



Universidad de Jaén
Centro de Estudios de Postgrado

Trabajo Fin de Máster

Sentido de coherencia y consecuencias positivas del cuidado en personas cuidadoras informales de pacientes adultos dependientes

Alumno/a: Albín Carreras, Esther

Tutor/a: Prof. D. Pedro Ángel Palomino Moral

Dpto: Enfermería

Junio, 2015



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

**Máster en Investigación e innovación en
salud, cuidados y calidad de vida
Trabajo Fin de Máster**

**SENTIDO DE COHERENCIA Y
CONSECUENCIAS POSITIVAS DEL
CUIDADO EN PERSONAS CUIDADORAS
INFORMALES DE PACIENTES ADULTOS
DEPENDIENTES**

Alumno/a: Albín Carreras, Esther

Tutor/a: Prof. D. Pedro Ángel Palomino Moral

Dpto: Enfermería

Junio, 2015

I. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi tutor, Pedro A. Palomino Moral por sus sabios consejos y su paciencia conmigo, porque sin él no podría haber hecho este estudio. También a Rafael del Pino Casado, orientándome sobre temas estadísticos y sobre mucho más.

II. ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Personas dependientes (PD)	10
Personas cuidadoras informales (PCI)	10
Calidad de vida (CV)	11
Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL)	12
Promoción de Salud (PS)	13
Carta de Ottawa (CO)	13
Sentido de Coherencia (SOC)	14
Recursos de Resistencia Generalizada (RRGs)	14
Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)	18
Medical Subject Headings (MeSH)	18
Short Form-12 Health Survey (SF-12)	24
Caregiver quality of life index-cancer (CQOLC)	24
Visual Analogue Scale (VAS)	24
World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-26)	24
Short Form-36 Health Survey (SF-36)	24
Medical outcomes study (MOS SF-36)	24
Life Satisfaction (FLZ)	24
EuroQol-Visual Analogue Scale (EQ-VAS)	25
Burden Assessment Schedule (BAS)	25
Well-Being measure (WM)	25
Psychological General Well-Being (PGWB)	25
Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)	25
8-item Depressive Cognition Scale (DCS)	25
Self-Control Schedule (SCS)	25

Accidente cerebrovascular (ACV)	26
---------------------------------------	----

III. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda	23
--	----

IV. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Síntesis de las bases de datos utilizadas junto a cadenas de búsqueda y número de estudios hallados	19
Tabla 2. Descripción de las consecuencias positivas del cuidado junto con los instrumentos de medida utilizados y autor y año del estudio	24
Tabla 3. Clasificación de estudios según el tipo de enfermedad que padecen las PD	27
Tabla 4. Estudios que relacionan SOC y CV	30
Tabla 5. Test del signo para los resultados encontrados que relacionan SOC y CV (sentido positivo y negativo)	34
Tabla 6. Test del signo para los resultados encontrados que relacionan SOC y CV (asociación y no asociación)	34
Tabla 7. Estudios que relacionan SOC y Satisfacción con la vida/cuidado y confianza con el cuidado	36
Tabla 8. Test del signo para los resultados encontrados que relacionan SOC y satisfacción con la vida/cuidado y confianza con el cuidado	37
Tabla 9. Test del signo para los resultados encontrados que relacionan SOC y satisfacción con la vida/cuidado y confianza con el cuidado (asociación y no asociación)	37
Tabla 10. Estudios que relacionan SOC y Salud percibida y bienestar	39
Tabla 11. Test del signo para los resultados encontrados que relacionan SOC y salud percibida y bienestar (sentido positivo y negativo)	41
Tabla 12. Test del signo para los resultados encontrados que relacionan SOC y salud percibida y bienestar (asociación y no asociación)	41

Tabla 13. Estudios que relacionan SOC y Otros	43
Tabla 14. Test del signo para los resultados encontrados que relacionan SOC y otras variables positivas del cuidado (sentido positivo y negativo)	45
Tabla 15. Test del signo para los resultados encontrados que relacionan SOC y otras variables positivas del cuidado (asociación y no asociación)	45
Tabla 16. Síntesis de resultados del test del signo al relacionar SOC y consecuencias positivas del cuidado (sentido positivo y negativo)	46
Tabla 17. Síntesis de resultados del test del signo al relacionar SOC y consecuencias positivas del cuidado (asociación y no asociación)	46

V. ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. AGRADECIMIENTOS.....	3
II. ÍNDICE DE ABREVIATURAS	4
III. ÍNDICE DE FIGURAS.....	5
IV. ÍNDICE DE TABLAS	5
V. ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	6
VI. RESUMEN	7
ABSTRACT.....	8
1. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Justificación del estudio.....	18
2. LA REVISIÓN	18
2.1. Objetivo y diseño del estudio	18
2.2. Estrategia de búsqueda	18

2.3.	Criterios de inclusión y exclusión.....	22
2.4.	Descripción general de los resultados de búsqueda	22
2.5.	Criterio de calidad.....	24
2.6.	Método de análisis a utilizar.....	26
3.	RESULTADOS	26
3.1.	Descripción general de los resultados	26
3.2.	Resultados de la relación entre SOC y CV.....	29
3.3.	Resultados de la relación entre SOC y satisfacción con la vida/cuidado y confianza con el cuidado	35
3.4.	Resultados de la relación entre SOC y salud percibida y bienestar	38
3.5.	Resultados de la relación entre SOC y otros.....	42
4.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	47
4.1.	Limitaciones del estudio	50
5.	BIBLIOGRAFÍA.....	51

VI. RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional de los países desarrollados genera una importante carga de enfermedad y discapacidad como consecuencia del incremento de las personas dependientes, aumentando paralelamente el número de personas cuidadoras informales. Antonovsky es el padre del modelo salutogénico articulado en base al SOC. Este modelo ha tenido un fuerte impulso en los últimos años incluyéndose las PCI como población objeto de estudio. El estudio pretende conocer la influencia del SOC sobre las consecuencias positivas del cuidado en cuidadores informales de pacientes dependientes. **La revisión:** Realizamos una revisión sistemática sin meta-análisis. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos Pubmed, Cuiden Plus, Cochrane, CINAHL, PsycINFO, LILACS, Scopus, Wos y Salutogenesis.hv.se. Se utilizó el gestor bibliográfico Refworks y se eligieron 27 estudios

originales mediante criterios definidos de inclusión y exclusión. Hemos llevado a cabo el test del signo para las ocasiones que ha sido apropiado hacerlo. **Resultados:** Se han agrupado en 4 categorías los estudios elegidos en base a las consecuencias positivas del cuidado: calidad de vida, satisfacción con la vida/cuidado y confianza con el cuidado, salud percibida y bienestar y otros. **Discusión:** Esta revisión pionera en la relación entre SOC y consecuencias positivas del cuidado permite sugerir que el SOC podría intervenir como una variable protectora de las consecuencias que la carga de estrés en el proceso de cuidar tiene sobre las personas cuidadoras informales. **Conclusiones:** La relación entre SOC y consecuencias positivas del cuidado, concuerdan con lo que esperábamos obtener al comienzo del estudio, parecen indicar una relación positiva y parece tener influencia en las PCI. Se proponen futuros estudios longitudinales para poder determinar causalidad.

Palabras clave: sentido de coherencia, cuidadores, calidad de vida, salud mental.

ABSTRACT

Introduction: An aging population in developed countries creates an increase in disease and disability due to the large amount of dependent people. Consequently, the number of informal caregivers (IC) is rising in parallel. Antonovsky is the father of the articulated salutogenic model based on sense of coherence (SOC). In the last few years, this concept has had a strong impetus, being included in the IC under study. This study aims to publish the influence of SOC on the positive consequences of care of informal caregivers for dependent patients. **Review:** A systematic revision is done without meta-analysis. The bibliographic research was made in the databases Pubmed, Cuiden Plus, Cochrane, CINAHL, PsycINFO, LILACS, Scopus, Wos and Salutogenesis.hv.se. The reference manager Refworks was used and twenty seven original studies were chosen through defined criteria of inclusion and exclusion. In addition, the sign test has been carried out for the occasions in which it has been proper to do so. **Results:** The chosen studies have been grouped into four categories, based on

the positive consequences of the care: life quality, life satisfaction / care and confidence in care, perceived health and wellbeing, and others. **Discussion:** This revision, which is pioneering in the relation between SOC and positive consequences of care, suggests that SOC could take part in a protective variable of the consequences that stress load has, in the process of care, over informal caregivers. **Conclusions:** The relation between SOC and positive consequences of care agrees with the expectations at the beginning of the study. It seems to indicate a positive relation and it seem to have influence in IC. Future longitudinal studies are proposed in order to be able to determine causality.

Keywords: Sense of coherence, caregivers, quality of life, mental health.

1. INTRODUCCIÓN

De forma paralela la sociedad presenta un envejecimiento poblacional, una gran carga de enfermedad y un auge de las enfermedades crónicas, cuya carga se verá aumentada en el futuro (1,2). Estos fenómenos provocan una gran presencia de personas dependientes que están siendo cuidadas hegemonícamente por personas cuidadoras familiares, especialmente en este momento de tensiones presupuestarias. En España, la esperanza de vida al nacer es de 87 años en las mujeres y de 83 años en los hombres, estando a la cabeza de la Unión Europea (3). De forma paralela la sociedad presenta una gran carga de enfermedad y un auge de las enfermedades crónicas (3,4) y se verá aún más aumentada en el futuro (2). Estos fenómenos provocan una gran presencia de personas dependientes (PD) que están siendo cuidadas, hegemonícamente por personas cuidadoras informales (PCI), especialmente en este momento de tensiones presupuestarias(1,2,4).

Se entiende por PCI aquella que presta cuidados de salud a las personas que los necesitan y forman parte de familiares, amigos, vecinos y, en general, personas de la red social inmediata, no recibiendo retribución económica por la ayuda que ofrecen (5). Actualmente, con la recesión económica que están sufriendo la mayoría de los países, el objetivo político es la contención del gasto, lo que conlleva un aumento del cuidado en los domicilio de las PD que, a veces, sólo es posible si alguien allegado vive con o cerca de la PD. Así que, a medida que el número de PD aumenta, también lo hace el número de PCI (6). Es mundialmente conocido que los miembros de la red familiar inmediata se convierten en los cuidadores principales del PD, pero la distribución del rol no es homogénea entre todos los miembros de la familia (5-7). Un problema sobre la prestación de cuidados en casa es el limitado número de miembros de la familia disponibles para el cuidado (8) es por ello que algunos PCI a menudo experimentan una falta de elección para asumir el papel de cuidador principal y tienen poca o ninguna formación para ello. El papel del cuidado involuntario, la mayor parte de las veces conlleva mucha dedicación en el tiempo y mucha energía y se caracteriza fundamentalmente por una

reducción de la libertad y un mayor sentido de la responsabilidad (9) además puede no recibir ayuda de la demás familia y amigos (10). Prestar cuidados a una persona con una enfermedad también puede ser beneficioso en el sentido de poder brindar sentimientos de confianza, satisfacción y autoestima aunque los cuidadores también sienten estrés, depresión, ansiedad, sobrecarga y fatiga (10). En este proceso son múltiples los factores que intervienen por lo que existe una gran variabilidad en la capacidad de los cuidadores para hacer frente a la situación (4).

