



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**Sentido de Coherencia y
consecuencias del
cuidado informal: una
revisión sistemática.**

Alumno: Aida Espinosa Medina

Tutor: Prof. D. Rafael del Pino Casado

Dpto: Enfermería

Abril, 2014



UNIVERSIDAD DE JAÉN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Sentido de Coherencia y consecuencias del cuidado informal: una revisión sistemática.

Aida Espinosa Medina

Rafael Del Pino Casado

Abril, 2014

AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar, quiero agradecer al profesor Rafael Del Pino, por su espléndida labor como tutor de este Trabajo Fin de Grado. Además, por transmitirme los conocimientos necesarios, no solo para llevar a cabo esta revisión, sino también como base para mi futuro profesional.

Por otro lado, agradecer también a mi familia y a Francis, que tanto me han apoyado en la realización de este trabajo, y a lo largo de toda mi trayectoria como estudiante. Por su infinita paciencia, sus miles de lecturas y sus siempre acertados consejos.

A todos ellos, mi más sincero agradecimiento. Gran parte de este trabajo también es vuestro.

ÍNDICE DE CONTENIDOS.

Agradecimientos.....	III
Resumen.....	1
ABSTRACT.....	2
1. Introducción.....	4
2. revisión.....	9
2.1. Objetivo.....	9
2.2. Diseño.....	9
2.3. Estrategia de búsqueda.....	10
2.4. Criterios de inclusión y de calidad.....	10
2.4.1. Criterios de inclusión.....	10
2.4.2. Criterio de calidad.....	11
2.5. Descripción general de los resultados de la búsqueda.....	11
2.6. Método de análisis empleado.....	12
3. resultados.....	13

3.1.	Consecuencias positivas.	15
3.1.1.	Salud percibida.	16
3.1.2.	Calidad de vida y bienestar.....	17
3.1.3.	Otros.....	19
3.2.	Consecuencias negativas.....	21
3.2.1.	Sobrecarga.	21
3.2.2.	Depresión.	22
3.2.3.	Ansiedad y estrés.	24
3.2.4.	Otros.....	24
4.	Discusión.....	26
4.1.	Consecuencias positivas.	26
4.1.1.	Salud percibida.	26
4.1.2.	CV y bienestar.	27
4.1.3.	Otros.....	28
4.2.	Consecuencias negativas.....	29
4.2.1.	Sobrecarga.	29
4.2.2.	Depresión.	30
4.2.3.	Ansiedad y estrés.	30
4.2.4.	Otros.....	31
4.3.	Limitaciones.....	31
5.	Conclusiones.....	32
6.	Bibliografía.	34

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS.

Figura 1. Aspectos positivos y negativos del cuidado informal. Elaboración propia basada en Rogero-García ²²	8
Tabla 1. Resumen de la búsqueda (bases de datos, cadena y filtros).	10
Figura 2. Diagrama de flujo.	12
Tabla 2. Tabla-resumen de los resultados obtenidos (consecuencias, sentido, número de estudios y valor de p para el test del signo).	14
Tabla 3. Consecuencias positivas: salud percibida.	16
Tabla 4: Consecuencias positivas: CV y bienestar.....	18
Tabla 5. Consecuencias positivas: otros.	20
Tabla 6. Consecuencias negativas: sobrecarga.....	21
Tabla 7. Consecuencias negativas: depresión.	23
Tabla 8. Consecuencias negativas: ansiedad y estrés.	24
Tabla 9. Consecuencias negativas: otros.....	25

ÍNDICE DE ABREVIATURAS.

PC: personas cuidadoras

SOC: sentido de coherencia

RGRs: recursos generales de resistencia

ACV: accidente cerebro vascular

CV: calidad de vida

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud

PE: personal de enfermería

RESUMEN.

Objetivo. Esta revisión trató de probar el sentido de coherencia como variable de exposición en las consecuencias del cuidado, positivas y negativas, en las personas cuidadoras de personas dependientes. **Metodología.** Se llevó a cabo una revisión sistemática en base a 36 estudios originales obtenidos de diferentes bases de datos (Pubmed, Cinhal, PsycINFO, CUIDEN y Bibsys) con una cadena de búsqueda y unos filtros estipulados, además de realizar una búsqueda inversa a través de los ya obtenidos. Se aplicaron además, criterios de inclusión y calidad. El análisis se llevó a cabo mediante conteo de votos y el test del signo cuando fue necesario. **Resultados.** Obtuvimos resultados sobre efectos de ambas consecuencias (positivas y negativas). Dentro de las consecuencias positivas elaboramos distintas categorías: Salud percibida, calidad de vida y bienestar, y otros. Salud percibida, donde realizamos un conteo de votos, encontrando 6 de ellos con sentido positivo y 1 con sentido negativo. Calidad de vida y bienestar, donde 13 estudios de los estudios mostraban sentido positivo y 1 negativo. Otros, apartado en el que incluimos el resto de consecuencias positivas no clasificables en los epígrafes anteriores, donde hallamos gran variedad de efectos, todos con sentido positivo. Pertenecientes a las consecuencias negativas, desarrollamos también distintas categorías: Sobrecarga, depresión, ansiedad y estrés, y otros. Sobrecarga y depresión fueron los más estudiados, no solo en lo referente a consecuencias negativas, sino también a la totalidad de los efectos recogidos en esta revisión. Sobrecarga, en la que se apreció un claro sentido negativo en la totalidad de los estudios (14). Depresión (15 estudios), ansiedad y estrés (7 estudios), de los que se recogieron resultados muy similares, todos con sentido negativo. Otros, donde incluimos el resto de efectos negativos del cuidado, hallando gran variedad. Se encontró variabilidad en los resultados. **Conclusiones.** Por lo general, las conclusiones obtenidas fueron las esperadas, ya que el sentido de coherencia parece indicar una relación positiva con las consecuencias positivas del cuidado (a más sentido de coherencia, mayores consecuencias positivas) y una relación inversa con las consecuencias negativas del mismo (a más sentido de coherencia, menores consecuencias negativas). Se propone el sentido de coherencia como un importante factor predictor de las consecuencias del cuidado informal, en especial de las negativas, bastante

adecuado para trabajarlo desde un modelo preventivo. Se hace necesaria más investigación que justifique los resultados aquí obtenidos.

Palabras clave: sentido de coherencia, Aaron Antonovsky, cuidadores informales, salutogénesis.

ABSTRACT.

Sense of coherence in caregivers; relation between caregiving consequences: a systematic review. Aim. This review tried to prove sense of coherence as a variable of exposure in positive and negative consequences of caregiving. **Design.** A systematic review was carried out based in 36 original studies that were obtained from different data bases (Pubmed, Cinhal, PsycINFO, CUIDEN and Bibsys), besides an inverse search from those that we had already obtained was done, with stipulated match string and filters. Moreover, we applied inclusion and quality criteria. Studies were analysed by the sign test when it was necessary. **Results.** Results related to both, positive and negative, consequences were obtained. According to positive consequences we made different categories: “Perceived health”, “Quality of life and well-being” and “others”. In perceived health, it was necessary to use the sign test, due to we find discrepancies. Results pointed out to a possible statistical association with positive sense, however after we did this test, we found no association. Quality of life and well-being, in which after having done the sign test, we obtained a possible statistical association with a positive sense. Others, section in which we included the rest of positive consequences that could not be rated in the previous headings, where we found such a variety of effects, all of them with a positive sense and most of them with statistical association. Belonging to negative consequences, we carried out, different categories: Burden, depression, anxiety and stress, and others. Burden and depression were the most studied, not just related to negative consequences, but also to all effects collected in this review. Burden, in which we appreciate a fairly negative sense in almost the totality of the studies, showed statistical association. Depression, anxiety and stress, where we found very similar results, negative sense with statistical association. Others, in which we included the rest of the negative effects of caregiving, where we found a big variety and where we could have done the sign test, however we did not do it for the same reason. We discovered variability in the results. **Conclusions.** Generally, the

conclusions that we obtained were those that we expected, since the sense of coherence seems to indicate a positive relation with positive consequences in caregiving (the more sense of coherence, the more positive consequences) and an inverse relation with negative consequences (the more sense of coherence, the less negative consequences). We suggest the sense of coherence as an important, predictor factor of caregiving consequences, especially of the negative ones, rather suitable to work with it from a preventive point of view. More searches are necessary to justify the results presented here.

Keywords. Sense of coherence, Aaron Antonovsky, caregivers, salutogenesis.

1. INTRODUCCIÓN.

Históricamente se ha empleado el término “esperanza de vida” como indicador en salud, pero actualmente sabemos que esto no necesariamente es así. Alargar la vida no tiene por qué ir vinculado a eliminar la enfermedad. Para hablar de este concepto, debemos hacerlo unido al de “calidad de vida”, logrando así comprender si los años aumentados van acompañados o no de salud, ya que una población anciana con problemas de salud tendrá importantes consecuencias en el cuidado¹.

Actualmente en los países avanzados, se está llegando a una misma situación producida por cambios demográficos, en la que debido a los avances en salud principalmente, y teniendo como primera consecuencia el aumento de la esperanza de vida, la necesidad del cuidado se ha visto aumentada. Ya que a medida que la edad avanza, mayor es el riesgo de contraer enfermedades crónicas, y por tanto, disminuye la capacidad de cuidarse a sí mismo². Este cuidado, normalmente, es proporcionado por los llamados “cuidadores informales”³. A los cuales a lo largo de esta revisión nos referiremos como “personas cuidadoras” (PC) para evitar sesgos de género.

Las PC, que por lo general suelen ser también “cuidadores primarios” a menudo son familiares o amigos muy allegados⁴, habitualmente mujeres o hijas⁵, pero en la mayoría de los casos, personal no cualificado que proporciona un cuidado extraordinario y desinteresado, habitualmente en la propia vivienda de la persona dependiente, aportando una gran cantidad de tiempo y de energía⁴, mayormente descrito como estresante y en detrimento de su propia salud³, tanto física como psicológica^{6, 7}, y que por lo general, supone un ahorro económico a la sociedad⁶ a corto plazo, puesto que los cuidados que requieren posteriormente las PC hacen que aumente el gasto económico⁸.

