregiver burden: a systematic review. *Developmental medicine and child neurology*, 60(10), 987–996. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13934>

Liu, S., Li, C., Shi, Z., Wang, X., Zhou, Y., Liu, S., Liu, J., Yu, T., y Ji, Y. (2017). Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *Journal of clinical nursing*, 26(9-10), 1291–1300. <https://doi.org/10.1111/jocn.13601>

Martín-García, R., Martín-Avila, G., De la Rubia-Marcos, M., Maroto-Rodríguez, R., Ortega-Angulo, C., Rodríguez, M. T. C., ... y Veiga, A. B. G. (2016). Consumption of drugs and nonpharmacological therapies in caregivers of

patients with Alzheimer's Disease: a case-control study in Madrid. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 6(1), 68-77.

- Merikangas, K. R., y McClair, V. L. (2012). Epidemiology of substance use disorders. *Human genetics*, 131(6), 779-789.
- Monteiro, A. M. F., Santos, R. L., Kimura, N., Baptista, M. A. T., y Dourado, M. C. N. (2018). Coping strategies among caregivers of people with Alzheimer disease: a systematic review. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 40(3), 258-268.
- Moreno, E., y Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en Atención Primaria. *Salud Mental*, 35 (4), 315-328.
- Moreno, J. O., y Guerrero, R. O. (2009). Los costes de los cuidados informales en España. *Presup. Gasto Público*, 56, 163-81.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2017). Informe 2017 del Observatorio Español sobre drogas. Madrid: *Delegación Nacional del Plan Nacional sobre Drogas*.
- Prieto, V. (2009). El consumo abusivo de psicofármacos en España. Madrid, España. *Infocop*. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2194
- Schmitz, A. (2016). Benzodiazepine use, misuse, and abuse: a review. *Mental Health Clinician*, 6(3), 120-126.
- Shokri, M., Tarjoman, A., Borji, M., y Solaimanizadeh, L. (2020). Investigating psychological problems in caregiver of pediatrics with cancer: A systematic review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 33 (4), 229-338.
- Sittironnarit, G., Emprasertsuk, W., y Wannasewok, K. (2020). Quality of life and subjective burden of primary dementia caregivers in Bangkok, Thailand. *Asian Journal of Psychiatry*, 48, 101913.
- Sklenarova, H., Krümpelmann, A., Haun, M. W., Friederich, H. C., Huber, J., Thomas, M., Winkler, E. C., Herzog, W., y Hartmann, M. (2015). When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors. *Cancer*, 121(9), 1513–1519. <https://doi.org/10.1002/cncr.29223>
- Smith-Osborne, A., y Felderhoff, B. (2016). Formal and family caregiver protective factors in systems of care: A systematic review with implications toward a resilience model for aging veterans. *Traumatology: An International*

Journal, 22(1),29-39.

doi:<http://dx.doi.org/publicaciones.umh.es:8080/10.1037/trm0000056>

- Treichel, C. A. D. S., Jardim, V. M. D. R., Kantorski, L. P., y Alves, P. F. (2020). Gender differences in the manifestation of burden among family caregivers of people with mental disorders. *International journal of mental health nursing*, 29(6), 1120-1130.
- VanAgt, H. M., Es sink-Bot, M.L., Krabbe, P.F., y Bonsel, G.J. (1994). Test-retest reliability of health state valuations collected with the EuroQol questionnaire. *Social science and medicine*, 39(11), 1537-1544.
- Xu, S., Zhang, H., y Wang, J. (2020). Caregiver Burden and Depression Among Chinese Family Caregivers: The Role of Self-compassion. *MINDFULNESS*, 11, 1647–1654