Actualmente muchos PCI dan a los pacientes apoyo emocional, asistencia, ayuda con su tratamiento médico y defienden sus derechos por lo que desempeñan un papel importante y contribuyen a la salud y bienestar del paciente siendo decisivos durante el curso de la enfermedad (11,12). El estudio de Larsson muestra una correlación positiva entre el bienestar psicológico de los pacientes y sus calificaciones de la calidad de la atención recibida (2). García, en su estudio insiste en que las PD necesitan apoyo social para tener una buena salud mental englobándose tanto las ayudas formales, como la administración, sistemas de salud y servicios sociales, como las informales como por ejemplo, como ya hemos mencionado antes, familiares, allegados, vecinos, amigos, etc. (13).

Es importante, y de hecho, el eje central de nuestro trabajo, la salud de la PCI, que se conceptualiza como las ganancias percibidas subjetivamente derivadas de aspectos deseables o aspectos positivos del cuidado. Se deriva principalmente de la dinámica interpersonal entre la PCI y la PD; la orientación intrapersonal de la PCI y una intención de mejorar las consecuencias positivas para la PD (7).

El cuidado de una PD presiona a las PCI y puede afectar a su horario de trabajo, a su vida familiar y a las relaciones sociales, dadas las responsabilidades que conlleva el cuidado (12,14). Varios estudios muestran que el tipo de cuidado que presta la PCI depende de las necesidades cambiantes de la PD y el hecho de cuidar tiene sobre el cuidador repercusiones que afectan a la calidad de vida (CV) y a su salud (3). Así que dadas las dificultades y estresores

experimentados por las PCI, es importante examinar la CV de las PCI que se encargan de estas personas (3,15).

El grupo sobre Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL) define el concepto de CV como la percepción que tiene la persona sobre su situación vital teniendo en cuenta cultura y sistema de valores en la que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (16).

La percepción de CV es relativa en cuanto lo que el paciente espera y las expectativas y habilidades de afrontamiento que tenga la PCI (10). La calidad de vida enfatiza componentes como la felicidad, el bienestar personal, la satisfacción con la vida y el impacto de la enfermedad en lo social, emocional, los dominios profesionales y personales (9). El proporcionar mejor atención también se identifica con una mayor fuente de satisfacción (17). Las fortalezas personales en PCI igualmente afectan su situación (18).

Si los cuidadores familiares pueden encontrar un sentido a la prestación de cuidados, comprender sus exigencias y percibir que poseen los recursos necesarios para cumplir estas exigencias, la probabilidad de un resultado positivo en el cuidado será alta (19). La forma en que la persona interpreta los hechos es crucial para saber si va a afrontarla correctamente o por el contrario se convierte en una situación estresante (8). Lazarus y Folkman, describen el afrontamiento como pensamientos realistas y flexibles y los actos que resuelven los problemas y, por lo tanto, reducen el estrés (1).

Diferentes investigaciones llevadas a cabo, como por ejemplo el estudio de Atienza(20), ponen de manifiesto que recibir apoyo social puede reducir o mejorar los efectos perjudiciales del estrés en el bienestar psicológico o emocional (20). El cuidado de una persona dependiente puede ser estresante tanto emocional como físicamente y el resultado de estas situaciones estresantes pueden en gran medida depender de las estrategias de afrontamiento de la PCI (1). Se necesita alta capacidad para afrontar el estrés para que los cuidadores familiares que son vulnerables a la crisis psicológica mantengan su propia salud (11). Una

buena forma para afrontar el estrés es mediante la Promoción de Salud (PS) orientando a las PCI hacia la asignación de tareas, enfatizar el acceso a actividades lúdicas que permitan disipar las posibles cargas que se originan en el trabajo del cuidado, servicios de respiro familiar e igualmente importante es la intervención del equipo de salud en el descubrimiento temprano y el manejo precoz de las PCI(21).

La perspectiva de la PS ha sido un punto de vista menos abordado que el de la promoción de la enfermedad. Las PCI son un objetivo de intervención por parte de los sistemas sanitarios y sociales, ya que constituyen la base del sistema de atención a la dependencia en nuestro país, perteneciente al modelo familiar de atención. Esto ha posibilitado un despliegue de recursos y programas centrados en la PCI y también son objetivo de medidas de PS.

Muy relacionada con la PS está la Carta de Ottawa (CO). El 21 de noviembre de 1986 se celebró en Ottawa la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en la que se emite la Carta dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”. Esta conferencia fue una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. La visión era reducir inequidades, formar un desarrollo sostenible, utilizar una aproximación interdisciplinaria e intersectorial, y no centrarse sólo en “añadir años a la vida” sino “vida a los años”. El objetivo principal del proceso de salud es ser capaces de llevar una vida activa y productiva. Según la CO, la PS consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. La salud se percibe como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Es un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas, favorece el desarrollo personal y social incrementando las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente (22).

Por otro lado Aaron Antonovsky, médico sociólogo, en 1979 introdujo el concepto de salutogénesis promoviendo una mirada del concepto de salud en positivo. Su modelo salutogénico es uno de los modelos y teorías más fuertes de la promoción de la salud

centrándose en los recursos y procesos promotores de salud. Conceptualmente la salutogénesis se define como “el proceso del movimiento que va hacia el extremo de la salud en un continuo salud-enfermedad” (23).

La PS puede ser efectiva si sigue el camino salutogénico. Antonovsky dibujó el “continuum salud-enfermedad” como una línea horizontal entre la ausencia total de salud (S-) y la salud total (S+), explicando que todas las personas están situadas en algún punto de la línea y que nadie es capaz de estar en uno de los extremos de la línea, ni puede tener salud total ni enfermedad total, puesto que mientras haya vida, seguirá quedando alguna función sana(24).

El objetivo de las actividades de PS es facilitar prerequisites para una buena vida y la percepción de una buena vida es un determinante para la CV. El Sentido de Coherencia (SOC) es el primer concepto clave de la teoría salutogénica y se define como “una orientación global que expresa hasta qué punto se tiene la sensación de seguridad dominante y duradera, aunque dinámica, de -1- que los estímulos provenientes de nuestro entorno interno y externo en el curso de la vida están estructurados, son predecibles y manejables; -2- que los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen los estímulos; y -3- que estas demandas son desafíos que merecen la energía y compromiso invertidos” (23).

Los Recursos de Resistencia Generalizada (RRGs) son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible (25). Se pueden encontrar dentro de las personas como recursos inherentes a su persona y capacidad, pero también en su entorno inmediato y distante, en cualidades materiales e inmateriales de la persona y de toda la sociedad (24) (dinero, alojamiento, autoestima, conocimiento, herencia, orientación a la salud, contacto con los sentimientos interiores, relaciones sociales, cuestiones existenciales, creencias, religión, significado de la vida...). Los RRGs proporcionan prerequisites para el desarrollo del SOC y al menos 4 de ellos

tienen que estar disponibles para poder facilitar el desarrollo de un SOC fuerte. La clave es tener la habilidad para usarlos para promover la salud (23,26).

La creación del cuestionario de orientación a la vida, del cuestionario SOC tiene tres dimensiones, que son la comprensibilidad (componente cognitivo que aporta orden, consistencia, estructura y claridad), la manejabilidad (componente conductual o instrumental y es el grado en el que se percibe que los recursos son suficientes para hacer frente a las demandas) y la significatividad (componente motivacional que es el grado en que la vida tiene sentido para invertir energía en realizar algo), estando estrechamente relacionadas entre ellas. Dicho de otra forma, capacidad del sujeto para comprender cómo está manejada su vida y cómo se sitúa él frente al mundo; el mostrarse capaz para manejarla y, en último lugar, sentir que la vida está orientada hacia metas que se quieren alcanzar (26,27).

Aaron Antonovsky desarrolló el Cuestionario (operativizando así el concepto de SOC) (26) primeramente con 29 ítems (SOC-29) y más tarde introdujo la versión abreviada de 13 ítems (SOC-13) (24). Han sido utilizados en, al menos 33 lenguas y 32 países diferentes (25,26) con al menos 15 versiones distintas tanto en países occidentales como orientales, por ejemplo, Tailandia, China, Japón y Sudáfrica (28).

Actualmente hay una tendencia a la generación de cuestionarios utilizando la aproximación salutogénica para el desarrollo de nuevos ítems. El primer ejemplo que podemos mencionar se trata de la Escala Salutogénica de Indicadores de Salud (SHIS), la cual contiene 12 indicadores y 9 dimensiones. Otra es la Escala Salutogénica de la Promoción del Bienestar (SWPS) con 26 ítems y en tercer lugar un instrumento para pacientes con cáncer que es la Escala de Coherencia China del Cáncer aunque todas las mencionadas deben seguir evaluándose.

La autoestima, la autoeficacia, optimismo y apoyo familiar, redes sociales, protegen a las personas de los efectos negativos de las situaciones adversas (23).

Otro aspecto a tratar es la controversia existente acerca de la estabilidad del SOC. Antonovsky suponía que el SOC se desarrollaba hasta la edad de 30 años (25) estabilizándose hasta la jubilación cuando empieza a decrecer (23). Sin embargo existe controversia en este aspecto puesto que hay autores como Eriksson y Lindstrom que piensan que el SOC está en aumento durante toda la vida, siendo la estabilidad mayor en las personas que poseen un fuerte SOC (25).

El modelo salutogénico está cobrando cada vez más fuerza en el campo de promoción de salud gracias al abordaje multidisciplinar, la combinación de RRGs y del SOC y, por último la operativización del SOC con la creación del cuestionario que ha ayudado a difundir el modelo.

En España, el conocimiento del modelo y de sus implicaciones está poco difundido (27). El primer estudio publicado en nuestro país sobre el SOC se remonta a 1997, estudiando la relación entre salud y variables de personalidad como son el SOC, personalidad resistente y autoestima. Enfocan el papel del SOC como moderador de salud ante las circunstancias estresantes. En 2010 tuvieron lugar dos eventos en torno a la salutogénesis en España. El primero de ellos en Sevilla, el simposio llamado *Health Assets for Young People's Wellbeing* que reunió expertos en torno a los temas de salutogénesis, resiliencia y el capital social en la que se contó con la participación de Eriksson y Lindstrom quienes centraron la aplicación del constructo a los adolescentes. El segundo, en Madrid, se celebró la conferencia *Mental Health and Well-being in Older People-Making it Happen* en la que los expertos apoyaron la idea de dar un enfoque salutogénico en las políticas de PS para personas mayores. Estos dos eventos son un buen ejemplo de esfuerzos llevados a cabo en España para aplicar la salutogénesis a la investigación y la práctica sanitaria (25).