Observando lo citado anteriormente, es fácil llegar a la conclusión de que estamos ante un problema de salud pública⁹, debido a que las PC se centran en cuidar a la persona dependiente a su cargo, descuidando en ocasiones su economía, su propia familia, y generalmente, su salud, por lo que son conocidos como “los pacientes ocultos”, llegando incluso a tener un 63% más de riesgo de mortalidad que las personas no cuidadoras¹⁰, además de comunicar un mayor consumo de medicación y una peor salud percibida⁵.

Éste es el motivo que nos ha llevado a abrir esta línea de trabajo, los problemas en las PC y cómo solucionarlos. Numerosos autores han tratado de aportar propuestas con el objetivo de remediar esta situación, y muchos de ellos han encontrado en el sentido de coherencia una posible respuesta, ya que éste parece ser un importante predictor de la calidad de vida en los cuidadores y un concepto elemental para comprender sobre todo las consecuencias negativas del cuidado¹¹.

El sentido de coherencia (SOC), es un concepto propuesto por el médico-sociólogo Antonovsky en 1979, que actualmente está ganando peso tanto en la ciencia social como en la médica¹². Este concepto tiene su origen en una vertiente salutogénica, en la que la salud es vista como un “continuo” entre salud y enfermedad donde la salud se ve constantemente afectada y debe ser re-creada, ya que la pérdida de ésta es un proceso natural y que forma parte de las condiciones naturales de la vida¹³. Esta vertiente refleja un énfasis en la salud, en detrimento de la enfermedad y promueve un estilo de vida saludable¹⁴.

El SOC, según Antonovsky, hace referencia a la habilidad propia para comprender una situación concreta y la capacidad para utilizar los recursos disponibles^{15, 16}. Aunque no depende únicamente de la persona, sino que se ve influido por los recursos humanos y las condiciones de la sociedad, los Recursos Generales de Resistencia (RGRs), los cuales la persona debe ser capaz fundamentalmente de utilizarlos, no únicamente de poseerlos. Los RGRs típicos son: el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida¹⁵. Por lo que un estímulo se puede convertir en doloroso, neutro o salutogénico según la persona utilice estos recursos¹⁷.

Según Antonovsky, el SOC, estaría compuesto por tres aspectos fundamentales: la comprensibilidad (componente cognitivo) que hace referencia a la capacidad del individuo para asimilar como está estructurada su vida, la manejabilidad (componente instrumental o de comportamiento) ligada a la forma en que el sujeto es capaz de conducir su vida, y la significatividad (componente motivacional), entendida como la concepción del individuo de que su vida está orientada hacia metas que desea conseguir¹³. Quedando la definición original del SOC según Antonovsky así:

“La orientación global que expresa el grado en que uno tiene una omnipresente y duradera, aunque a la vez dinámica sensación de confianza en tres sentidos: (1) los estímulos derivados de los entornos internos y externos en el curso de la vida son estructurados, predecibles y explicables (son comprensibles); (2) los recursos están disponibles para satisfacer las demandas planteadas por los estímulos (son manejables) y (3) estas demandas son retos, dignos de invertirles esfuerzo y compromiso (son significativas)^{13, 15}”.

Otros autores, como Välimäki y cols¹⁸ sugieren una mayor multidimensionalidad y amplían los componentes fundamentales que Antonovsky propuso a: consistencia de la vida, contenido, propósito, decepciones e intereses en la vida.

Ya Antonovsky, marcaba la importancia del SOC en relación con el cuidado, y cómo éste podía influir en la respuesta y el manejo de los recursos de una persona ante una situación estresante como la que puede ser ésta, el cuidado informal¹⁹.

La medida del SOC se lleva a cabo con una escala originalmente llamada “el cuestionario de la orientación de la vida” de 29 ítems, o en su defecto, en la versión corta de 13 ítems, desarrollada más tarde por el propio Antonovsky. En éstas se valoran los tres aspectos fundamentales mencionados con anterioridad. Este instrumento ha sido utilizado en 32 países y en 33 lenguas distintas, por lo que parece tener aplicabilidad transcultural. Aunque el mismo, consta de gran aceptación, hay al menos otras 15 versiones más, además de los dos cuestionarios originales, entre ellos dos para medir el SOC en familia, uno para niños, etc.¹⁵.

Antonovsky suponía el SOC como un concepto estable, que se descubría en la niñez o la adolescencia¹⁸ y que no podía cambiar a lo largo de la vida, sin embargo, tras obtener los resultados de diversos estudios longitudinales, se ha comprobado que, aunque permanece más o menos estable en personas con un SOC elevado, no lo es tanto como Antonovsky lo describía. Además el SOC no es hereditario como otras características personales, sino que se aprende²⁰, tiende a aumentar con la edad¹⁵ y se puede modificar si ocurren cambios en el entorno trascendentales²¹. Parece ser que hay diferencia en cuanto al SOC en los distintos sexos, aunque es posible que se deba más a razones o factores de la sociedad que a biológicos¹⁵.

Por tanto el SOC no parece ser una simple estrategia de afrontamiento, ya que es flexible, útil para la supervivencia, y genera habilidades que promueven la salud¹³.

En consecuencia, este concepto podría ser provechoso para abordar nuestro objetivo, debido a la creencia del SOC como el predictor más importante de las consecuencias negativas del cuidado⁴.

Sabemos que el cuidado de otra persona trae consigo consecuencias importantes, ya sean positivas o negativas. Rogero-García²² propone un sistema de clasificación para estos aspectos (figura 1), estableciendo que dentro de las consecuencias positivas podemos encontrar beneficios en la salud, tanto emocionales (satisfacción, sensación de control, desarrollo de la empatía) como físicos (aumento de la actividad física); beneficios en la economía, bien indirectos (herencias o prestaciones sociales), o bien directos (relacionadas con la vivienda o compensaciones monetarias); y por último beneficios en las relaciones sociales, que pueden ser familiares (estrechamiento de relaciones y reconocimiento familiar), o extra-familiares (reconocimiento social).

Por otra parte encontramos las consecuencias negativas, en las que podemos observar los perjuicios para la salud, ya sea física (cansancio u otros), o psicológica (estrés, sobrecarga, depresión); costes en la economía directos (gastos de mantenimiento, pago de servicios) o indirectos (ingresos, productividad en el empleo, etc.); además de perjuicios para las relaciones sociales familiares (deterioro o reducción de las relaciones) y extra-familiares (reducción de relaciones y de participación social).

En relación con el SOC, por lo general, entre las consecuencias positivas destacan la satisfacción con el cuidado^{8, 23}, la fuerza familiar²⁴, la aceptación¹⁶ y la autoestima⁹, aunque estas consecuencias han sido mucho menos estudiadas que las consecuencias negativas²⁵, entre las que se acentúan la depresión^{21, 26}, la ansiedad^{11, 27}, el estrés^{12, 16} y la sobrecarga^{5, 28} entre otras.

Aunque parece ser que el SOC es un aspecto muy efectivo e interesante en relación con el cuidado^{14, 29}, todavía no se conoce con claridad la totalidad de este concepto y cómo se puede aplicar, es por ello, que resulta necesario aumentar la búsqueda sobre él^{30, 31}, y su relación con los diferentes efectos del cuidado¹⁷.

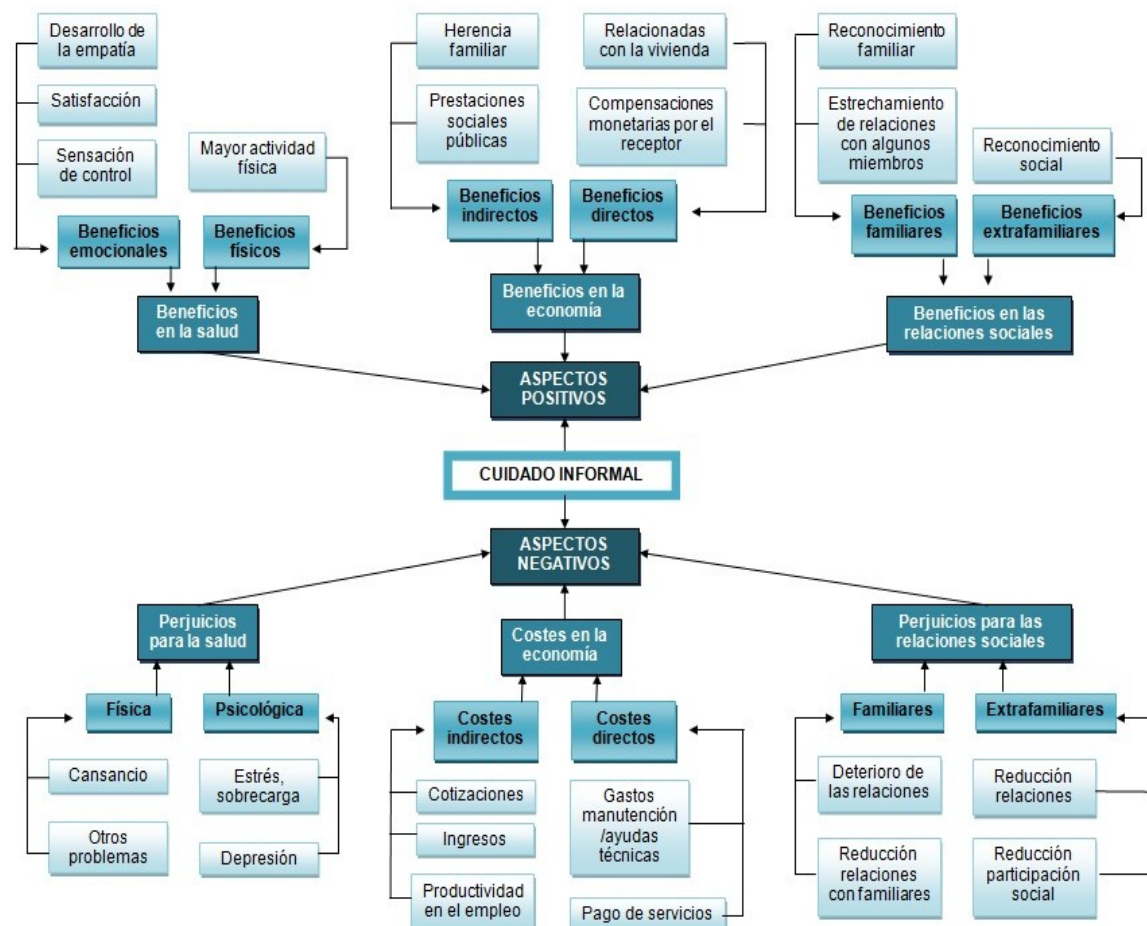


Figura 1. Aspectos positivos y negativos del cuidado informal. Elaboración propia basada en Rogero-García²²

Es necesaria la realización de estudios en este ámbito¹⁸, además no hay constancia de estudios españoles o incluso mediterráneos, por lo que en las revisiones sistemáticas encontradas no se incluye ningún caso con estas características. Se hace necesaria además la elaboración de revisiones sobre el SOC y consecuencias del cuidado, ya que actualmente, a pesar de haber revisiones relativas al SOC que explican la base de su teoría, el concepto, la utilidad, etc.^{13, 15}, junto a otras que lo relacionan con aspectos como la calidad de vida³⁰ o la salud³², lo cierto es, que no hay constancia de ninguna que relacione estos dos aspectos, SOC y consecuencias del cuidado en PC. Asimismo, en los estudios y revisiones encontrados, por lo general, se concluye de la misma forma, con la necesidad de mayor interés e investigación en este ámbito que puede resultar tan provechoso^{17, 30, 32}.

