

Factores asociados a la ansiedad de los cuidadores de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) durante su hospitalización

Gloria García-Guillamón¹, Roberto Bernabeu-Mora^{1,2}, Joaquina Montilla-Herrador¹, Mariano Gacto-Sánchez³, José Francisco Vicente-Ríos¹ y Francesc Medina-Mirapeix¹

¹Universidad de Murcia, Murcia, España

²Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

³Universidad de Gerona, Gerona, España

Factors associated with anxiety in caregivers of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) during their hospitalization

Abstract: Little is known about the impact that hospitalization of patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease (COPD) has on the mental health of their caregivers. The purpose of this cross-sectional descriptive study was to determine rates and factors associated with symptoms of anxiety in caregivers of patients hospitalized for acute exacerbation of COPD (AECOPD). Anxiety symptoms related to four domains (context of care, caregiving demands, caregiver resources, and patient characteristics) were measured in 87 caregivers of patients hospitalized for AECOPD. We used multiple logistic regressions to determine protective factors of anxiety during the hospitalization time. Of the 87 participants, 50 caregivers reported symptoms of anxiety during hospitalization. Caregiver burden, frailty, and degree of airflow limitation were the strongest independent factors associated to caregiver's anxiety at the time of hospitalization.

Key words: Anxiety; caregivers; chronic obstructive pulmonary disease; COPD; family care; acute exacerbation.

Resumen: Se conoce poco acerca del impacto que tiene la hospitalización de los pacientes con exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en la salud mental de sus cuidadores. El objetivo de este estudio de tipo descriptivo transversal fue determinar las tasas y factores asociados a síntomas de ansiedad en los cuidadores de pacientes hospitalizados por exacerbación aguda de EPOC (EAEPOC). Se midieron síntomas de ansiedad relacionados con cuatro dominios (contexto del cuidado, demandas del cuidado, recursos del cuidador y características del paciente) en 87 cuidadores de pacientes hospitalizados por EAEPOC. Se utilizaron análisis de regresión logística múltiple para determinar los factores protectores de la ansiedad durante la hospitalización. De los 87 participantes, 50 cuidadores presentaron síntomas de ansiedad durante la hospitalización. La sobrecarga del cuidador, la fragilidad y el grado de limitación del flujo aéreo fueron los factores independientes más fuertes asociados a la ansiedad del cuidador durante la hospitalización.

Palabras clave: Ansiedad; cuidadores; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; EPOC; cuidados familiares; exacerbaciones.

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad progresiva caracterizada por síntomas debilitantes, los cuales incluyen la dificultad para respirar, toser, y limitaciones en el flujo aéreo (Centers

Recibido: 21 diciembre 2016; aceptado: 8 junio 2017

Correspondencia: Gloria García-Guillamón, Facultad de Trabajo Social, Universidad de Murcia, Campus de Espinardo, 30100 Murcia, España. Correo-e: gloria.garcia2@um.es

for Disease Control and Prevention, 2011). La EPOC tiene un importante impacto negativo a nivel físico, psicológico y social tanto de la persona afectada por la enfermedad como de sus cuidadores (Seamark, Blake, Seamark, y Halpin, 2004). En España, la mayor parte de las personas con EPOC han recibido atención de cuidadores debido a su discapacidad y se estima que el 88.6% de los principales cuidadores eran parientes o amigos, es decir, cuidadores primarios (Peña-Longobardo, Oliva-Moreno, Hidalgo-Vega, y Miravittles, 2015). Los cuidadores primarios son definidos como «toda persona que, sin ser profesional o perteneciente a una red de apoyo social, por lo general vive con el paciente y, de alguna manera, está directamente implicada en el cuidado del paciente o está directamente afectada por el problema de salud del paciente» (Martínez-Martín et al., 2007).

La ansiedad es un fenómeno común entre los cuidadores. Esta ansiedad está derivada de la sobrecarga que produce el propio cuidado, teniendo un impacto negativo en la salud mental y en la calidad de vida de los cuidadores (Figueiredo, Gabriel, Jácome, Cruz, y Marqués, 2014; Miravittles, Peña-Logonbardo, Oliva-Moreno, e Hidalgo-Vega, 2015). La ansiedad persistente influye en la salud general del cuidador, manifestándose habitualmente como episodios de insomnio, o causando náuseas, fatiga, mareos o dolor de cabeza (Altemus, 2006; Skalla, Smith, Li, y Gates, 2013).