Forsberg-Wärleby et al. exponen que el papel del SOC es un mediador entre los elementos estresantes de la vida y los resultados en términos de bienestar y salud mental así como entre las condiciones estresantes de la vida y la adaptación psicosocial. Investigaciones sobre el SOC se centran en el afrontamiento de las familias que deben luchar contra la

enfermedad y la discapacidad y ha demostrado que el SOC de la familia predice la CV mejor que la severidad de la enfermedad (26). Es un recurso que permite a las personas manejar la tensión para reflexionar acerca de sus recursos internos y externos, para identificarlos y movilizarlos, para promover el afrontamiento eficaz mediante la búsqueda de soluciones y resolver la tensión mediante la PS. Desarrolla un estado subjetivo, positivo de la salud física y mental, de la CV y bienestar (28). Muchos estudios en muchas culturas muestran asociaciones entre SOC y varios problemas en el área de la salud y el bienestar (26). Las PCI sufren tanto consecuencias positivas como negativas pero la mayoría de los estudios se han centrado en las consecuencias negativas (29).

Tanto el apoyo social como el SOC, se ven a su vez influenciados por variables sociales y culturales (11) que a su vez tienen influencia en la CV. Las personas que poseen un SOC elevado tienen una relación positiva entre éste y la salud. La mayoría de estudios que han abordado este tema son transversales aunque también se han llevado a cabo estudios longitudinales y algunos de intervención (27). Gran parte de ellos se han relacionado negativamente con el estrés, la sobregarga, la tensión emocional (18) la ansiedad, el agotamiento, la desmoralización, la depresión y la desesperanza, y positivamente con la resistencia, la maestría, el optimismo, la autoestima, la salud percibida como buena, la CV y el bienestar (Eriksson y Lindström, 2005-2006). Existen muchas escalas de medición del bienestar, de la CV y se encuentran relacionadas con el SOC y la mayoría de estas escalas registran asociación con el SOC (27). Cuanto más elevado es el SOC, más satisfechas están las personas con la vida y, por lo tanto, registran un nivel superior de CV, el comportamiento en salud, la vida laboral, la educación, el aprendizaje, el apoyo, la integración social, la salud percibida, la satisfacción con la vida y el cuidado, el bienestar y otros conceptos relacionados con la salutogénesis (28).

1.1. Justificación del estudio

Las PCI, como se ha dicho anteriormente, están teniendo en nuestra sociedad un papel cada vez más importante debido al aumento de esperanza de vida y el cambio de la supervivencia en las enfermedades crónicas, entre otras cosas. Una de las variables muy estudiadas en este ámbito es el SOC, relacionándose en las PCI tanto positiva como negativamente en el cuidado.

Sin embargo, sigue sin estar clara la dirección de la relación y la causalidad por lo que es necesario seguir investigando (27). Mucho se ha escrito sobre las consecuencias negativas del cuidado, en cambio, poco se ha estudiado sobre las consecuencias positivas del cuidado, siendo el principal motivo que nos ha llevado a realizar esta revisión sistemática (17).

2. LA REVISIÓN

2.1. Objetivo y diseño del estudio

La finalidad de este estudio es conocer la influencia del sentido de coherencia sobre las consecuencias positivas del cuidado en cuidadores informales de pacientes dependientes. Realizamos una revisión bibliográfica sistemática sin meta-análisis que sintetiza la evidencia existente para identificar, seleccionar y evaluar críticamente los trabajos originales incluidos en la revisión.

2.2. Estrategia de búsqueda

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica desde el 10 hasta el 30 de abril de 2015. Los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) utilizados en bases de datos nacionales solamente es en este caso sentido de coherencia. En el caso de bases de datos internacionales los términos Medical Subject Headings (MeSH) fueron: sense of coherence, caregivers, quality of life, mental health.

Las bases de datos utilizadas, la cadena de búsqueda de artículos y el número de estudios hallados se encuentran especificados en la tabla 1:

Base de datos	Cadena de búsqueda	Número de artículos hallados
Pubmed	(Sense of coherence[mh] OR sense of coherence* OR salutogenesis OR salutogen* OR Antonovsky) AND (caregivers[mh] OR caregiv* OR spouse caregiver* OR spouse caregiv* OR family caregiver* OR family caregiv* OR informal caregivers OR informal caregiver* OR carers OR carer* OR care givers OR care giver*) AND (quality of life[mh] OR quality of life* OR life qualit* OR mental health[mh] OR mental health* OR mental hygiene OR well-being* OR comfort* OR perceived health* OR satisfaction* OR social support OR social network* OR psychosocial support system*)	628
Cuiden Plus	Sentido de coherencia	16
Cochrane	Sentido de coherencia	24
CINAHL	(MH sense of coherence OR AB sense of coherence* OR AB salutogenesis OR AB salutogen* OR AB Antonovsky) AND (MH caregivers OR AB caregiv* OR AB spouse caregiver* AB spouse caregiv* OR AB family caregiver* OR AB family caregiv* OR AB informal caregivers OR AB informal caregiver* OR AB carers OR AB carer* OR AB care givers OR AB care giver*) AND (MH quality of life OR AB quality of life* OR AB life qualit* OR MH mental health OR AB mental health* OR AB mental hygiene OR AB well-being* OR AB comfort* OR AB perceived health* OR AB satisfaction* OR AB social support OR AB social network* OR AB psychosocial support system)	41

Base de datos	Cadena de búsqueda	Número de artículos hallados
PsycINFO	(SU(sense of coherence) OR AB(sense of coherence*) OR AB(salutogenesis) OR AB(salutogen*) OR AB(Antonovsky)) AND (SU(caregivers) OR AB(caregiv*) OR AB(spouse caregiver*) AB(spouse caregiv*) OR AB(family caregiver*) OR AB(family caregiv*) OR AB(informal caregivers) OR AB(informal caregiver*) OR AB(carers) OR AB(carer*) OR AB(care givers) OR AB(care giver*)) AND (SU(quality of life) OR AB(quality of life*) OR AB(life qualit*) OR SU(mental health) OR AB(mental health*) OR AB(mental hygiene) OR AB(well-being*) OR AB(comfort*) OR AB(perceived health*) OR AB(satisfaction*) OR AB(social support) OR AB(social network*) OR AB(psychosocial support system))	79
LILACS	(tw:("sentido de coherencia")) OR (tw:(salutogenesis)) OR (tw:(salutogen*)) OR (tw:(Antonovsky)) AND (tw:(cuidador)) OR (tw:("cuidador conyugal*")) OR (tw:("cuidador familiar*")) OR (tw:("cuidador informal"))	13
Scopus	Sense of coherence AND caregiv*	7

Base de datos	Cadena de búsqueda	Número de artículos hallados
Wos	TS=((“sense of coherence” OR salutogenesis OR salutogen* OR Antonovsky)) AND TS=((caregiver* OR caregiv* OR “spouse caregiv*” OR “family caregiv*” OR “care giver*” OR “informal caregiv*” OR carer*)) AND TS=((“quality of life*” OR “life qualit*” OR “mental health*” OR “mental hygiene” OR “well-being*” OR comfort* OR “perceived health*” OR satisfaction* OR “social support*” OR “social network*” OR “psychosocial support system*”))	73
Base de datos de http://www.salutogenesis.hv.se/	Caregiver	6
TOTAL		887

Tabla 1. Síntesis de las bases de datos utilizadas junto con cadenas de búsqueda y número de estudios hallados (elaboración propia)

No se estableció límite en la fecha de publicación de los estudios y encontramos publicaciones desde 1998 (30) hasta 2015 (31). Para las bases de datos CINAHL, PsycINFO y Wos los filtros utilizados para la búsqueda han sido título/resumen, para la base de datos LILACS el filtro utilizado ha sido “asunto principal: sentido de coherencia” y por último, para la base de datos Cochrane, el filtro usado ha sido “sin restricciones”. Como podemos observar en la tabla 1 se han revisado 9 bases de datos. El total de artículos revisados es de 887 pero tras eliminar los duplicados casi exactos con el gestor bibliográfico Refworks, los artículos

revisados son 712. También se ha realizado una búsqueda inversa para una mayor obtención de resultados hallando el estudio de Nilsson (32), Orgeta (33), Tang (34) y Zauszniewski (35).

2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión elegidos para la revisión sistemática son los que constan a continuación:

1. Estudios de personas cuidadores informales de pacientes dependientes.
2. Estudios en los cuales los pacientes dependientes deben ser adultos.
3. Estudios primarios u originales.
4. Estudios que midan SOC relacionándolo estadísticamente con consecuencias positivas del cuidado en PCI.
5. Los estudios deben estar publicados en idioma español o inglés.

En cuanto a los criterios de exclusión, no se deben incluir:

1. Se descartan artículos cuya población de estudio sea distinta a la de PCI de adultos, ya que el cuidado de niños/as tiene unas características distintas.
2. Estudios secundarios.
3. Estudios que no relacionen SOC con consecuencias positivas del cuidado mediante un instrumento validado estandarizado.
4. Estudios escritos en una lengua distinta al inglés o al español.
5. Estudios cualitativos, por carecer de un instrumento de medida estandarizado.

2.4. Descripción general de los resultados de búsqueda

La descripción general de los resultados de búsqueda se detallan en el diagrama de flujo (Figura 1) y la explicamos a continuación: se localizaron 887 estudios en total en las bases de datos revisadas. Todas las referencias fueron exportadas al gestor bibliográfico Refworks y desde allí, se eliminaron 175 duplicados casi exactos. Los resúmenes de los 712 artículos

restantes fueron revisados y 682 fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión. Algunos no pudieron ser localizados a texto completo porque requerían un pago elevado de tasas para su descarga. Tras excluir los 682 artículos, 30 fueron revisados a texto completo, de los que fueron excluidos 7. Tras realizar la búsqueda inversa, se localizan otros 4 artículos que son incluidos (32-35). Finalmente, 27 artículos fueron escogidos para la revisión. De la base de datos Pubmed fueron elegidos 11 (7,10,15,17,19,29,30,36-38), 3 de CINAHL (8,12,39), 4 de PsycINFO (1,9,11,40) , 2 de Scopus (41,42) y 4 de Wos (31,43-45).