Así, dado que los estudios sociodemográficos apuntan al aumento progresivo del envejecimiento de la población y la cronificación de las enfermedades, lo que

conllevaría el consiguiente aumento de la dependencia en los próximos años³, es de enorme utilidad expandir el conocimiento sobre el SOC y su relación con las consecuencias del cuidado, debido a que, según los estudios citados anteriormente, la base de los cuidados es llevada a cabo por las PC, con el consecuente problema de salud pública mencionado con anterioridad y los costos humano, financiero y de otros tipos^{2, 19}.

Por otra parte, el interés en el estudio del SOC se ve incrementado por los indicios de la relación entre el SOC y los efectos del cuidado^{4, 14}, ya que de acuerdo a ciertos estudios, las PC que reciben Educación para la Salud (EpS) o están en asociaciones que les proporcionan información sobre el cuidado han demostrado puntuar más alto en las escalas del SOC¹⁴, además se cree, al contrario que Antonovsky, que el SOC puede ser modificado¹⁸, para con ello, favorecer al individuo³³, por lo que sería interesante abrir líneas de trabajo por parte del personal sanitario¹⁹, especialmente enfermeros y enfermeras, para trabajar esta cualidad, y así aumentar las consecuencias positivas del cuidado e intentar disminuir o eliminar los efectos negativos^{21, 34}.

Asimismo, resulta original y fundamental ampliar la información sobre el SOC y los efectos del cuidado en PC⁵, pues a pesar de haber varias revisiones sobre el SOC y otras características^{15, 30, 32}, no hay ninguna revisión sistemática que relacione ambos aspectos.

2. REVISIÓN.

2.1. Objetivo.

La finalidad de esta revisión fue estudiar el sentido de coherencia como variable de exposición en las consecuencias del cuidado, tanto positivas como negativas, en personas cuidadoras, también conocidas como cuidadores informales, de personas dependientes.

2.2. Diseño.

Realizamos una revisión bibliográfica sistemática para resumir y sintetizar la información obtenida de los estudios hallados.

2.3. Estrategia de búsqueda.

La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos y con los filtros que se muestran a continuación en la tabla (tabla 1), entre los meses de enero y marzo del año 2014.

Base de datos	Cadena de búsqueda	Filtros
Pubmed	(caregivers[mh] OR caregiv*[tiab] OR carer*[tiab]) AND (sense of coherence[mh] OR sense of coherence[tiab] OR salutogen*[tiab] OR aaronantonovsky[tiab])	Título y resumen (Title and abstract).
Cinhal	(MH caregivers OR AB caregiv* OR AB career*) AND (AB sense of coherence OR AB salutogen* OR AB aaronantonovsky)	Resumen (Abstract).
PsycINFO	(SU(sense of coherence) OR AB(sense of coherence)) AND (SU(caregivers) OR AB(caregiv*) OR AB(carer*))	Resumen (Abstract).
CUIDEN	Antonovsky Sentido de coherencia	
Bibsys	Sense of coherence AND caregivers	

Tabla 1. Resumen de la búsqueda (bases de datos, cadena y filtros).

Además de esto, se empleó una búsqueda inversa, tras el análisis de los estudios obtenidos, en el mes de marzo de 2014.

2.4. Criterios de inclusión y de calidad.

2.4.1. Criterios de inclusión.

En nuestra revisión se utilizaron cinco criterios de inclusión entre los que se comprendían: (1) artículos originales, (2) que midiesen SOC y consecuencias del cuidado, una o más, tanto positivas como negativas, (3) que relacionasen estadísticamente SOC y consecuencias del cuidado, (4) llevados a cabo en PC de personas dependientes, entendiendo por PC, cuidadores no remunerados (familiares, amigos, miembros de la comunidad o voluntarios)³ y por persona dependiente, todo aquel que no tenga completa autonomía para satisfacer sus necesidades, y por último, (5) que estuviesen publicados en inglés o castellano.

2.4.2. Criterio de calidad.

Además de los criterios de inclusión mencionados anteriormente, se incluyó un criterio de calidad: la utilización de un instrumento estandarizado y validado para medir SOC. Se rechazaron todos aquellos estudios que, a pesar de cumplir los criterios de inclusión, no mencionaban la realización del cuestionario del SOC a sus participantes, en su versión original o en su versión corta, de un cuestionario similar validado, incluso se dio por no válido el hecho de redactar la utilización de un cuestionario sin especificar cuál se había utilizado.

2.5. Descripción general de los resultados de la búsqueda.

Una vez finalizada la búsqueda, se llevaron a cabo una serie de fases recogidas en la figura 2 y explicitadas a continuación. Los estudios obtenidos en las bases de datos citadas anteriormente, se sometieron, en primer lugar, a una comprobación de duplicados, tras la cual 164 de ellos resultaron eliminados. Al resto, en la siguiente fase, se les aplicaron los criterios de exclusión, que no fueron otros que los criterios de inclusión formulados a la inversa: se excluyeron todos aquellos que no fueran artículos originales, que no midieran SOC con consecuencias del cuidado, o no lo hicieran estadísticamente, y aquellos en los que el total de la muestra del estudio no fuera exclusivamente de PC, sino que hubiera variedad en el tipo de cuidador. Se excluyeron también estudios en polaco, sueco, chino y japonés.

Más tarde se aplicó el criterio de calidad, eliminándose 1 registro, por lo que finalmente participaron en la revisión 36 estudios. Todos los estudios obtenidos, con excepción de Jones³⁵, que empleó la “Lewis coherence scale” (LCS), utilizaron la escala del SOC, bien en su versión original (SOC-29), en su adaptación corta (SOC-13) o en alguna versión modificada como Gustavsson²⁷, que llevó a cabo la obtención de los datos referentes al SOC con una versión validada y modificada del SOC-13, en la que se incluían 12 ítems.

De los 164 registros se leyeron a texto completo 47, del resto únicamente el título y/o el resumen.

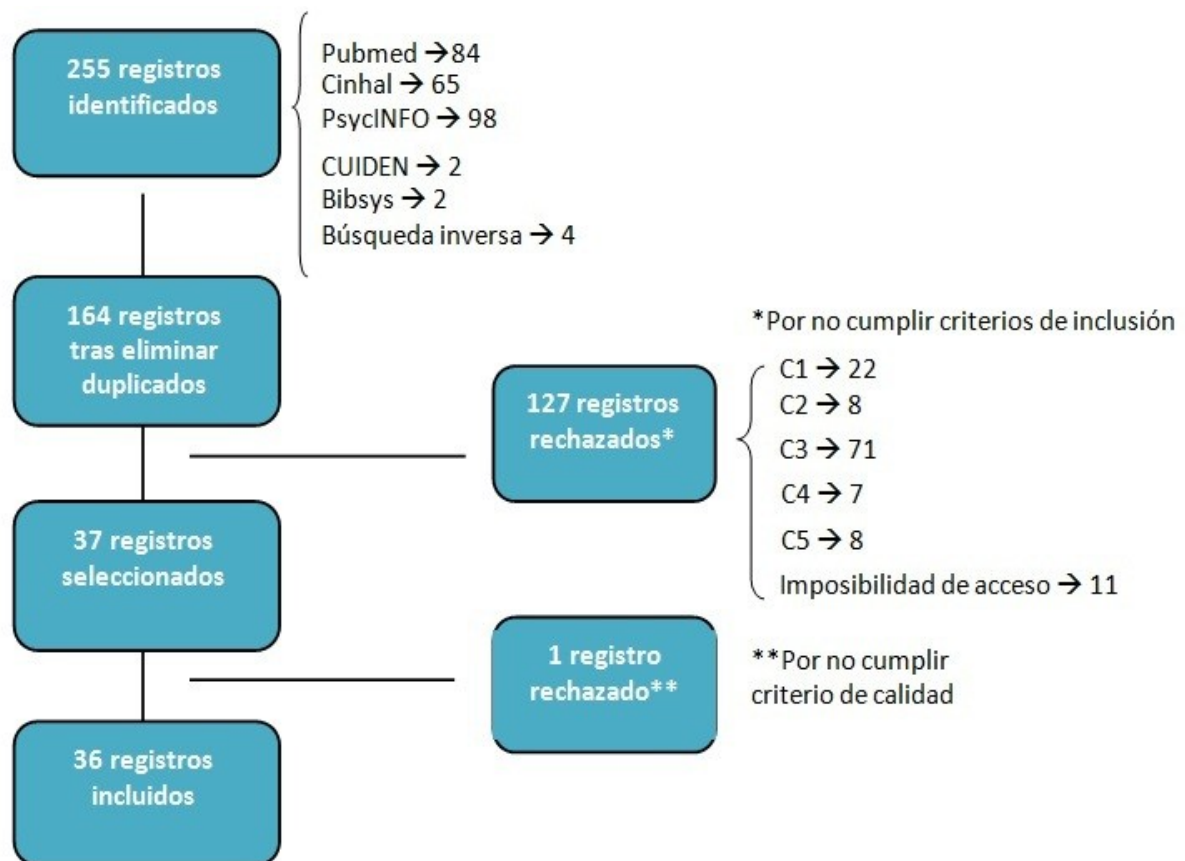


Figura 2. Diagrama de flujo.

Abreviaturas:

C1: Criterio de inclusión 1, haciendo referencia a estudios originales.

C2: Criterio de inclusión 2, haciendo referencia a medida de SOC y consecuencias (positivas o negativas) del cuidado.