La hospitalización es un fenómeno común cuando hay una exacerbación aguda de EPOC (EAPOC) grave (Blumenthal et al., 2009) y, en esta circunstancia, los cuidadores primarios tienen un papel muy importante. Durante la hospitalización, el cuidador se ve sometido a un estrés derivado habitualmente de diversos factores: (1) la limitación física, psicológica o cognitiva para realizar su labor; (2) la alteración en la ejecución habitual del rol (pasando, por ejemplo, de hijo/a a cuidador/a); (3) la alteración de las interacciones sociales (entendida como la posibilidad de relacionarse con otras personas fuera del contexto hospitalario); (4) la falta de apoyo y respaldo social, y (5) el aumento en el tiempo de cuidado o supervisión requeridos (Ponce, 2006; Sánchez, Barrera, y Pinto, 2006; Carson, Bach, Brzozowski, y Leff, 1999).

Algunos estudios identifican como un recurso relevante para el procesamiento cognitivo de ciertas enfermedades crónicas como el cáncer el apoyo social percibido (Costa-Requena, Ballester-Arnal, y Gil, 2015). La aparición de exacerbaciones y hospitalizaciones son situaciones angustiosas y estresantes para los cuidadores (Grant, Cavanagh, y Yorke, 2012), y se sabe que los cuidadores de pacientes con EPOC habitualmente experimentan una sobrecarga importante, así como sintomato-

logía depresiva y ansiosa subclínica (Mansfield et al., 2016; Nakken et al., 2015; Miravittles et al., 2015). La aparición de este tipo de sintomatología supone una disminución en la funcionalidad y la calidad de vida de los cuidadores, pues está relacionada con una mayor discapacidad en el funcionamiento psicosocial de la persona y, además, esto influye en la persona en situación de dependencia, ya que se relaciona con una disminución en la calidad de los cuidados que se le proporcionan (Vázquez et al., 2015).

Sin embargo, no hay demasiada bibliografía que refleje si los cuidadores experimentan ansiedad durante la hospitalización de forma diferente a situaciones estables en las que no se produce hospitalización. Por otra parte, aunque la literatura proporciona información sobre los factores asociados a la aparición de la ansiedad en la situación de estabilidad como, por ejemplo, el género femenino, la baja educación, la percepción de la sobrecarga del cuidado o la relación de parentesco (Jacome, Figueiredo, Gabriel, Cruz, y Marques, 2014; Bergs, 2002; Covinsky et al., 2003), los factores relacionados con la ansiedad en la situación de hospitalización no han sido estudiados.

El modelo procesual del estrés puede ser un marco conceptual adecuado para identificar potenciales predictores de problemas emocionales entre los cuidadores primarios. Este modelo ayuda a comprender la interacción entre diferentes contextos: (1) el contexto sociodemográfico de la atención del cuidado (p.ej., edad, género, relación de parentesco y formas de vida), (2) las demandas de cuidado (p.ej., dependencia en las actividades de la vida diaria/actividades instrumentales, número de tareas, y horas de cuidado, etc.), (3) los recursos de los cuidadores (p.ej., el apoyo social), y (4) la salud física y psicológica de los cuidadores (Pearlin, Mullan, Semple, y Skaff, 1990). Este modelo ha sido ampliamente probado en el contexto de diferentes enfermedades crónicas, como la demencia, el cáncer o el accidente cerebrovascular, y empleándolo se han encontrado diversas variables asociadas con el malestar psicológico de los cuidadores primarios (Jacome et al., 2014). Por ello, el modelo procesual del estrés es el utilizado en este estudio.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia y los factores asociados a los síntomas de ansiedad que presentan los cuidadores informales de pacientes con EPOC en el momento de la hospitalización por exacerbación aguda de la enfermedad. Se espera que las tasas de ansiedad en el momento de la hospitalización sean más elevadas que las tasas existentes en la situación estable, es decir, sin hospitalización, así como conocer los factores asociados a dichos síntomas de ansiedad en el momento de la hospitalización.