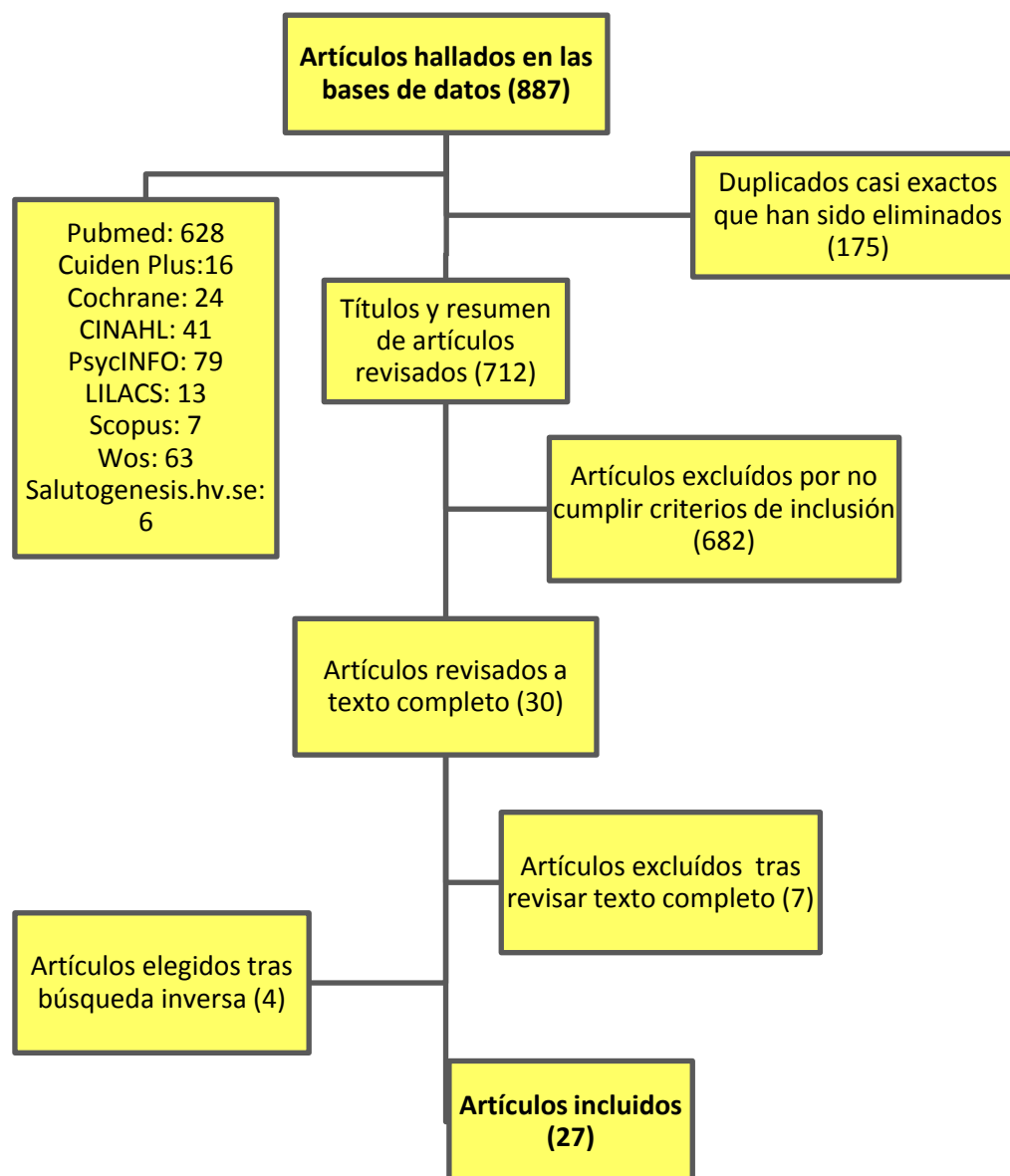


Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda.

2.5. Criterio de calidad

Se ha decidido utilizar como criterio de calidad la utilización de instrumentos estandarizados validados de medida tanto para el SOC (versión original SOC-29 y versión corta SOC-13) como para las consecuencias positivas del cuidado medidas mediante instrumentos como las mostradas en la tabla 2.

Consecuencias positivas del cuidado	Instrumentos de medida	Estudios
CV	Short Form-12 Health Survey (SF-12)	Suresky, MJ. 2008 (15)
		Ekwall, AK. 2007 (1)
		Kuroda, A. 2007 (41)
	Caregiver quality of life index-cancer (CQOLC)	Khanjari, S. 2012 (10)
		Tang, TH. 2008 (19)
	Visual Analogue Scale (VAS)	Larson, J. 2005 (9)
	World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-26)	Mizuno, E. 2012 (11)
	15D Questionnaire	Välimäki, TH. 2009 (29)
	Short Form-36 Health Survey (SF-36)	Weimand, BM. 2010 (37)
		Yang, X. 2012 (38)
Satisfacción con la vida/cuidado y confianza con el cuidado	EUROHIS-QOL 8-item Index	Drabe, N. 2015 (31)
	Medical outcomes study (MOS SF-36) questionnaire	Shor, V. 2015
	Life Satisfaction (FLZ)/satisfacción con la vida	Goetzman, L. 2012 (46)
	Life Satisfaction Checklist/satisfacción con la vida	Forsberg-Wärleby, G. 2002 (43)
	Dimensión de escala de calidad de vida/satisfacción con el cuidado	Van Puymbroeck, M 2005. (39)
	CASI/satisfacción con el cuidado	Hsiao, C-Y. (7)
	CIC/confianza con el cuidado	Tang, ST. 2008 (42)
		Tang, ST. 2013 (34)

Consecuencias positivas del cuidado	Instrumentos de medida	Estudios
Salud percibida y bienestar	Escala Nottingham Health Profile/salud percibida	Andren, S. 2005 (17)
		Andren, S. 2008 (8)
	EuroQol-Visual Analogue Scale (EQ-VAS)/salud percibida	Orgeta, V. 2013 (33)
	Self-Rating of Health/salud percibida	Van Puymbroek, M. 2008 (45)
	Burden Assessment Schedule (BAS)-subescala "impacto de bienestar"/bienestar	Weimand, BM. 2010 (37)
	Well-Being measure (WM)/bienestar	Nilsson, I. 2001 (32)
	Psychological General Well-Being (PGWB) Index/bienestar	Forsberg-Wärleby, G. 2002(43)
Otros	Berlin Social Support Escala /Apoyo social	Jaracz, K. 2012 (36)
	Loneliness coping/afrontamiento	Rokach, A. 2013(12)
	Burden Assessment Schedule (BAS)/Apreciación del cuidado e impacto de la relación con otros	Weimand, BM. 2010 (37)
	(Subescala "casuidad psiquiátrica"): General Health Questionnaire-28/ Salud general	Mockler, D. 1998 (30)
	Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)/Autoestima	Tang, ST. 2008 (42)
	8-item Depressive Cognition Scale (DCS)/ Percepción positiva	Zauszniewski, JA. 2009 (35)
	36-item Self-Control Schedule (SCS)/ Ingenio	Zauszniewski, JA. 2009 (35)

Tabla 2. Descripción de las consecuencias positivas del cuidado junto con los instrumentos de medida utilizados y autor y año del estudio.

2.6. Método de análisis a utilizar

La forma de análisis que vamos a utilizar se trata del método *sign test* o test del signo. Este test indica que el número de estudios con un determinado beneficio (como es nuestro caso al tratarse de consecuencias positivas del cuidado) es significativamente mayor que el esperado por azar. Así, plantearíamos la hipótesis nula que fundamenta que el número de estudios que obtienen beneficio es igual al número de estudios con daño, o lo que es lo mismo, con una probabilidad de que aparezca un determinado efecto de 0.5. Tendríamos que hallar el número de estudios con efecto positivo y con efecto negativo sin tener en cuenta la significación estadística ni el tamaño del efecto por lo que habrá una cantidad mayor (M) y una cantidad menor (m). Después calculamos 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 se obtiene el valor de p para el test (47).

3. RESULTADOS

3.1. Descripción general de los resultados

Primeramente vamos ver el tipo de PCI. De los 27 estudios incluidos finalmente en la muestra, 8 de ellos no especifican el tipo de relación con la PD, por lo que pueden ser familia, amigos, vecinos, etc., en cambio, en los 19 restantes sí que detalla que se trata de personas cuidadoras familiares (7-10,14,15,17,19,29,30,32-34,36,37,43,44,46,48).

El tipo de enfermedades a los que prestaban cuidados las PCI eran muy diversas. Vemos personas que sufren demencia o alzheimer (8,17,29,30,33), enfermedad mental grave (incluyendo esquizofrenia) (7,11,15,35,37), accidente cerebrovascular (ACV) (9,32,36,39,43,45) cáncer (10,12,19,31,34,42,44) y personas trasplantadas (40). Esta información aparece detallada en la tabla 3. El 11.11% de los estudios no describen qué enfermedad padece la PD.

Patología	Autor y año
Demencia o alzheimer	Andren, S. 2005 (17)
	Andren, S. 2008(8)
	Valimaki, TH. 2009(29)
	Mockler, D. 1998(30)
	Orgeta, 2013(33)
Enfermedad mental grave	Suresky, MJ. 2008(15)
	Weimand, BM. 2010(37)
	Zauszniewski, JA. 2009(35)
	Mizuno, E. 2012(11)
	Hsiao, CY. 2014(7)
ACV	Jaracz, K. 2012(36)
	Nilsson, I. 2001(32)
	Forsberg-Wärleby, G. 2002(43)
	Van Puymbroeck, M. 2008(45)
	Larson, J. 2005(9)
	Van Puymbroeck, M. 2005(39)
Cáncer	Khanjari, S. 2012(10)
	Rokach, A. 2013(12)
	Tang, ST. 2008(19)
	Tang, ST. 2008(42)
	Drabe, V. 2015(31)
	Shor, N. 2015(44)
	Tang, ST. 2013(34)
Personas trasplantadas	Goetzman, L. 2012(40)

Tabla 3. Clasificación de estudios según el tipo de enfermedad que padecen las PD.

El 22.2% de los estudios proceden de Suecia (1,8,9,17,32,43), pero también nos encontramos con diversos países como Estados Unidos (15,35), Polonia (36), Irán (10), Japón (11,41), Israel (12,44), China (7,19,34,38,48), Finlandia (29), Florida (39,45), Noruega (37), Suiza (31,46) y Reino Unido (30,33).

Respecto al tipo de estudios, la totalidad de ellos son estudios primarios, 20 de ellos son descriptivos transversales y los 7 restantes son longitudinales y prospectivos (10,34,36,39,45,49).