C3: Criterio de inclusión 3, haciendo referencia a que relacionase estadísticamente SOC y consecuencias del cuidado.

C4: Criterio de inclusión 4, haciendo referencia a la muestra del estudio, PC.

C5: Criterio de inclusión 5, haciendo referencia al idioma de publicación, en nuestro caso incluyendo aquellos en inglés y castellano.

2.6. Método de análisis empleado.

Para el análisis de los estudios finalmente seleccionados, se utilizó el conteo de votos y en aquellos en los que hubo discrepancias se aplicó el *Sign test*³⁶, que se podría traducir como “Test del signo”, para ver si el número de estudios que informaban de un determinado sentido (positivo o negativo) en la relación estudiada, era significativamente superior al número de los que informaban del sentido contrario,

lo que quiere decir que este test permite comprobar que el número de estudios con un resultado determinado, es bastante superior que el resultado contrario, es decir, es mayor que el esperado por azar. Para ello, se pone a prueba la hipótesis nula, que consiste en que un número de estudios con un efecto determinado, es igual a un número de estudios con el efecto contrario, es decir, demostrar que la probabilidad de que aparezca un determinado efecto es 0,5. Para llevarlo a cabo, se identifican el número de estudios con un efecto determinado y el número de estudios con el efecto contrario, teniendo en cuenta únicamente la cantidad de estudios, existiendo así una cantidad mayor (M), y una cantidad menor (m), con independencia del efecto medido. Una vez hecho esto, se calcula la probabilidad asociada de que existan, al menos, m estudios, y la probabilidad de que existan M o más estudios, en una distribución binomial $B(n, 0,5)$, donde n es el número total de estudios. Al sumar las dos probabilidades, obtenemos el valor de p, que hace referencia a la probabilidad de error al rechazar la hipótesis nula de igualdad de efectos. Interpretándose de la siguiente forma³⁷:

- $p < 0,05 \rightarrow M$ es significativamente mayor que m.
- $p \geq 0,05 \rightarrow M$ es igual a m.

3. RESULTADOS.

Obtuvimos resultados sobre ambas consecuencias (positivas y negativas), y además realizamos una clasificación más exhaustiva dentro de las dos categorías. Concernientes a consecuencias positivas identificamos los siguientes subapartados: “salud percibida”, “CV y bienestar”, y “otros”. En lo que a consecuencias negativas se refiere incluimos: “sobrecarga”, “depresión”, “ansiedad y estrés”, y “otros”.

Los estudios recogidos datan de entre los años 1991³⁸ y 2013^{6, 11}, siendo la mayoría pertenecientes a la última década.

Casi la totalidad de los estudios son descriptivos transversales o longitudinales, de los cuales nosotros únicamente hemos utilizado los resultados de la primera medida, han sido realizados con un muestreo no probabilístico, y en poblaciones muy diversas: padres y madres^{23, 24, 39}, únicamente madres^{12, 16}, mujeres en general^{28, 35, 40}, esposas³¹, parejas^{27, 41}, y el resto son PC sin especificar la relación

con la persona dependiente a su cargo en el proceso de selección o en los resultados obtenidos.

De las personas dependientes a las que las PC atienden, es importante destacar que hay una gran diversidad. Principalmente podemos encontrar personas tras haber sufrido un ACV^{4, 8, 21, 26, 31, 33, 41, 42}, diferentes casos y estadios sobre cáncer^{6, 9, 19, 27, 43, 44}, enfermos mentales^{14, 17, 28, 29, 40, 45}, incluyendo aquellos con la enfermedad de Alzheimer¹⁸, demencia^{5, 11, 25}, otro sobre Parkinson³⁴, gran variedad de situaciones en las que las personas dependientes son niños^{12, 16, 23, 24, 39}, y otras en las que son ancianos^{10, 20, 29, 35, 46}. El resto, o bien no especifican, o generalizan.

En la siguiente tabla (tabla 2) podemos observar una clasificación de los resultados obtenidos en función de las consecuencias, es decir, de los efectos del SOC como variable de exposición en las PC. Se detallan el número de estudios analizados sobre cada efecto, y el sentido de los mismos.

Consecuencias positivas			
Consecuencia	Sentido	Nº de estudios	p
Salud percibida	Positivo	6	0,125*
	Negativo	1	
CV y bienestar	Positivo	13	0,0018**
	Negativo	1	
Otros	Positivo	17	
Consecuencias negativas			
Consecuencia	Sentido	Nº de estudios	p
Sobrecarga	Negativo	15	
Depresión	Negativo	15	
Ansiedad y estrés	Negativo	7	
Otros	Negativo	9	No conveniente
	Positivo	2	

*M=m ** M>m

Tabla 2. Tabla-resumen de los resultados obtenidos (consecuencias, sentido, número de estudios y valor de p para el test del signo).

Se realizó el test del signo en aquellas categorías en las que encontramos discrepancias, excepto en el apartado de “otros” perteneciente a las consecuencias negativas, ya que no se creyó conveniente debido a la variedad de efectos incluidos en él.

Como consecuencias del cuidado, se tomaron en cuenta aquellas únicamente relacionadas con la salud (física y psicológica) y con la esfera social, no incluyéndose, por tanto, los aspectos de tipo económico. Además se clasificaron en los subapartados mencionados anteriormente.

A continuación, se puntualizan específicamente cada grupo de consecuencias por separado. Los resultados se resumieron en tablas en las que se recogió: nombre del primer autor y año de publicación del artículo original, tipo de diseño, muestra y tipo de muestreo, y efecto, en aquellas en las que fue necesario señalar a qué efecto hacíamos referencia, además de los principales hallazgos en relación a las consecuencias del cuidado, tanto positivas como negativas, detallando el tipo de asociación estadística (o el sentido en caso de no haberla) y el valor de p.

No se creyó conveniente la diferenciación de muestras por sexo o aspectos socio-demográficos debido a diferentes motivos: la inespecificidad de gran parte de los artículos, la escasa trascendencia en los resultados de los estudios, y la poca implicación de este aspecto para dar respuesta a nuestro objetivo inicial. No obstante, se tuvieron en cuenta en el momento en el que realizamos el análisis de los mismos.

Tampoco se estimó conveniente diferenciar entre los tipos de cuestionarios empleados, ya que prevalece la utilización del SOC-13 en detrimento del SOC-29, u otras medidas. Asimismo, no se observó ningún acontecimiento de interés en función del cuestionario utilizado.

3.1. Consecuencias positivas.

Como hemos mencionado en el apartado anterior, los resultados relacionados con las consecuencias positivas del cuidado en PC, se clasificaron en distintos efectos. A continuación, desarrollamos cada uno de ellos por separado.

3.1.1. Salud percibida.

En el ámbito de la salud percibida (tabla 3) encontramos, aparentemente, un claro sentido positivo, ya que en la mayoría de los estudios analizados había una asociación estadística positiva (5 estudios), excepto en Jones³⁵, en el que a pesar de haber un sentido positivo, no había asociación estadística ($p>0,05$). Sin embargo, el tamaño muestral fue pequeño (inferior o igual a 100), por lo que es aconsejable no tener en cuenta la no asociación, ya que se puede deber a un error de tipo II, siendo esto, la falta de potencia para detectar la asociación aunque la haya³⁷.

De la misma manera, encontramos un estudio, Van Puymbroeck⁴², en el que el sentido era negativo, y además, había asociación estadística. Por lo tanto, y al encontrar esta discrepancia, decidimos llevar a cabo el test del signo, en el que obtuvimos que $p=0,125$, lo que quiere decir que $M=m$, por consiguiente, el que hubiera 6 estudios de sentido positivo, no significaba que fuera significativamente mayor al número de estudios con sentido negativo.

Autor y fecha de publicación	Diseño	Muestra	Hallazgos	
			Sentido	Asociación estadística
Orgeta, 2013¹¹	Descriptivo transversal	170 No probabilística	Positivo	$p<0,05$
Välimäki, 2009¹⁸	Prospectivo	170 No probabilística	Positivo	$p<0,05$
Weimand, 2010¹⁷	Descriptivo transversal	226 Probabilística	Positivo	$p<0,05$
Andrén, 2005²⁵	Descriptivo transversal	153 No probabilística	Positivo	$p<0,05$
Andrén, 2008⁵	Descriptivo transversal	170 No probabilística	Positivo	$p<0,05$
Jones, 1996³⁵	Descriptivo transversal	20 No probabilística	Positivo	$p>0,05$
Van Puymbroeck, 2008⁴²	Descriptivo longitudinal	87 No probabilística	Negativo	$p<0,05$

Tabla 3. Consecuencias positivas: salud percibida.

La mayoría de los estudios incluidos en este ámbito fueron estudios descriptivos transversales, a excepción de Välimäki¹⁸, siendo este prospectivo, y Van Puymbroeck⁴², que presentó un estudio descriptivo longitudinal. El tamaño muestral de la mayoría de estos fue significativo, tan solo se consideró muestra pequeña en dos de los estudios^{35, 42}, y casi la totalidad de los estudios fueron realizados con un muestreo no probabilístico, exceptuando a Weimand¹⁷, que lo hizo con una muestra probabilística.

3.1.2. Calidad de vida y bienestar.

Dentro del estudio de CV y bienestar (tabla 4), debemos destacar que se han incluido 14 estudios, de los cuales tan sólo uno demostró un sentido negativo³¹, el resto, 13 estudios, fueron de sentido positivo.

Aún así, se hizo necesario realizar el test del signo, en el que obtuvimos una $p=0,018$, que significa que $M>m$, en este caso, que el número de estudios con sentido positivo es significativamente superior al número de estudios con sentido negativo, refiriéndonos aquí al estudio de Larson³¹, demostrando así la predominancia del sentido positivo sobre el sentido negativo.

Por lo general, hubo asociación estadística, no obstante, no fue así en los estudios de Larson³¹, Kuroda²⁰ y Jones³⁵. Sin embargo, y como se comentó en el epígrafe anterior, esto no tiene por qué ser representativo, debido al pequeño tamaño muestral. Puesto que, se puede deber a un error de tipo II, en el que el tamaño muestral, no permita identificar la asociación³⁷.

Dentro del análisis de estos estudios cabe destacar que solo hubo uno con un muestreo probabilístico, el de Ekwall⁷, el resto, como la mayoría de los estudios incluidos en nuestra revisión sistemática, fueron llevados a cabo con una muestra no probabilística. Además casi la totalidad de ellos, fueron estudios descriptivos transversales, exceptuando a Välimäki¹⁸, cuyo estudio era prospectivo y a Khanjari⁴⁴ cuyo estudio fue descriptivo longitudinal.