Las consecuencias positivas asociadas al SOC han sido 4, que hemos categorizado atendiendo a criterios de proximidad conceptual en: calidad de vida, satisfacción con la vida/cuidado y confianza con el cuidado, salud percibida y bienestar y otros. Cada categoría se ha presentado en una tabla diferente. Los datos que contiene cada una de ellas son: Apellidos e iniciales del nombre del autor principal de cada estudio junto con el año de publicación, país en el que se ha realizado el estudio, diseño, número de participantes en el estudio (muestra), tipo de muestreo (especificando si es probabilístico o no probabilístico), características de la población de estudio, el nombre de la escala utilizada en el estudio a comparar con el SOC, y dentro de los hallazgos encontrados se especifica el sentido, el valor de p , y el tamaño del efecto.

En relación al cuestionario del SOC utilizado en cada estudio se tuvo en cuenta que fuera o la versión original SOC-29 o la posterior versión abreviada SOC-13 pero no se hicieron distinciones entre ambos debido a que los dos son cuestionarios originales(23) e igualmente válidos para los objetivos de nuestra investigación según muestran los valores de α de Cronbach's en la revisión sistemática realizada por Eriksson y Linström sobre la validez de las escalas de Antonovsky. Estos valores de α de Cronbach oscilan para la escala SOC-13 entre 0.70 y 0.92 y para la escala SOC-29 el rango oscila entre 0.70 y 0.95 (50).

A continuación se encuentran especificados los distintos efectos mencionados anteriormente en varias categorías.

3.2. Resultados de la relación entre SOC y CV

La tabla 4 refleja los tipos de estudios escogidos para medir la CV relacionada con el SOC. De los doce autores que estudian la relación entre CV y SOC, el 75% realizan estudios descriptivos transversales, Khanjari (10) hace un estudio longitudinal con dos mediciones y Tang (19) y Välimäki (29) realizan estudios prospectivos. El tipo de muestreo que predomina es el no probabilístico a excepción del estudio de Ekwall (1) que es aleatorio. En cuanto a la relación de las PCI con la PD no hay un tipo que predomine llamativamente. El tipo de PD son enfermos mentales en un 25%, personas con cáncer en un 33.3% y el resto de patologías (ACV, deterioro y alzheimer) constituyen el 41.6% restante.

Autor y año	País	Diseño	N	Muestreo	Características de la población	Instrumento de medida	Hallazgos			
							Sentido	Asociación* /valor de p	Tamaño del efecto	
									Tipo	Valor
Suresky, MJ. 2008(15)	Israel	Descriptivo transversal	60	No probabilístico	Cuidadoras familiares de enfermos mentales graves	Short Form-12 Health Survey (SF-12)	Positivo	P<0,001*	Regresión lineal simple	B=0,65
Khanjari, S. 2012(10)	Irán	Descriptivo longitudinal (dos mediciones) T1 y T2	115	No probabilístico	Cuidadores familiares de pacientes con cáncer de mama	Caregiver quality of life index-cancer (CQOLC)				
		T1 (2 o 3 semanas tras diagnóstico)					Positivo	P=0,01*	Coeficiente de correlación	B=0,49
		T2 (6 meses después)					Positivo	P=0,01*	Coeficiente de correlación	B=0,61
Ekwall, AK. 2007(1)	Suecia	Descriptivo transversal	171	Probabilístico	Cuidadores informales de 75 años en adelante	SF-12 (dimensión mental)	Positivo	P<0,001*	Regresión lineal múltiple	B=0,344 IC(95%)=0,152-0,535
Kuroda, A. 2007(41)	Japón	Descriptivo transversal	42	No probabilístico	Cuidadores de personas con deterioro	SF-12				
						MCS (dimensión mental)	Positivo	P=0,046*	Regresión logística	OR= 0,84 IC(95%)=0,70-1,00
						PCS (dimensión física)	Positivo	P=0,184	Regresión logística	OR= 0,93 IC(95%)=0,82-1,04

Autor y año	País	Diseño	N	Muestreo	Características de la población	Instrumento de medida	Hallazgos			
							Sentido	Asociación* /valor de p	Tamaño del efecto	
									Tipo	Valor
Larson, J. 2005(9)	Suecia	Descriptivo transversal	100	No probabilístico	Cónyuges de pacientes que han sufrido ACV	Visual Analogue Scale (VAS)	Negativo	P=0,060	R de Pearson	B=-0,409 IC(95%)=(-0,835-0,018)
Mizuno, E. 2012(11)	Japón	Descriptivo transversal	34	No probabilístico	Cuidadores de personas con esquizofrenia	World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-26)			Coeficiente de correlación de Spearman	Compara 3 dimensiones SOC con 4 dimensiones de CV
							Positivo	P>0,05	Comprensibilidad	Física B=0,369
							Positivo	P<0,05*		Psicológica B=0,498
							Positivo	P>0,05		Relaciones sociales B=0,381
							Positivo	P<0,01*		Medio ambiente B=0,560
							Positivo	P>0,05	Manejabilidad	Física B=0,305
							Positivo	P>0,05		Psicológica B=0,364
							Positivo	P<0,01*		Relaciones sociales B=0,528
							Positivo	P<0,01*		Medio ambiente B=0,454
							Positivo	P>0,05	Significatividad	Física B=0,255
							Positivo	P<0,05*		Psicológica B=0,491
							Positivo	P<0,01*		Relaciones sociales B=0,482
							Positivo	P<0,01*		Medio ambiente B=0,581

Autor y año	País	Diseño	N	Muestreo	Características de la población	Instrumento de medida	Hallazgos			
							Sentido	Asociación* /valor de p	Tamaño del efecto	
									Tipo	Valor
Tang, ST. 2008(19)	China	Prospectivo longitudinal	253	No probabilístico	Cuidadores familiares de pacientes con cáncer terminal	Caregiver Quality Of Life Index-Cancer(CQOLC)	Positivo	P<0,0001*	Análisis bivalente correlación de Pearson	R=0,54
Välimäki, TH. 2009(29)	Finlandia	Prospectivo (cohorte)	170	No probabilístico	Cónyuges cuidadoras de enfermos de alzhéimer	15D Questionnaire	Positivo	P<0,01*	Regresión lineal	0,399
Weimand, BM. 2010(37)	Noruega	Descriptivo transversal	226	No probabilístico	Cuidadores familiares de enfermos mentales graves	Short Form-36 Health Survey (SF-36)	Positivo	P<0,05*	Coefficiente de correlación de Spearman	Rho Spearman= Los valores van desde 0.240 a 0.634
Yang, X. 2012(38)	China	Descriptivo transversal	1144	No probabilístico	Ancianos que viven en la comunidad	SF-36				
						MCS (dimensión mental)	Positivo	P=0,001*	Coefficiente de correlación de Spearman	B estandarizada= 0,129 IC (95%)= 0,227-0,566.
						PCS (dimensión física)	Positivo	P=0,012*	Coefficiente de correlación de Spearman	B estandarizada= 0,072 IC (95%)= 0,051-0,403

Autor y año	País	Diseño	N	Muestreo	Características de la población	Instrumento de medida	Hallazgos			
							Sentido	Asociación* /valor de p	Tamaño del efecto	
									Tipo	Valor
Drabe, N. 2015(31)	Suiza	Descriptivo transversal	207	No probabilístico	Cuidadores de pacientes con cáncer	EUROHIS-QOL 8-item Index hombres	Negativo	P>0,05	Análisis multivariante	B= -0,030
						EUROHIS-QOL 8-item index mujeres	Negativo	P>0,05	Análisis multivariante	B= -0,034
Shor, V. 2015(44)	Israel	Descriptivo transversal	100	No probabilística	Cuidadores (hombres) parejas de mujeres con cáncer de mama	Medical outcomes study (MOS SF-36) questionnaire	Positivo	P>0,05	Manova	F(1,98)= 2,9
					Maridos de mujeres sanas (grupo control)	Medical outcomes study (MOS SF-36) Questionnaire	Positivo	P>0,05	Manova	
					Muestra completa (n=100)	Dimensión física	Positivo	P<0,05*	Regresión lineal	R=0,68
					Muestra completa (n=100)	Dimensión mental	Positivo	P<0,01*	Regresión lineal	R=0,72

Tabla 4. Estudios que relacionan SOC y CV

*p<0.05

A continuación presentamos el análisis estadístico mediante el test del signo para dos agrupaciones de los estudios, por un lado para el sentido de la relación (tabla 5) y para la asociación estadística encontrada en los estudios (tabla 6):

Sentido			
Consecuencias	Tipo	Nº resultados	Valor de p
CV	Positivo	28	0.000*
	Negativo	3	

Tabla 5. Test del signo para los resultados encontrados que relacionan SOC y CV (sentido positivo y negativo)

Asociación estadística			
Consecuencias	Si/No	Nº resultados	Valor de p
CV	Si	20	0.150**
	No	11	

Tabla 6. Test del signo para los resultados encontrados que relacionan SOC y CV (asociación y no asociación)

La tabla 5 nos muestra que hay 28 resultados que nos indican un sentido positivo (las variables relacionadas son directamente proporcionales) y 3 con sentido negativo (las variables relacionadas son inversamente proporcionales). Aunque la proporción es mayoritariamente a favor de los positivos, realizamos el test del signo consiguiendo un valor para p de 0.000, lo que significa que $M > m$ siendo los resultados con sentido positivo significativamente mayores que los estudios con sentido negativo.

Para la asociación estadística de la variable SOC en relación con la variable CV (tabla 6), hallamos 20 resultados con asociación estadística y 11 resultados con no asociación. En este caso, al igual que antes para el sentido, realizamos el test del signo obteniendo un valor para p de 0.150, igualando el valor de M y m no hallando diferencias significativas entre los estudios con $p < 0.05$ y los que poseen un valor de $p \geq 0.05$. Hay discrepancias entre ambos resultados puesto que en el caso del sentido el resultado del valor de p es esperado pero en el caso de la asociación hay algunos resultados que no se ha encontrado asociación pero un motivo puede ser debido a la escasa potencia estadística (error tipo II), lo que puede llevar a falsas

conclusiones de ausencia de heterogeneidad o significación estadística por escasez de tamaño muestral (47).

Los estudios en los que no se ha encontrado un sentido positivo han sido los de Larson (9) y Drabe (31) y en los que no se ha encontrado asociación estadística han sido en los estudios de Kuroda (41) en la dimensión física del cuestionario de CV, Larson (9), en algunas dimensiones de los resultados encontrados en el estudio de Mizuno (11), en el de Drabe (31) y en el de Shor (44).

3.3. Resultados de la relación entre SOC y satisfacción con la vida/cuidado y confianza con el cuidado

La dimensión agrupada de satisfacción con la vida y con el cuidado y la confianza con el cuidado (tabla 7) hemos considerado analizarlas juntas por la gran similitud que existe entre ellas.

El país que más estudia esta dimensión es China con los estudios de Hsiao (7) y Tang (34,42). El tipo de estudios que nos encontramos son descriptivos transversales y Van Puymbroeck (39) y Tang (34) realizan estudios longitudinales. El muestreo utilizado en todos los estudios es no probabilístico (sin aleatorización) y casi todos son cuidadores familiares a excepción del estudio de Van Puymbroeck (39) que no especifica la relación con la PC.

Autor y año	País	Diseño	N	Muestreo	Características de la población	Instrumento de medida/variable	Hallazgos			
							Sentido	Asociación*/ Valor de p	Tamaño del efecto	
									Tipo	Valor
Goetzmann, L. 2012(46)	Suiza	Descriptivo transversal	121	No probabilístico	Cónyuges o cuidadoras que conviven con pacientes transplantados	Life Satisfaction (FLZ)	Positivo	Sin datos	Análisis de regresión jerárquica	Sin datos
						Satisfacción con la vida				
Forsberg-Wärleby, G. 2002(43)	Suecia	Descriptivo transversal	83	No probabilístico	Cónyuges de pacientes sufridores de ACV por primera vez	Life Satisfaction Checklist	Positivo	P<0,001*	Coeficiente de correlación de Spearman	r=0,50 IC 95% (0,31-0,65)
						Satisfacción con la vida				
Van Puymbroeck, M. 2005(39)	Florida	Cohorte prospectiva (descriptivo longitudinal)	92	No probabilístico	Cuidadoras informales de pacientes que han sufrido ACV	Dimensión de escala de calidad de vida	Positivo	p=0,0002*	Regresión	F=9,48
						Satisfacción cuidado				
Hsiao, C-Y. 2014(7)	China	Descriptivo transversal correlacional	243	No probabilístico	Cuidador familiar de pacientes con esquizofrenia	CASI	Positivo	p=0,01*	Coeficiente de regresión	B=0,33
						Satisfacción con el cuidado				
Tang, ST. 2008(42)	China	Descriptivo transversal	253	No probabilístico	cuidadores familiares de pacientes con cáncer terminal	CIC	Positivo	p=0,05	Regresión lineal	B= -0,091
						Confianza en el cuidado				
Tang, ST. 2013(34)	China	Descriptivo longitudinal	621	No probabilístico	Cuidadores familiares de pacientes con cáncer terminal	CIC	Positivo	p<0,0001*	Coeficiente correlación	r=0,19
						Confianza con el cuidado				

Tabla 7. Estudios que relacionan SOC y Satisfacción con la vida/cuidado y confianza con el cuidado *p<0.05

A continuación presentamos el análisis estadístico mediante el test del signo para el sentido de la relación (tabla 8) y para la asociación estadística encontrada en los estudios (tabla 9):

Sentido			
Consecuencias	Tipo	Nº resultados	Valor de p
Satisfacción con la vida/cuidado y confianza con el cuidado	Positivo	6	No procede
	Negativo	0	

Tabla 8. Test del signo para los resultados encontrados que relacionan SOC y satisfacción con la vida/cuidado y confianza con el cuidado (sentido positivo y negativo)

Asociación estadística			
Consecuencias	Si/No	Nº resultados	Valor de p
Satisfacción con la vida/cuidado y confianza con el cuidado	Si	4	0.375**
	No	1	

Tabla 9. Test del signo para los resultados encontrados que relacionan SOC y satisfacción con la vida/cuidado y confianza con el cuidado (asociación y no asociación)

Como se puede observar en la tabla 8, en el caso de esta dimensión estudiada todos los estudios encuentran un sentido positivo por lo que no es necesario realizar el test del signo para el sentido.

Para analizar la asociación estadística (tabla 9), en este caso sí que vamos a realizar el test del signo puesto que de los seis estudios, en el de Goetzmann (46) no se incluyen datos en cuanto a la asociación y de los cinco restantes, cuatro tienen asociación estadística y uno de ellos no(42). El resultado que hallamos es $p=0.375$ igualando el valor de M y m. Este valor, al igual que comentamos en la dimensión de calidad de vida puede no ser relevante debido a la falta de potencia estadística (error tipo II) (51).

3.4. Resultados de la relación entre SOC y salud percibida y bienestar

Suecia, el país que más estudia esta dimensión, cuenta con cuatro estudios(8,17,32,43). El tipo de estudio que más encontramos, de nuevo, es el descriptivo transversal ya que de siete resultados, seis son de este tipo. El único que es longitudinal es el realizado por Van Puymbroeck (45) y todos utilizan muestreo no probabilístico. Todo esto lo podemos observar en la tabla 10.

Autor y año	País	Diseño	N	Muestreo	Características de la población	Instrumento de medida	Hallazgos			
							Sentido	Asociación* /valor de p	Tamaño del efecto	
									Tipo	Valor
Andrén, S. 2005(17)	Suecia	Descriptivo transversal	153	No probabilístico	Cuidadoras familiares de pacientes con demencia	Escala Nottingham Health Profile	Positivo	p=0,000*	Coeficiente de correlación de Spearman	β =-0,406
						Salud percibida				
Andrén, S. 2008(8)	Suecia	Descriptivo transversal	130	No probabilístico	Cuidadoras familiares de mayores con demencia	Escala Nottingham Health Profile	Positivo	p<0,01*	Coeficiente de correlación de Spearman	-0,6
						Salud percibida				
Orgeta, V. 2013(33)	Reino Unido	descriptivo transversal	170	No probabilístico	Cuidadores familiares de pacientes con demencia	EuroQol-Visual Analogue Scale (EQ-VAS)	Positivo	p<0,001*	Regresión lineal múltiple	r=42
						Salud percibida				
Van Puymbroeck, M. 2008(45)	Florida	Descriptivo longitudinal, cohorte	87	No probabilístico	Cuidadores informales de pacientes que han sufrido ACV	Self-Rating of Health	Negativo	p<0,05*	Coeficiente correlación Pearson	r=-0,225
						Salud percibida				
Weimand, BM. 2010(37)	Noruega	Descriptivo transversal	226	No probabilístico	Cuidadores familiares de enfermos mentales graves	Burden Assessment Schedule (BAS)-subescala "impacto de bienestar"	Positivo	p=0,000*	Coeficiente de correlación de Spearman	rho Spearman = -0,452
						Bienestar				

Autor y año	País	Diseño	N	Muestreo	Características de la población	Instrumento de medida	Hallazgos			
							Sentido	Asociación* /valor de p	Tamaño del efecto	
									Tipo	Valor
Nilsson, I. 2001(32)	Suecia	Descriptivo transversal	10	No probabilístico	Cuidadores familiares de pacientes sufriendores de ACV	Well-Being measure (WM)	Positivo	p>0,05	Coeficiente de correlación.	B=-0,273
						Bienestar				
Forsberg-Wärleby, G. 2002(43)	Suecia	Descriptivo transversal	83	No probabilístico	Cónyuges de pacientes sufriendores de un ACV por primera vez	Psychological General Well-Being (PGWB) Index	Positivo	p=0,003*	Coeficiente de correlación de Spearman	r=0,34 IC 95% (0,12-0,53)
						Bienestar psicológico				

Tabla 10. Estudios que relacionan SOC y Salud percibida y bienestar

*p<0.05

A continuación presentamos el análisis estadístico mediante el test del signo para dos agrupaciones de los estudios, por un lado para el sentido de la relación (tabla 11) y para la asociación estadística encontrada en los estudios (tabla 12):

Sentido			
Consecuencias	Tipo	Nº resultados	Valor de p
Salud percibida y bienestar	Positivo	6	0.125**
	Negativo	1	

Tabla 11. Test del signo para los resultados encontrados que relacionan SOC y salud percibida y bienestar (sentido positivo y negativo)

Asociación estadística			
Consecuencias	Si/No	Nº resultados	Valor de p
Salud percibida y bienestar	Si	6	0.125**
	No	1	

Tabla 12. Test del signo para los resultados encontrados que relacionan SOC y salud percibida y bienestar (asociación y no asociación)

Analizamos la tabla 11 para el sentido y comprobamos que todos, a excepción de uno, poseen un sentido positivo así que calculamos el test del signo y sale un valor de $p=0.125$ lo que quiere decir que $M=m$ y, por lo tanto, no significa que el haber seis estudios con sentido positivo sea significativamente mayor al número de estudios con sentido negativo, aunque sólo fuera uno en esta ocasión.

Respecto al análisis de la asociación estadística (tabla 12) el resultado es igual que para el sentido porque hallamos seis estudios que sí tienen asociación estadística y uno sólo que no tiene asociación, por lo que coincide, siendo $p=0.125$, igualando el valor de M y m , realizando la misma interpretación que para el sentido. No quiere decir que el que haya seis estudios con un valor de $p<0.05$ sea significativamente mayor al número de estudios con $p\geq 0.05$.

3.5. Resultados de la relación entre SOC y otros

En la tabla 13 podemos encontrar las siguientes variables relacionadas con el SOC: apoyo social, afrontamiento, apreciación del cuidado, impacto de la relación con otros, estado de salud general, autoestima, percepción positiva del cuidado e ingenio.

Al igual que hay una diversidad de variables de medición, encontramos distintas procedencias de los estudios, por ejemplo, Polonia (36), Reino Unido (30) o Israel (12). Los estudios del tipo descriptivos transversales son los protagonistas en estas variables de medición.

Las PCI fueron elegidas en su totalidad mediante muestreo no probabilístico y casi la unanimidad de ellas fueron cuidadores familiares exceptuando el estudio de Rokach (12) que no especifica el tipo de relación existente entre la PC y la PCI.