Autor y fecha de publicación	Diseño	Muestra	Efecto	Hallazgos	
				Sentido	Asociación estadística
Tang, 2008⁴³	Descriptivo transversal	253 No probabilística	CV	Positivo	p<0,05
Suresky, 2008⁴⁰	Descriptivo transversal	60 No probabilística	CV	Positivo	p<0,05
Mizuno, 2012¹⁴	Descriptivo transversal	34 No probabilística	CV	Positivo	p<0,05
Larson, 2005³¹	Descriptivo transversal	100 No probabilística	CV	Negativo	p>0,05
Khanjari, 2012⁴⁴	Descriptivo longitudinal	115 No probabilística	CV	Positivo	p<0,05
Ekwall, 2007⁷	Descriptivo transversal	171 Probabilística	CVRS	Positivo	p<0,05
Välimäki, 2009¹⁸	Prospectivo	170 No probabilística	CVRS	Positivo	p<0,05
Kuroda, 2007²⁰	Descriptivo transversal	42 No probabilística	CV componente mental	Positivo	p<0,05
			CV componente físico	Positivo	p>0,05
Yang, 2012¹⁰	Descriptivo transversal	1144 No probabilística	CV componente mental	Positivo	p<0,05
			CV componente físico	Positivo	p<0,05
Jones, 1996³⁵	Descriptivo transversal	20 No probabilística	Bienestar	Positivo	p>0,05
Nilsson, 2001⁴¹	Descriptivo transversal	10 No probabilística	Bienestar	Positivo	p<0,05
Weimand, 2010¹⁷	Descriptivo transversal	226 No probabilística	Bienestar	Positivo	p<0,05

Tabla 4: Consecuencias positivas: CV y bienestar.

Abreviaturas:

CV: calidad de vida y

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud.

3.1.3. Otros.

Dentro de este apartado de “otros”, se incluyeron el resto de características analizadas en nuestra revisión y que no eran pertenecientes a los grupos mayoritarios como “salud percibida” y “CV y bienestar” (tabla 5). Pertenecientes a este grupo, encontramos gran variedad de efectos, entre los que podemos destacar como el más estudiado la “confianza en el cuidado”, analizada hasta en tres ocasiones^{6, 9, 16}. También son comunes la “satisfacción con su vida”^{12, 23} y la “satisfacción con el cuidado”^{8, 23}, relativas a las propias vivencias de las PC. Además se tiene en cuenta la “esfera social”, encontrando dentro de los estudios incluidos efectos pertenecientes a ésta, como el “apoyo social”^{4, 45}, la “fuerza familiar”²⁴, y el “reconocimiento del cuidado”¹⁷.

Sin embargo, parece menos estudiado, el ámbito de las propias características personales, reflejadas en menor medida en nuestra revisión, debido a la poca repercusión de éstas en los estudios encontrados. En referencia a ello, podemos hablar sobre la “moral”³⁸, la “aceptación”¹⁶, la “autoestima”⁹, la “capacidad de resolución” y la “percepción positiva”²⁸.

Dentro de este gran grupo, el sentido fue positivo en su totalidad, y en casi todos se mostró una asociación estadística, exceptuando a Weimand¹⁷. Si bien, esto no tiene que ser así necesariamente, puesto que como ya comentamos con anterioridad, el tamaño muestral pequeño puede maquillar esta asociación estadística, debido a un error de tipo II³⁷. Hubo variedad dentro del tipo de estudio, ya que a pesar de constar principalmente de descriptivos transversales, también hubo descriptivos longitudinales^{4, 6, 8}. En cuanto al muestreo la mayor parte fue no probabilístico, a excepción de Weimand¹⁷ y Mak¹⁶, en los que se desarrolló de forma probabilística. El tamaño muestral, en la mayoría de las ocasiones, resultó adecuado.

Autor y fecha de publicación	Diseño	Muestra	Efecto	Hallazgos	
				Sentido	Asociación estadística
Coe, 1991³⁸	Descriptivo transversal	148 No probabilística	Moral	Positivo	p<0,05
Hintermair, 2004¹²	Descriptivo transversal	235 No probabilística	Satisfacción con su vida	Positivo	p<0,05
Howard, 2010²³	Descriptivo transversal	201 No probabilística	Satisfacción con su vida	Positivo	p<0,05
			Satisfacción con el cuidado	Positivo	p<0,05
Van Puymbroeck, 2005⁸	Descriptivo longitudinal	92 No probabilística	Satisfacción con el cuidado	Positivo	p<0,05
Jaracz, 2012⁴	Descriptivo longitudinal	150 No probabilística	Apoyo social	Positivo	p<0,05
Pipatananond, 2002⁴⁵	Descriptivo transversal	566 No probabilística	Apoyo social	Positivo	p<0,05
Mak, 2007¹⁶	Descriptivo transversal	157 Probabilística	Aceptación	Positivo	p<0,05
			Confianza en el cuidado	Positivo	p<0,05
Tang, 2013⁶	Descriptivo longitudinal	621 No probabilística	Confianza en el cuidado	Positivo	p<0,05
Tang, 2008⁹	Descriptivo transversal	253 No probabilística	Confianza en el cuidado	Positivo	p<0,05
			Autoestima	Positivo	p<0,05
Svavarsdottir, 2000²⁴	Descriptivo transversal	75 No probabilística	FH (Fuerza familiar)	Positivo	p<0,05
		62 No probabilística	FH (Fuerza familiar)	Positivo	p<0,05
Weimand, 2010¹⁷	Descriptivo transversal	226 Probabilística	Reconocimiento del cuidado	Positivo	p>0,05
Zauszniewski, 2009²⁸	Descriptivo transversal	60 No probabilística	Capacidad de resolución	Positivo	p<0,05
			Percepción positiva	Positivo	p<0,05

Tabla 5. Consecuencias positivas: otros.

3.2. Consecuencias negativas.

Al igual que ocurrió con las consecuencias positivas, clasificamos las consecuencias negativas, según los diferentes efectos, los cuales detallamos a continuación.

3.2.1. Sobrecarga.

Autor y fecha de publicación	Diseño	Muestra	Hallazgos	
			Sentido	Asociación estadística
Andrén, 2005²⁵	Descriptivo transversal	153 No probabilística	Negativo	p<0,05
Andrén, 2008⁵	Descriptivo transversal	130 No probabilística	Negativo	p<0,05
Chumbler, 2003⁴⁶	Descriptivo transversal	305 No probabilística	Negativo	p<0,05
Chumbler, 2004²¹	Descriptivo transversal	104 No probabilística	Negativo	p<0,05
Gallagher, 1994²⁹	Descriptivo transversal	71 No probabilística	Negativo	p<0,05
		55 No probabilística	Negativo	p<0,05
Jaracz, 2012⁴	Descriptivo longitudinal	150 No probabilística	Negativo	p<0,05
Nilsson, 2001⁴¹	Descriptivo transversal	10 No probabilística	Negativo	p<0,05
Perrin, 2008²⁶	Descriptivo transversal	135 No probabilística	Negativo	p<0,05
Pipatananond, 2002⁴⁵	Descriptivo transversal	566 No probabilística	Negativo	p<0,05
Tang, 2013⁶	Descriptivo longitudinal	621 No probabilística	Negativo	p<0,05
Van Puymbroeck, 2005⁸	Descriptivo longitudinal	92 No probabilística	Negativo	p<0,05
Van Puymbroeck, 2008⁴²	Descriptivo longitudinal	87 No probabilística	Negativo	p<0,05
Weimand, 2010¹⁷	Descriptivo transversal	226 No probabilística	Negativo	p>0,05
Zauszniewski, 2009²⁸	Descriptivo transversal	60 No probabilística	Negativo	p<0,05

Tabla 6. Consecuencias negativas: sobrecarga.

Este efecto, junto con “depresión”, que analizaremos después, fueron los incluidos en mayor número de estudios. Del total de los estudios aquí analizados, 15 hicieron referencia a la “sobrecarga”, por lo que parece ser un tema de gran trascendencia.

Analizando los resultados (tabla 6), observamos que la totalidad de los estudios que situaban la sobrecarga como un efecto de las PC, lo hacían con un sentido negativo y con asociación estadística, exceptuando el estudio de Weimand¹⁷, en el que a pesar de haber un sentido negativo, no había asociación estadística ($p>0,05$), pudiéndose deber a lo comentado en diversas ocasiones con anterioridad, el error de tipo II relacionado con el tamaño muestral pequeño, que enmascara una posible asociación estadística³⁷.

Como en el resto de los efectos descritos, la mayoría de los estudios fueron de tipo descriptivo transversal y con un muestreo no probabilístico, sin embargo, hubo excepciones, ya que se encontraron cuatro estudios longitudinales^{4, 6, 8, 42}.

3.2.2. Depresión.

Tras el análisis de los resultados obtenidos (tabla 7), comprobamos que la totalidad de estos manifestaban una asociación negativa estadística entre “depresión” y SOC. Como mencionábamos antes, “depresión” y “sobrecarga” son los efectos más estudiados en lo que a consecuencias del cuidado en PC se refiere.

Los estudios presentados aquí son muy variados en cuanto al tipo, hay casi un equilibrio entre descriptivos longitudinales y transversales, incluso contamos con un estudio de casos y controles³⁹. El tipo de muestra, como viene siendo habitual a lo largo de toda la revisión, es no probabilística, y en alguna ocasión con un tamaño pequeño.