Autor y año	País	Diseño	n	Muestreo	Características de la población	Instrumento de medida/Variable	Hallazgos			
							Sentido	Asociación*/ valor de p	Tamaño del efecto	
									Tipo	Valor
Jaracz, K. 2012(36)	Polonia	Descriptivo longitudinal	150	No probabilístico	Cuidador familiar de pacientes con ACV	Berlin Social Support Escala	Positivo	p<0,01*	Coeficiente de Correlación	B=0,43
						Apoyo social				
Rokach, A. 2013(12)	Israel	Descriptivo transversal	426	No probabilístico	Cuidadores de pacientes con cáncer	Loneliness coping	Sin datos	P≥0,05	MANCOVA	No encuentra diferencias significativas entre SOC y 4 dimensiones cuestionario
						Afrontamiento				
Weimand, BM. 2010(37)	Noruega	Descriptivo transversal	226	No probabilístico	Cuidadores familiares de enfermos mentales graves	Burden Assessment Schedule (BAS)	positivo	P=0.604	Coeficiente de correlación de Spearman	rho Spearman= 0,38
						Apreciación del cuidado				
						Burden Assessment Schedule (BAS)	Positivo	P=0.824	Coeficiente de correlación de Spearman	rho Spearman=0,16
						Impacto de la relación con otros				

Autor y año	País	Diseño	n	Muestreo	Características de la población	Instrumento de medida/Variable	Hallazgos			
							Sentido	Asociación*/valor de p	Tamaño del efecto	
									Tipo	Valor
Mockler, D. 1998(30)	Reino Unido	Descriptivo transversal	50	No probabilístico	Cuidador familiar que convive con un paciente con demencia	(Subescala "casuidad psiquiátrica"): General Health Questionnaire-28	Positivo	p<0,001*	Coeficiente de correlación de Spearman	r=-0,46
						Estado de salud general				
Tang, ST. 2008(42)	China	Descriptivo transversal	253	No probabilístico	Cuidadores familiares de pacientes con cáncer terminal	Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)	Positivo	P=0,58	Regresión lineal	-0,3
						Autoestima				
Zauszniewski, JA. 2009(35)	Estados Unidos	Descriptivo transversal	60	No probabilístico	Cuidadoras familiares de pacientes con enfermedad mental grave	8-item Depressive Cognition Scale (DCS)	Positivo	p=0,000*	Matriz de correlación	0,626
						Percepción positiva				
						36-item Self-Control Schedule (SCS)	Positivo	p=0,000*	Matriz de correlación	0,77
						Ingenio				

Tabla 13. Estudios que relacionan SOC y Otras variables positivas del cuidado

*p<0.05

Por último, detallamos los resultados del test del signo para las dos agrupaciones de los estudios, por un lado el sentido de la relación (tabla 14) y por otro para la asociación estadística (tabla 15):

Sentido			
Consecuencias	Tipo	Nº resultados	Valor de p
Otros	Positivo	7	No procede
	Negativo	0	

Tabla 14. Test del signo para los resultados encontrados que relacionan SOC y otras variables positivas del cuidado (sentido positivo y negativo)

Asociación estadística			
Consecuencias	Si/No	Nº resultados	Valor de p
Otros	Si	4	No procede
	No	4	

Tabla 15. Test del signo para los resultados encontrados que relacionan SOC y otras variables positivas del cuidado (asociación y no asociación)

Tanto para el sentido como para la asociación, hemos considerado que no procede realizar el test del signo puesto que las variables agrupadas no permiten una agrupación en cuanto que se refieran a un constructo próximo o similar. Si hay que mencionar que todos los estudios encuentran sentido positivo, es decir, son directamente proporcionales, cuando aumenta el SOC, aumenta cada una de las variables estudiadas como se puede observar en la tabla 14. En cuanto a la asociación, hay igual número de resultados que encuentran asociación que resultados que no encuentran asociación (tabla 15).

Finalmente, se muestra la tabla 16 detallando el sentido de cada agrupación de consecuencias positivas del cuidado junto con el número de sentidos positivos y negativos y el valor de p al realizar el test del signo. Muestra una síntesis de los resultados para cada agrupación de las consecuencias positivas del cuidado: CV, satisfacción con la vida, con el cuidado y confianza con el cuidado, salud y bienestar y otros.

Sentido			
Consecuencias	Tipo	Nº resultados	Valor de p
CV	Positivo	28	0.000*
	Negativo	3	
Satisfacción con la vida/cuidado y confianza con el cuidado	Positivo	6	No procede
	Negativo	0	
Salud percibida y bienestar	Positivo	6	0.125**
	Negativo	1	
Otros	Positivo	7	No procede
	Negativo	0	

Tabla 16. Síntesis de resultados del test del signo al relacionar SOC y consecuencias positivas del cuidado (sentido positivo y negativo) *M>m **M=m

Ahora, aportamos la tabla 17 detallando la asociación estadística de cada agrupación de consecuencias positivas del cuidado junto con el número de resultados que tienen o no tienen asociación estadística y el valor de p al realizar el test del signo. Detalla un resumen de los resultados para cada agrupación de consecuencias positivas del cuidado mencionadas anteriormente.

Asociación estadística			
Consecuencias	Si/No	Nº resultados	Valor de p
CV	Si	20	0.150**
	No	11	
Satisfacción con la vida/cuidado y confianza con el cuidado	Si	4	0.375**
	No	1	
Salud percibida y bienestar	Si	6	0.125**
	No	1	
Otros	Si	4	No procede
	No	4	

Tabla 17. Síntesis de resultados en cuanto a la asociación estadística y resultados al realizar el test del signo. *M>m **M=m

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este trabajo hemos puesto de manifiesto la evidencia disponible en cuanto a la relación existente entre el SOC y las consecuencias positivas del cuidado en las PCI, aportando, de esta manera una revisión pionera en este terreno. Hemos apuntado hacia la posible relación positiva entre el SOC y las consecuencias positivas del cuidado en las PCI. Dichas consecuencias las hemos agrupado en 4 categorías: “CV”, “satisfacción con la vida, con el cuidado y confianza con el cuidado”, “salud percibida y bienestar” y “otros”. Como criterio de agrupación de las consecuencias hemos decidido hacerlo atendiendo a la proximidad o similitud de los constructos teóricos investigados en la literatura que se han relacionado con el SOC en esta población.

En primer lugar, la CV es una dimensión fundamental para relacionarla con el SOC puesto que autores como Eriksson y Lindström la han estudiado en trabajos previos(23,28). En nuestro estudio, la CV es el efecto con más número de resultados estudiados en cuanto a la relación con el SOC en PCI. Las PCI sufren efectos negativos durante el cuidado por lo que eso, repercute directamente en su calidad de vida, por esto, el SOC es un recurso fuerte para mejorarla. Eriksson y Lindström, en su revisión bibliográfica aportan una nueva y coherente relación entre el SOC y la CV ya que es un predictor significativo de la CV. Un fuerte SOC está fuertemente relacionado con una buena CV. Los resultados del test de signo nos muestra un claro sentido positivo, con un valor de $p=0.000$. Según lo expuesto, apoyamos la relación encontrada en base al sentido. Sin embargo, el test del signo para la asociación no muestra diferencias significativas entre el número de estudios con $p<0.05$ y el número de estudios con $p\geq 0.05$. Estos puede ser debido a la escasa potencia estadística de los resultados analizados por lo que puede hallarse una no significación estadística cuando, en realidad, sí la hay. Consideramos interesante destacar el estudio de Larson (9) que muestra un sentido negativo al igual que no encuentra significación estadística por lo que podría no ser significativo. Igual

ocurre con el estudio de Drabe (31) en los dos resultados que se estudian, tanto en hombres como en mujeres. En base a la asociación estadística los estudios de Kuroda (41), Mizuno (11) y Shor (44) que obtienen un sentido positivo pero una no asociación estadística. Los tres coinciden en que tienen un escaso tamaño muestral. Aunque no se muestre en la tabla de resultados de la CV (tabla 2), el estudio de Suresky (15) encuentra que el efecto del estrés percibido en la CV puede ser parcialmente mediada por el SOC, ejerciendo una influencia indirecta en el estrés percibido para así poseer una mejor calidad de vida. El efecto del estrés percibido sobre la calidad de vida ocurre a través del SOC.

Respecto a la segunda categoría de agrupación de los resultados (satisfacción con la vida/cuidado y confianza con el cuidado) está hecha en base a la proximidad de los constructos agrupados. Hemos aportado también datos a favor de una relación positiva y ocurre igual que para la categoría CV que no encuentra significación estadística entre los resultados que sí hallan asociación con respecto a los que no la hallan pero como se ha mencionado antes puede ser debido a un error tipo II. Como podemos observar, el estudio de Tang (42) encuentra un sentido positivo a su estudio pero, en cambio, no logra encontrar significación estadística aunque el valor sea muy próximo a la significación ($p=0.05$). En esta categoría no existe una revisión para comparar resultados puesto que, como dijimos antes, esta revisión es una investigación pionera en el estudio de estas categorías relacionadas con el SOC. Tampoco podemos darle una importancia sublime a los estudios de Van Puymbroeck (39) y Forsberg-Wärleb (43) ya que realizan estudios con una muestra muy pequeña por lo que los resultados encontrados pueden no ser realmente consistentes.

En el caso de la variable de agrupación salud percibida y bienestar, el análisis expuesto con anterioridad muestra cómo el test del signo no encuentra diferencias significativas ni en base al sentido ni a la asociación estadística, por lo que $M=m$ en ambos casos. Es necesario comentar que el único estudio que indica un resultado negativo en cuanto al sentido es el

estudio de Van Puymbroeck (45). Si revisamos la asociación estadística, el estudio de Nilsson (32) no logra hallar significación en relación al bienestar con el SOC pero se trata de un estudio con un tamaño muestral muy pequeño (10 personas) y su escasa potencia puede estar influyendo en este resultado. Queriendo comparar resultados con revisiones sistemáticas previas, nos es imposible, al igual que ocurre en la categoría anterior, puesto que tampoco existe una revisión para poder comparar resultados.

En la última categoría de agrupación, otros, se recogen estudios donde se pone de manifiesto la relación existente entre el SOC y diferentes resultados positivos tales como: apoyo social (36), afrontamiento (12), apreciación del cuidado(37), impacto de la relación con otros (37), estado de salud general (30), autoestima (42), percepción positiva (35) e ingenio (35). Podemos observar que todos los resultados que especifican el sentido lo hacen de forma positiva, excepto el estudio de Rokach (12) que no nos proporciona datos al respecto. Al revisar la asociación estadística vemos que hay igual número de resultados con asociación que sin asociación. Como podemos apreciar, para las PCI es igual de importante las variables que conciernen al ámbito de la sociedad por ejemplo, apoyo social e impacto de la relación con otros, así como las variables psicológicas como la autoestima, la percepción positiva, el ingenio y el afrontamiento. Volviendo a la variable de estudio SOC, la relación entre ésta y las consecuencias positivas del cuidado parece apuntar hacia una relación positiva entre ambos igual que parece tener influencia entre las PCI.

Como se ha mostrado, hemos hallado información consistente entre los resultados encontrados en nuestra revisión y la realizada por Eriksson y Lindström (52). El efecto mediador del SOC ha sido estudiado por Suresky (15) con las variables estrés percibido como variable independiente y CV como variable dependiente demostrando que el SOC media parcialmente el efecto del estrés percibido sobre la CV.

Las demás categorías no tienen revisiones bibliográficas con las que comparar por lo que no podemos afirmar la consistencia de los resultados encontrados solamente a través de estudios primarios.

4.1. Limitaciones del estudio

Nuestro estudio posee algunas limitaciones que deben ser detalladas. En primer lugar los tipos de estudios incluidos en la revisión sistemática son en su mayoría transversales por lo que hay una imposibilidad de determinar causalidad debido a la falta de control en la secuencia temporal. Aunque también incluimos algún estudio longitudinal, hacen las funciones de transversales. Sería deseable la realización de un meta-análisis de los resultados, porque en este estudio no se han valorado la presencia de sesgos, heterogeneidad, etc. Y, por último, no hemos obtenido una opinión de expertos en este tema.

En cuanto a futuras investigaciones, en primer lugar creemos que deberían investigarse la relación entre las consecuencias positivas del cuidado mediante estudios longitudinales que podría aportar mejor evidencia entre la relación causal para estas variables o constructos, ya que el SOC no es tan estable como Antonovsky creía que era (25). En segundo lugar, cabría plantearse tomar una decisión sobre los instrumentos que serían más adecuados para relacionar el SOC y otras variables positivas del cuidado. Finalmente, podemos aportar sugerencias que serían deseables que se llevaran a cabo como la realización de un meta-análisis de los resultados existentes en la literatura.

Pese a las limitaciones expresadas podemos proponer algunas conclusiones:

Sería deseable introducir este constructo en nuestro país en la PS para así, promover los hábitos saludables en el cuidado y prevenir las consecuencias negativas antes de que éstas aparezcan. Este aspecto, donde mejor se puede abordar es desde la enfermería ya que es el personal que más en contacto está con el paciente. Algunos aspectos importantes e

información relevante pueden ser proporcionados por el personal de enfermería y las PCI podrían actuar con más efectos positivos en su vida (17).

Parece razonable afirmar que el SOC nos permite construir un constructo teórico que apunta a estar relacionado con un mejor desempeño en el rol del cuidador y, por lo tanto, a una mejor salud de la PCI.

La evidencia aportada en este trabajo permite apoyar una relación entre el SOC y las consecuencias positivas del cuidado en PCI, teniendo una relación positiva entre ambas, ya que, la gran mayoría de resultados señalan hacia un sentido positivo, siempre asumiendo las limitaciones propias del tipo de estudios incluidos. Cabe destacar la influencia que la CV de la PCI parece tener sobre el SOC. Podríamos decir que actúa como un factor protector para la mayoría de categorías analizadas, es decir, un aumento de estas variables conllevarían a un aumento del SOC.

5. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ekwall AK, Sivberg B, Hallberg IR. Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *J Adv Nurs* 2007 Mar;57(6):584-596.
- (2) Larsson BW. Patients' views on quality of care: age effects and identification of patient profiles. *J Clin Nurs* 1999 Nov;8(6):693-700.
- (3) Ferré-Grau C, Cid-Buera D, Aparicio-Casals M, Boque-Cavallé M, Valdivieso-López A, Lleixà-Fortuño M. Los Cuidadores Familiares en España: un estudio de intervención comunitaria. *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* 2010:34.
- (4) Artaso B, Goñi A, Biurrun A. Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2003;38(4):212-218.
- (5) del Mar García-Calventea M, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarroa G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 2):83-92.

- (6) Caap-Ahlgren M, Dehlin O. Factors of importance to the caregiver burden experienced by family caregivers of Parkinson's disease patients. *Aging Clin Exp Res* 2002 Oct;14(5):371-377.
- (7) Hsiao CY, Tsai YF. Caregiver burden and satisfaction in families of individuals with schizophrenia. *Nurs Res* 2014 Jul-Aug;63(4):260-269.
- (8) Andren S, Elmstahl S. The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. *J Clin Nurs* 2008 Mar;17(6):790-799.
- (9) Larson J, Franzen-Dahlin A, Billing E, Arbin M, Murray V, Wredling R. Predictors of quality of life among spouses of stroke patients during the first year after the stroke event. *Scand J Caring Sci* 2005 Dec;19(4):439-445.
- (10) Khanjari S, Oskouie F, Langius-Eklof 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 Nurs* 2012 Mar-Apr;35(2):148-156.
- (11) 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. *Arch Psychiatr Nurs* 2012 Aug;26(4):295-306.
- (12) Rokach A, Findler L, Chin J, Lev S, Kollender Y. Cancer patients, their caregivers and coping with loneliness. *Psychol Health Med* 2013;18(2):135-144.
- (13) Pérez, M^a del Carmen García, Río CJ, Robaina NF, Santo DES. APOYOS, SENTIDO DE COHERENCIA Y CALIDAD DE VIDA ANTE LA ENFERMEDAD MENTAL.
- (14) Zauszniewski JA, Suresky JM. Psychometric assessment of the depressive cognition scale in women family members of adults with serious mental illness. *Issues Ment Health Nurs* 2010 Jul;31(7):483-490.
- (15) Suresky MJ, Zauszniewski JA, Bekhet AK. Sense of coherence and quality of life in women family members of the seriously mentally ill. *Issues Ment Health Nurs* 2008 Mar;29(3):265-278.

- (16) World Health Organization. Programme on mental health WHOQOL User Manual. Department of Mental Health ed. Geneva: World Health Organization; 1998.
- (17) Andren S, Elmstahl S. Family caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: aspects of burden, subjective health and sense of coherence. *Scand J Caring Sci* 2005 Jun;19(2):157-168.
- (18) Ekwall AK, Hallberg IR. The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *J Clin Nurs* 2007 May;16(5):832-844.
- (19) Tang ST, Li CY, Chen CC. Trajectory and determinants of the quality of life of family caregivers of terminally ill cancer patients in Taiwan. *Qual Life Res* 2008 Apr;17(3):387-395.
- (20) Atienza AA, Collins R, King AC. The mediating effects of situational control on social support and mood following a stressor: a prospective study of dementia caregivers in their natural environments. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001 May;56(3):S129-39.
- (21) Dueñas E, Martínez MA, Morales B, Muñoz C, Viáfara AS, Herrera JA. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica* 2006;37(Supl 1):31-38.
- (22) Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública; 1986.
- (23) Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de salud. Càtedra de Promoció de la Salut, de la Universitat de Girona ed. Girona: Documenta Universitaria; 2011.
- (24) Lindstrom B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health* 2005 Jun;59(6):440-442.
- (25) de los Santos, Francisco Rivera, Valverde PR, Rodrí CM. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública* 2011;85(1):129-139.

- (26) Flensburg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. Why is Antonovsky's sense of coherence not correlated to physical health? Analysing Antonovsky's 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). *ScientificWorldJournal* 2005 Sep 14;5:767-776.
- (27) Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 2013.
- (28) Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2006 May;60(5):376-381.
- (29) Valimaki TH, Vehvilainen-Julkunen KM, Pietila AM, Pirttila TA. Caregiver depression is associated with a low sense of coherence and health-related quality of life. *Aging Ment Health* 2009 Nov;13(6):799-807.
- (30) Mockler D, Riordan J, Murphy M. Psychosocial factors associated with the use/non-use of mental health services by primary carers of individuals with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998 May;13(5):310-314.
- (31) Drape N, Klaghofer R, Weidt S, Zwahlen D, Buechi S, Jenewein J. Mutual associations between patients' and partners' depression and quality of life with respect to relationship quality, physical complaints, and sense of coherence in couples coping with cancer. *Psychooncology* 2015 APR;24(4):442-450.
- (32) 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. *Scand J Caring Sci* 2001;15(3):203-214.
- (33) Orgeta V, Sterzo EL. Sense of coherence, burden, and affective symptoms in family carers of people with dementia. *Int Psychogeriatr* 2013 Jun;25(6):973-980.
- (34) 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 Nurs* 2013 Nov-Dec;36(6):E25-33.

- (35) Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Effects on resilience of women family caregivers of adults with serious mental illness: The role of positive cognitions. *Arch Psychiatr Nurs* 2009;23(6):412-422.
- (36) Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Kozubski W. Caregiver burden after stroke: towards a structural model. *Neurol Neurochir Pol* 2012 May-Jun;46(3):224-232.
- (37) Weimand BM, Hedelin B, Sallstrom C, Hall-Lord ML. Burden and health in relatives of persons with severe mental illness: a Norwegian cross-sectional study. *Issues Ment Health Nurs* 2010 Dec;31(12):804-815.
- (38) 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 Qual Life Outcomes* 2012 Nov 27;10:143-7525-10-143.
- (39) Van Puymbroeck M, Rittman MR. Quality-of-life predictors for caregivers at 1 and 6 months poststroke: Results of path analyses. *J Rehabil Res Dev* 2005 Nov-Dec;42(6):747-760.
- (40) Goetzmann L, Scholz U, Dux R, Roellin M, Boehler A, Muellhaupt B, et al. Life satisfaction and burnout among heart, lung, liver, and kidney transplant patients and their spouses. *Swiss Journal of Psychology* 2012;71(3):125-134.
- (41) 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. *Ind Health* 2007 Jun;45(3):402-408.
- (42) Tzuh Tang S, Li C-. The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *J Psychosom Res* 2008;64(2):195-203.
- (43) Forsberg-Warleby G, Moller A, Blomstrand C. Spouses of first-ever stroke victims: Sense of coherence in the first phase after stroke. *J Rehabil Med* 2002 MAY;34(3):128-133.

- (44) Shor V, Grinstein-Cohen O, Reinshtein J, Liberman O, Delbar V. Health-related quality of life and sense of coherence among partners of women with breast cancer in Israel. *European Journal of Oncology Nursing* 2015 FEB;19(1):18-22.
- (45) Van Puymbroeck M, Hinojosa MS, Rittman MR. Influence of sense of coherence on caregiver burden and depressive symptoms at 12 months poststroke. *Topics in Stroke Rehabilitation* 2008 MAY-JUN;15(3):272-282.
- (46) Goetzmann L, Scholz U, Dux R, Roellin M, Boehler A, Muellhaupt B, et al. Attitudes towards transplantation and medication among 121 heart, lung, liver and kidney recipients and their spouses. *Swiss Med Wkly* 2012 Jun 8;142:w13595.
- (47) del Pino R, Frías A, Palomino P. La revisión sistemática cuantitativa en enfermería. *Revista americana de enfermería comunitaria* 2014 enero-junio;7(1):24-39.
- (48) Tang ST, Li C. The important role of sense of coherence in relation to depressive symptoms for Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *J Psychosom Res* 2008 FEB;64(2):195-203.
- (49) Välimäki T, Martikainen J, Hongisto K, Fraunberg M, Hallikainen I, Sivenius J, et al. Decreasing sense of coherence and its determinants in spousal caregivers of persons with mild Alzheimer's disease in three year follow-up: ALSOVA study. *International Psychogeriatrics* 2014;26(7):1211-1220.
- (50) Eriksson M, Lindstrom B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2005 Jun;59(6):460-466.
- (51) del Pino R, Frías A, Palomino P. Causalidad en epidemiología. Precisión y validez [Actualización de 2014]. *Apuntes y materiales de clase de Enfermería Comunitaria II*. Universidad de Jaén ed. Jaén; 2008.
- (52) Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2007 Nov;61(11):938-944.