Autor y fecha de publicación	Diseño	Muestra	Hallazgos	
			Sentido	Asociación estadística
Caap-Ahlgren, 2002³⁴	Descriptivo longitudinal	65 No probabilística	Negativo	p<0,05
Chumbler, 2004²¹	Descriptivo transversal	104 No probabilística	Negativo	p<0,05
Chumbler, 2008³³	Descriptivo longitudinal	115 No probabilística	Negativo	p<0,05
Coe, 1991³⁸	Descriptivo transversal	148 No probabilística	Negativo	p<0,05
Gustavsson, 2007²⁷	Descriptivo longitudinal	123 No probabilística	Negativo	p<0,05
Jaracz, 2012⁴	Descriptivo longitudinal	150 No probabilística	Negativo	p<0,05
Olsson, 2002³⁹	Casos y controles	216 No probabilística	Negativo	p<0,05
Orgeta, 2013¹¹	Descriptivo transversal	170 No probabilística	Negativo	p<0,05
Perrin, 2008²⁶	Descriptivo transversal	135 No probabilística	Negativo	p<0,05
Tang, 2008⁹	Descriptivo transversal	253 No probabilística	Negativo	p<0,05
Tang, 2013⁶	Descriptivo longitudinal	621 No probabilística	Negativo	p<0,05
Välimäki, 2009¹⁸	Prospectivo	170 No probabilística	Negativo	p<0,05
Van Puymbroeck, 2005⁸	Descriptivo longitudinal	92 No probabilística	Negativo	p<0,05
Van Puymbroeck, 2008⁴²	Descriptivo longitudinal	87 No probabilística	Negativo	p<0,05
Yang, 2012¹⁹	Descriptivo transversal	312 No probabilística	Negativo	p<0,05

Tabla 7. Consecuencias negativas: depresión.

3.2.3. Ansiedad y estrés.

Dentro de este apartado (tabla 8), aunque predomina el “estrés” sobre la “ansiedad”, quisimos agruparlos, debido a las numerosas similitudes y relaciones entre ellos.

Cabe destacar que en todos los estudios incluidos, se puede observar un sentido negativo con asociación estadística.

Autor y fecha de publicación	Diseño	Muestra	Efecto	Hallazgos	
				Sentido	Asociación estadística
Gustavsson, 2007²⁷	Descriptivo longitudinal	123 No probabilística	Ansiedad	Negativo	p<0,05
Orgeta, 2013¹¹	Descriptivo transversal	170 No probabilística	Ansiedad	Negativo	p<0,05
			Estrés	Negativo	p<0,05
Hintermair, 2004¹²	Descriptivo transversal	235 No probabilística	Estrés	Negativo	p<0,05
Howard, 2010²³	Descriptivo transversal	201 No probabilística	Estrés	Negativo	p<0,05
Mak, 2007¹⁶	Descriptivo transversal	157 Probabilística	Estrés	Negativo	p<0,05
Suresky, 2008⁴⁰	Descriptivo transversal	60 No probabilística	Estrés	Negativo	p<0,05

Tabla 8. Consecuencias negativas: ansiedad y estrés.

En esta ocasión todos los estudios fueron descriptivos transversales, excepto Gustavsson²⁷, cuyo diseño fue descriptivo longitudinal. La mayoría, como en los casos anteriores, utilizaron un muestreo no probabilístico, salvo el caso de Mak¹⁶, que utilizó una muestra probabilística. Por lo general, el tamaño muestral fue adecuado, con la excepción de Suresky⁴⁰, que contó con una muestra más pequeña.

3.2.4. Otros.

Dentro de esta categoría, al igual que ocurrió en las consecuencias positivas, incluimos todos aquellos efectos no pertenecientes a los más comunes como “sobrecarga”, “depresión” y “ansiedad y estrés” (tabla 9).

Autor y fecha de publicación	Diseño	Muestra	Efecto	Hallazgos	
				Sentido	Asociación estadística
Gallagher, 1994 ²⁹	Descriptivo transversal	71 No probabilística	Medicación	Negativo	p<0,05
		55 No probabilística		Negativo	p<0,05
Välimäki, 2009 ¹⁸	Prospectivo	170 No probabilística	Medicación	Negativo	p<0,05
			Angustia	Negativo	p<0,05
Jaracz, 2012 ⁴	Descriptivo longitudinal	150 No probabilística	Angustia	Negativo	p<0,05
Jones, 1996 ³⁵	Descriptivo transversal	20 No probabilística	Condiciones médicas	Negativo	p>0,05
			Síntomas físicos	Negativo	p>0,05
Van Puymbroeck, 2005 ⁸	Descriptivo longitudinal	92 No probabilística	Consecuencias negativas en su vida	Negativo	p<0,05
Pipatananond, 2002 ⁴⁵	Descriptivo transversal	566 No probabilística	Gravedad de enfermedad percibida	Negativo	p<0,05
Weimand, 2010 ¹⁷	Descriptivo transversal	226 No probabilística	Gravedad de enfermedad percibida	Positivo	p>0,05
			Impacto en relaciones sociales	Positivo	p>0,05

Tabla 9. Consecuencias negativas: otros.

Aquí podemos diferenciar una gran cantidad de efectos muy variados. Destacan, principalmente, aquellos relacionados con el ámbito médico, tales como “medicación”^{18, 29}, “condiciones médicas”, “síntomas físicos”³⁵ y “gravedad de la enfermedad percibida”^{17, 45}. No obstante, también se detallan aspectos de las propias PC como la “angustia”^{4, 18} o las “consecuencias negativas en su vida”⁸. En este caso, tan solo se incluye un efecto del ámbito social, “impacto en las relaciones sociales”¹⁷.

En esta ocasión, encontramos contrariedades, ya que hubo efectos con sentido positivo¹⁷, aunque en la mayoría de los casos, éste fue negativo. Por lo que, pese a que hubiera resultado conveniente realizar el “test del signo”, finalmente esto no fue así, debido a la gran diferencia entre la totalidad de los efectos que componían este subgrupo de “otros” dentro de las consecuencias negativas del cuidado.

Por lo general hubo asociación estadística, aunque no fue así en los estudios de Jones³⁵ y Weimand¹⁷, en los que $p > 0,05$, a pesar de haber un tamaño muestral adecuado, por lo que no se pudo ligar esta no asociación al error de tipo II.

Hubo variedad en cuanto al tipo de estudio, aunque predominó, como hasta ahora ha venido sucediendo en casi todos los efectos revisados, el tipo descriptivo transversal con una muestra no probabilística.

4. DISCUSIÓN.

4.1. Consecuencias positivas.

Dentro de este amplio grupo, que definimos como “consecuencias positivas”, hemos encontrado gran variedad de efectos del SOC como variable de exposición en las PC. No obstante, a pesar de esta diversidad, hallamos bastante homogeneidad en los resultados, puesto que la mayoría de ellos tienen el mismo signo, siendo este positivo, lo que significa, a modo general, que el aumento del SOC parece producir un incremento de las consecuencias positivas del cuidado.

4.1.1. Salud percibida.

Según lo obtenido, y a pesar de los indicios de una asociación positiva entre salud percibida y SOC, no podemos afirmarlo, debido a los resultados en el test del signo.

Sin embargo, nos parece interesante resaltar el efecto que parece producir el SOC en aspectos de la salud, tanto general como percibida. De acuerdo a los estudios centrados en la salud percibida de las PC en función del SOC como variable, hemos observado que se ven apoyados sobre una revisión bibliográfica de Eriksson³², en la que se llega a la conclusión de que a más SOC, menores quejas subjetivas y síntomas de enfermedad, además identifica al SOC como un importante

predictor de la salud. No obstante, el estudio de Van Puymbroeck⁴², identifica la salud percibida como asociada negativamente al SOC, sin embargo, y teniendo en cuenta el resto de estudios así como la revisión sistemática citada previamente³², pudiera deberse a un sesgo, y no ser ciertamente representativo, ya que la muestra es pequeña y no probabilística.

Pese a esto, los resultados no pueden ser equiparables de forma fiable, ya que la revisión de Eriksson³², no se hace teniendo en cuenta como muestra únicamente a PC, sino que se hace en población general, por tanto no es comparable del todo a nuestra revisión, ceñida únicamente a las PC.

Sería conveniente mayor investigación en este tema para poder clarificar la asociación entre ambos conceptos, y en especial si lo sucedido con el estudio de Van Puymbroeck⁴², es aceptable, según indica el test del signo, y por tanto no se puede concluir que hubiera relación positiva entre ambos aspectos, SOC y salud percibida, o si esta asociación negativa se debiera como he mencionado antes al tipo de muestreo incluido.

4.1.2. CV y bienestar.

Cabe destacar la CV, en todos sus aspectos, ya sea CVRS, CV en su componente físico o emocional, como el efecto más estudiado dentro de este grupo de consecuencias. En todos estos estudios se ha podido comprobar que al parecer, el SOC tiene una asociación positiva con la CV, con la excepción, como ya se comentó previamente, del estudio de Larson³¹, en el que se observó un sentido negativo, aunque podría no ser significativo puesto que no había asociación estadística.

Tras este pequeño análisis, hemos de reseñar la importancia que los autores que estudian el SOC, otorgan a la CV, ya que, además de estos estudios analizados, encontramos una revisión bibliográfica de Eriksson³⁰ relacionando ambos conceptos. De acuerdo a ésta, el SOC tiene un impacto en la CV, es decir, que cuanto más alto es el SOC, mayor CV. Nuestros resultados sustentan esta hipótesis, debido a que en la mayoría de los estudios analizados se produce esta relación. No obstante, no todos los resultados obtenidos de estos estudios tienen por qué ser significativos, ya que en algunos de ellos, como en los de Kuroda²⁰, Mizuno¹⁴ o Suresky⁴⁰, a pesar de

haber un sentido positivo con asociación estadística ($p < 0,05$), el tamaño muestral es bastante pequeño, por lo tanto, los resultados podrían no ser realmente consistentes.

Teniendo en consideración el bienestar, todos los estudios mostraron una asociación estadística con sentido positivo, excepto Jones³⁵, que aunque concluyó que el bienestar tenía un sentido positivo, no logró demostrar la asociación estadística. En cualquier caso, debemos decir que el tamaño muestral de este estudio es pequeño, por lo que como ya se explicó unos párrafos arriba, puede no mostrarse asociación estadística debido a un error de tipo II³⁷.

4.1.3. Otros.

En cuanto a este grupo, hallamos un claro sentido positivo en todos los efectos incluidos, aunque no todos ellos con una asociación estadística.

Encontramos bastantes estudios más centrados en los ámbitos del cuidado, es decir, en las consecuencias propias de llevar a cabo un cuidado informal. Entre estos se encuentran: la confianza en el cuidado^{6, 9, 16}, la satisfacción con el cuidado^{8, 23}, y la satisfacción con su vida^{12, 23}. Estos, dentro de este variado grupo, fueron los más estudiados.

Otros aspectos valorados en nuestro estudio como consecuencias positivas son los relacionados con el ámbito social. Hemos incluido estudios con hallazgos posiblemente significativos en aspectos sociales como el apoyo social^{4, 45}, la fuerza familiar²⁴ y el reconocimiento del cuidado¹⁷. Hasta donde sabemos, no hay ninguna revisión sistemática que relacione el SOC con el ámbito social. Por lo que nuestros resultados no se sustentan más que en sus estudios originales. Parece ser que el SOC influye en el apoyo social y el reconocimiento del cuidado que reciben las PC, además de en la fuerza familiar en la que se apoyan, puesto que en los resultados de los estudios incluidos se observa un sentido positivo con asociación estadística, excepto en Weimand¹⁷, en el que no hay asociación estadística, aunque sí sentido positivo.

Nos pareció interesante incluir además, las propias características personales en nuestra revisión, y dentro de las consecuencias positivas encontramos hallazgos en las siguientes: autoestima⁹, aceptación¹⁶, moral³⁸, percepción positiva y capacidad de resolución²⁸.

Sobre este ámbito no se ha encontrado ninguna revisión previa, por lo que no es posible comparar nuestros resultados con otros ya existentes. En todos ellos, se observa una asociación estadística positiva, excepto en el estudio de Weimand¹⁷, en cuyos resultados, aunque se muestra un sentido positivo, no hay asociación estadística. Esto quiere decir que, al igual que ocurría con la CV, al aumentar el SOC, probablemente lo hacen también este grupo de consecuencias positivas reñidas al cuidado informal de una persona dependiente.

Hemos hallado revisiones que relacionen SOC con CV³⁰ o salud³², sin embargo, no con PC como muestra, por lo tanto y hasta lo que nos concierne, no hemos encontrado ninguna revisión sistemática con una visión tan amplia de las consecuencias positivas del cuidado como la nuestra, esto hace que tenga un carácter relevante y novedoso.

4.2. Consecuencias negativas.

En este grupo, cabe destacar la mayor implicación por parte de los grupos de investigación, puesto que hemos hallado más estudios que relacionen SOC con consecuencias negativas del cuidado informal, que los referentes a consecuencias positivas. No obstante, encontramos además estudios que combinaron ambas búsquedas y no se centraron únicamente en los aspectos positivos y negativos por separado, sino que comparten una visión global del cuidado incluyendo en sus estudios tanto aspectos positivos como negativos del mismo.

Por otra parte, en lo referente a este apartado, no encontramos ninguna revisión sistemática relacionada. Llegando incluso a plantearse una incoherencia, dado que es el ámbito que mayor cantidad de estudios abarca, en lo que al SOC respecta, sin embargo, estos no han sido analizados o sintetizados en ninguna revisión sistemática en lo que se refiere a PC.

4.2.1. Sobrecarga.

La sobrecarga, junto con la depresión, que analizaremos posteriormente, resultan ser los efectos más estudiados en nuestra revisión sistemática.

Todos los estudios incluidos coinciden en un sentido negativo y asociación estadística, excepto Weimand¹⁷, en el que a pesar de tener un sentido negativo, no se halla esta asociación ($p>0,05$). Indicando por tanto, que el SOC y la sobrecarga parecen estar relacionados de forma inversa, es decir que a más SOC, menor sobrecarga.

Esto podría resultar de gran interés, ya que si la sobrecarga es la consecuencia negativa del cuidado que antes aparece y una de la que más sufren las PC, podría ser primordial la influencia del SOC durante el cuidado. Puesto que si se confirmara la relación que nosotros apuntamos, el SOC podría ser un importante agente de prevención para este efecto.

4.2.2. Depresión.

En lo que a la depresión se refiere, la totalidad de los artículos hacen referencia a un sentido negativo con asociación estadística. Por tanto, estos resultados, parecen indicar y además de forma bastante precisa, esa relación inversa de la que hablábamos haciendo referencia a la sobrecarga, a más SOC, menor probabilidad de depresión.

Al igual que comentábamos anteriormente respecto a la sobrecarga, de cerciorar la relación indicada en este trabajo, el SOC jugaría un papel muy importante en el desarrollo o no desarrollo de la depresión.

4.2.3. Ansiedad y estrés.

Sin embargo, y a pesar de ser continuamente referenciada en los estudios, solo hemos logrado incluir 2 artículos originales manifestando la relación entre SOC y ansiedad^{11, 27}. Lo mismo ocurre con el caso del estrés, otro de los aspectos más estudiados y que ha sido referenciado únicamente en 5 artículos.

Al igual que ocurría en el caso de la depresión, el total de los estudios tiene una asociación estadística con sentido negativo ($p<0,05$), habiendo, según parece, consenso en esta afirmación. Esto quiere decir, que a más SOC, menos ansiedad y estrés. Por lo que se hacen necesarias investigaciones futuras para contar con una muestra mayor en la que hayan sido estudiados estos efectos.

4.2.4. Otros.

Las consecuencias negativas resumidas hasta ahora, son las más estudiadas, ya que, por lo general y a nuestro parecer, son las que mayor repercusión tienen en la salud de las PC.

Además de éstas, se recogieron también cuestiones referentes al ámbito médico, como pueden ser: condiciones médicas³⁵, gravedad de la enfermedad percibida^{17, 45}, síntomas físicos³⁵ y medicación^{18, 29}. Otras propias de las PC como angustia^{4, 18} o consecuencias negativas en la vida de las PC⁸, y tan solo una concerniente a la esfera social, el impacto en las relaciones sociales¹⁷.

En este espacio, al contrario que en el resto, no parece estar muy claro, los resultados son más heterogéneos. Sin embargo, cabe pensar que se deba a la escasez de estudios que se centran en estos aspectos y a la insignificante muestra con la que se llevan a cabo.

A diferencia de lo que sucedía en las consecuencias positivas, no hay ninguna revisión sistemática, hasta donde nosotros sabemos, que ataña las consecuencias negativas con el cuidado informal. Esto hace que nuestra revisión adquiera aún más valor, puesto que lo relacionado con este trabajo, o alguno similar, no ha sido analizado ni sintetizado previamente.

4.3. Limitaciones.

No obstante, a pesar de ser un trabajo original y novedoso, nuestra revisión tiene ciertas limitaciones que deben ser explicitadas.

Es una revisión bibliográfica sistemática sin meta-análisis, esto indica que puede haber sesgos. Además, la revisión, se ha llevado a cabo principalmente con estudios transversales, y aunque se han utilizado también estudios longitudinales, estos han hecho función de transversales, ya que únicamente hemos tomado en cuenta la primera medida del estudio, por lo tanto, no se puede establecer una relación de causalidad.

5. CONCLUSIONES.

Tras el completo análisis de los estudios incluidos en nuestra revisión, podemos afirmar que el SOC parece tener una gran influencia en las PC.

Dentro de las consecuencias positivas del cuidado informal podemos destacar que aparentemente éstas se ven influenciadas por el SOC. Debemos señalar, principalmente, la relación del SOC con la CV, puesto que la mayoría de los estudios que los atañen demuestran un sentido positivo con asociación estadística, por lo tanto parecen indicar que a más SOC mayor CV. Esto es importante, puesto que la CV es un concepto muy amplio, además de multidimensional, que se puede resumir en algo tal que así “bienestar personal o satisfacción con la vida”³⁰. Por lo que si tenemos en cuenta este concepto, resulta de un mayor interés el estudio del SOC, ya que al aumentarlo parece ser que se ve acrecentada la visión positiva de la propia vida de la persona, algo realmente importante para las PC y para su salud.

Además de ésta, resultan interesantes el resto de consecuencias positivas incluidas en nuestra revisión, siendo éstas “confianza en el cuidado”, “satisfacción con su vida”, “satisfacción con el cuidado”, “apoyo social”, “fuerza familiar”, “reconocimiento del cuidado”, “moral”, “aceptación”, “autoestima”, “capacidad de resolución” y la “percepción positiva”, ya que pueden abrir nuevas líneas de investigación y trabajo en lo concerniente a las PC, de las que hablaremos posteriormente.

En cuanto a las consecuencias negativas, cabe destacar que el SOC parece estar relacionado de forma inversa con éstas. Hemos de destacar principalmente aquellas de las que tenemos más evidencia, como son sobrecarga y depresión. Ambas, suelen ser uno de los principales problemas que nos encontramos en las PC^{18, 28}, y según nuestros resultados, el SOC parece ser un importante predictor de éstas, y de todas las reacciones negativas al cuidado informal en general. Esto es que, por lo general, las personas con bajo SOC parecen tener más tendencia a desarrollar consecuencias negativas del cuidado, tales como sobrecarga, depresión o ansiedad, mostrando así haber una relación inversa entre ambas. Es decir, a más SOC, menores consecuencias negativas del cuidado informal.

Lo aquí expuesto, podría resultar de gran utilidad, puesto que la evidencia indica que las PC con un SOC bajo, pueden ser un grupo vulnerable^{5, 11}, al mismo tiempo, las PC que sufren las reacciones negativas al cuidado tales como depresión, manifiestan encontrar más dificultades a la hora del cuidado de la persona dependiente a su cargo²⁶. Además como ya sabemos, el SOC no parece ser un concepto tan estable como Antonovsky creía, sino que según estudios se puede modificar y por lo general en beneficio de la persona¹⁸, por tanto, y aunque posiblemente sea difícil actuar en él³⁴, resulta aún de mayor interés.

Primordialmente el interés recae en el personal de enfermería¹⁷ (PE), aunque en ciertos casos fuera necesaria la colaboración de trabajadores sociales⁵, puesto que es éste el que conoce a las PC en todos los aspectos de su salud, siendo así el que debe estar alerta para detectar problemas en el cuidado¹⁷. Por tanto el PE, puede actuar fomentando este SOC, con lo que, basándonos en los resultados obtenidos, las consecuencias del cuidado se podrían ver modificadas. Por un lado, el posible aumento de los efectos positivos, y por el otro la disminución de los negativos.

La labor del PE en este sentido consistiría inicialmente en concienciarse de la importante influencia del SOC en este ámbito⁴⁴. Una vez comprendido este aspecto, las intervenciones pasarían por tratar de aumentar cada componente del SOC de diversas formas, por ejemplo, ayudar en la comprensión de la situación, aumentar el sentido de control sobre ésta, estrategias de resolución de problemas, etc.^{4, 42}, ya sea en actividades grupales, como grupos de apoyo, o intervenciones individuales⁸, cuando se necesite reforzar algún conocimiento concreto. No obstante, no hay muchas intervenciones conocidas que aumenten el SOC, por lo que resultaría de gran interés y de necesidad ampliar la búsqueda de acciones para potenciarlo⁴⁰.

La importancia de esta revisión, radica además en el valor de prevención de enfermedad en que se sustenta. Puesto que, tras confirmar la hipótesis planteada, podemos decir que posiblemente si el PE lograra incrementar el SOC en intervenciones tempranas, es decir, centrándose en el grupo más vulnerable, y actuando antes de que las reacciones negativas hicieran su efecto, se les podría proporcionar la oportunidad de alargar el cuidado informal de una forma beneficiosa y reduciendo los efectos negativos del mismo²⁵. Por tanto, un enfoque preventivo,

sería el modelo ideal para poner en práctica las conclusiones aquí obtenidas, puesto que además de ser probablemente efectivo en el ámbito de las PC, sería beneficioso también para la persona dependiente a su cargo²¹.

Así, dado que, parece ser que el SOC tiene importantes repercusiones en el cuidado informal y podría actuar como importante predictor de las principales consecuencias negativas del cuidado, resulta necesario llevar a cabo una más amplia investigación en cuanto a éste, tanto en la realización de estudios, como de revisiones, que demuestren, sintetizen y analicen la información actual sobre el mismo³⁰⁻³². Además de explorar formas sobre cómo incorporar el SOC a las intervenciones enfermeras³³.

6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *The Lancet* 2009; 372(9656):2124-31.
2. Vásquez MD. Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2007; 25(1):64-71.
3. Del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA, Pancorbo-Hidalgo PL. Coping and subjective burden in caregivers of older relatives: a quantitative systematic review. *Journal of advanced nursing* 2011 Nov; 67(11):2311-22.
4. Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Kozubski W. Caregiver burden after stroke: towards a structural model. *Neurologia i neurochirurgia polska* 2012 May-Jun; 46(3):224-32.
5. Andrén S, Elmståhl S. The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. *Journal of Clinical Nursing*. United Kingdom United Kingdom: Wiley-Blackwell Publishing Ltd. Blackwell Publishing; 2008. p. 790-9.
6. Tang ST, Cheng CC, Lee KC, Chen CH, Liu LN. Mediating effects of sense of coherence on family caregivers' depressive distress while caring for terminally ill cancer patients. *Cancer nursing* 2013 Nov-Dec; 36(6):E25-33.

7. Ekwall AK, Sivberg B, Hallberg IR. Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *Journal of advanced nursing*. United Kingdom United Kingdom: Blackwell Publishing Wiley-Blackwell Publishing Ltd.; 2007. p. 584-96.
8. Van Puymbroeck M, Rittman MR. Quality-of-life predictors for caregivers at 1 and 6 months poststroke: Results of path analyses. *Journal of rehabilitation research and development* 2005 Nov-Dec; 42(6):747-60.
9. Tang ST, Li C-Y. The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *Journal of psychosomatic research*. Netherlands: Elsevier Science; 2008. p. 195-203.
10. Yang X, Hao Y, George SM, Wang L. Factors associated with health-related quality of life among Chinese caregivers of the older adults living in the community: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes* 2012 Nov 27;10:143-7525-10-143.
11. Orgeta V, Lo Sterzo E. Sense of coherence, burden, and affective symptoms in family carers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*. United Kingdom: Cambridge University Press; 2013. p. 973-80.
12. Hintermair M. Sense of coherence: a relevant resource in the coping process of mothers of deaf and hard-of-hearing children? *Journal of deaf studies and deaf education* 2004 Winter;9(1):15-26.
13. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública* 2011;85(2):129-39.
14. Mizuno E, Iwasaki M, Sakai I, Kamizawa N. Sense of coherence and quality of life in family caregivers of persons with schizophrenia living in the community. *Archives of Psychiatric Nursing*. Netherlands: Elsevier Science; 2012. p. 295-306.
15. Lindstrom B, Eriksson M. Salutogenesis. *Journal of epidemiology and community health* 2005 Jun;59(6):440-2.
16. Mak WWS, Ho AHY, Law RW. Sense of coherence, parenting attitudes and stress among mothers of children with autism in Hong Kong. *Journal of Applied*

- Research in Intellectual Disabilities. United Kingdom United Kingdom: Blackwell Publishing Wiley-Blackwell Publishing Ltd.; 2007. p. 157-67.
17. Weimand BM, Hedelin B, Sällström C, Hall-Lord M-L. Burden and health in relatives of persons with severe mental illness: A Norwegian cross-sectional study. *Issues in Mental Health Nursing*. US United Kingdom: Informa Healthcare Taylor & Francis; 2010. p. 804-15.
 18. Välimäki TH, Vehviläinen-Julkunen KM, Pietilä A-MK, Pirttilä TA. Caregiver depression is associated with a low sense of coherence and health-related quality of life. *Aging & Mental Health*. United Kingdom: Taylor & Francis; 2009. p. 799-807.
 19. Yang X, Wang L, He J, Ge C, Chang Y, Fu J, et al. Factors related to depressive symptoms among Chinese caregivers of cancer patients. *Psycho-oncology*. US: John Wiley & Sons; 2012. p. 1063-70.
 20. Kuroda A, Tanaka K, Kobayashi R, Ito T, Ushiki A, Nakamura K. Effect of care manager support on health-related quality of life of caregivers of impaired elderly: one-year longitudinal study. *Industrial health* 2007 Jun;45(3):402-8.
 21. Chumbler NR, Rittman M, Van Puymbroeck M, Vogel WB, Qnin H. The sense of coherence, burden, and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke: Erratum. *International journal of geriatric psychiatry*. US: John Wiley & Sons; 2004. p. 1113.
 22. Rogero-García J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería* 2010;19(1):47-50.
 23. Howard S. Parental satisfaction with center-based child care and life satisfaction: Exploring the effects of parenting stress [Dissertation/Thesis] 2010.
 24. Svavarsdottir EK, McCubbin MA, Kane JH. Well-being of parents of young children with asthma. *Research in nursing & health* 2000;23(5):346-58.
 25. Andrén S, Elmståhl S. Family caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: Aspects of burden, subjective health and sense of coherence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. United Kingdom United Kingdom: Blackwell Publishing Wiley-Blackwell Publishing Ltd.; 2005. p. 157-68.
 26. Perrin PB, Heesacker M, Stidham BS, Rittman MR, Gonzalez-Rothi LJ. Structural equation modeling of the relationship between caregiver

- psychosocial variables and functioning of individuals with stroke. *Rehabilitation Psychology*. US: American Psychological Association Division 22 of the American Psychological Association Educational Publishing Foundation Springer Publishing; 2008. p. 54-62.
27. Gustavsson-Lilius M, Julkunen J, Keskivaara P, Hietanen Pi. Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psycho-oncology*. US: John Wiley & Sons; 2007. p. 1100-10.
 28. Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Effects on resilience of women family caregivers of adults with serious mental illness: The role of positive cognitions. *Archives of Psychiatric Nursing*. Netherlands: Elsevier Science; 2009. p. 412-22.
 29. Gallagher TJ, Wagenfeld MO, Baro F, Haepers K. Sense of coherence, coping and caregiver role overload. *Social science & medicine* 1994;39(12):1615-22.
 30. Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health* 2007 Nov;61(11):938-44.
 31. Larson J, Franzén-Dahlin Å, Billing E, von Arbin M, Murray V, Wredling R. Predictors of quality of life among spouses of stroke patients during the first year after the stroke event. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. United Kingdom: Blackwell Publishing Wiley-Blackwell Publishing Ltd.; 2005. p. 439-45.
 32. Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health* 2006 May;60(5):376-81.
 33. Chumbler NR, Rittman MR, Wu SS. Associations in sense of coherence and depression in caregivers of stroke survivors across 2 years. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. Germany US: Springer National Council for Community Behavioral Healthcare (NCCBH); 2008. p. 226-34.
 34. Caap-Ahlgren M, Dehlin O. Factors of importance to the caregiver burden experienced by family caregivers of Parkinson's disease patients. *Aging clinical and experimental research* 2002 Oct;14(5):371-7.
 35. Jones PS. Asian American women caring for elderly parents. *Journal of Family Nursing* 1996 02;2(1):56-75.

36. Cooper H, Hedges LV, Valentine JC. The handbook of research synthesis and meta-analysis: Russell Sage Foundation; 2009.
37. Del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA. La revisión sistemática cuantitativa en enfermería. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria* 2014;7(1).
38. Coe RM, Miller DK, Flaherty JH. Sense of coherence and perception of caregiving burden. *Behavior, Health, & Aging* 1991;2(2):93-9.
39. Olsson MB, Hwang CP. Sense of coherence in parents of children with different developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 2002 10;46(7):548-59.
40. Suresky MJ, Zauszniewski JA, Bekhet AK. Sense of coherence and quality of life in women family members of the seriously mentally ill. *Issues in Mental Health Nursing*. United Kingdom US: Taylor & Francis Informa Healthcare; 2008. p. 265-78.
41. Nilsson I, Axelsson K, Gustafson Y, Lundman B, Norberg A. Well-being, sense of coherence, and burnout in stroke victims and spouses during the first few months after stroke. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2001 09;15(3):203-14.
42. Van Puymbroeck M, Hinojosa MS, Rittman MR. Grand rounds. Influence of sense of coherence on caregiver burden and depressive symptoms at 12 months poststroke. *Topics in Stroke Rehabilitation* 2008;15(3):272-82.
43. Tang ST, Li C-Y, Chen CC-H. Trajectory and determinants of the quality of life of family caregivers of terminally ill cancer patients in Taiwan. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*. Germany: Springer; 2008. p. 387-95.
44. Khanjari S, Oskouie F, Langius-Eklöf A. Lower sense of coherence, negative religious coping, and disease severity as indicators of a decrease in quality of life in Iranian family caregivers of relatives with breast cancer during the first 6 months after diagnosis. *Cancer nursing* 2012 Mar-Apr;35(2):148-56.
45. Pipatananond P, Boontong T, Hanucharunkul S, Rujkorakarn D, Vorapongsathorn T, Sitthimongkol Y. Caregiver burden predictive model: an empirical test among caregivers for the schizophrenic. *Thai Journal of Nursing Research* 2002;6(2):24-40.

46. Chumbler NR, Grimm JW, Cody M, Beck C. Gender, kinship and caregiver burden: the case of community-dwelling memory impaired seniors. *International journal of geriatric psychiatry* 2003 Aug;18(8):722-32.