Método

Participantes

El diseño del presente estudio es de tipo descriptivo transversal, es decir, se pretende describir una situación concreta en un momento concreto, en este caso, la ansiedad de los cuidadores en el momento de hospitalización del paciente. Los cuidadores de pacientes hospitalizados por EAEPOC fueron reclutados prospectivamente (i.e., de forma consecutiva y hacia delante en el tiempo) en el Hospital Morales Meseguer (Murcia, España). En base a los exámenes de salud de los pacientes y revisando sus archivos electrónicos, un médico neumólogo con más de 15 años de experiencia identificó y reclutó a lo largo de un período de un año y medio (entre octubre de 2013 y mayo de 2015) una muestra consecutiva de cuidadores que cumplieran los criterios de inclusión. Los participantes no recibieron ningún tipo de compensación por su participación. Los instrumentos empleados que se detallan más adelante fueron administrados 48-96 horas después del ingreso del paciente por EPOC en el hospital a través de entrevistas cara a cara y por separado tanto con el cuidador como con el paciente.

Un total de 107 pacientes fueron hospitalizados por EAEPOC durante el periodo de estudio. De esos pacientes, 90 informaron de que tenían un cuidador primario. Todos los cuidadores estuvieron de acuerdo en participar en el estudio, pero tres de ellos fueron excluidos debido a que el paciente superaba los 30 días de estancia hospitalaria superior a 30 días. Por lo tanto, 87 cuidadores fueron finalmente incluidos al inicio del estudio.

Instrumentos

Se utilizó la *subescala del test de Goldberg* (EADG; Goldberg, Bridges, Duncan-Jones, y Grayson, 1988) para determinar la presencia o ausencia de síntomas de ansiedad (Montón, Pérez-Echevarría, Campos, García-Campayo, y Lobo, 1993; Hilmer et al., 2009). Esta escala incluye nueve ítems y los encuestados informan de la presencia de síntomas en las últimas dos semanas usando categorías de respuestas binarias (sí/no). La puntuación varía de 0 a 9 estando el punto de corte para determinar la presencia de síntomas ansiosos en 4 o más puntos (Montón et al., 1993). El valor del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach en nuestro estudio fue de .72.

La fragilidad se midió por medio de la escala *Reported Edmonton Frail Scale*, cuyo rango varía de 0 a 18, donde las puntuaciones más altas indican una mayor fra-

gilidad (EFS; (Hilmer et al., 2009). El coeficiente alfa de Cronbach fue de .65 en el presente estudio.

La *dependencia* se midió a través de una escala elaborada por Garlo y colaboradores (Garlo et al., 2010) que incluye seis actividades de la vida diaria (AVD): ir al baño, bañarse, trasladarse, comer, vestirse y caminar a través de una pequeña habitación. La dependencia se definió como un autoinforme de incapacidad para realizar una AVD o la necesidad de la ayuda de otra persona para cualquier AVD. El rango de puntuación de esta escala (0-6) se basó en el número de dependencias, con una puntuación de 6 que representan la dependencia en todas las AVD. El alfa de Cronbach en nuestra muestra fue de .89.

Las potenciales variables predictoras fueron clasificadas dentro de cuatro dominios que pueden contribuir a la ansiedad: a) el contexto de cuidado; b) las demandas del cuidado; c) los recursos del cuidador; y d) las características del paciente.

(a) *El contexto de cuidado* incluyó preguntar por la siguiente información: la edad del cuidador en años, el sexo (hombre/mujer), la convivencia (sí/no), y el parentesco (cónyuge-pareja/otro) con el paciente.

(b) *Las demandas del cuidado* fueron relativas al periodo de cuidados (en meses), las horas de cuidados por semana y la sobrecarga percibida por el cuidador. El periodo y las horas de cuidado fueron medidas en el hospital considerando el estado preexacerbación del paciente, y se dicotomizaron como describe el modelo (Jacome et al., 2014; Figueiredo et al., 2014). La sobrecarga del cuidador se midió en el hospital utilizando la *Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (CBI; Zarit Todd y Zarit, 1986; Garlo, O'leary, Van Ness y Fried, 2010)* donde la sobrecarga se define como la medida en que los cuidadores perciben su salud emocional o física, su vida social y su situación económica han sufrido un empeoramiento como resultado del cuidado de su familiar. Utilizamos la versión de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit de 22 ítems para indicar hasta qué punto cada ítem describe cómo se sienten utilizando una escala de respuesta de 5 puntos que variaba de «nunca» a «casi siempre». El alfa de Cronbach de esta escala es de 0.91 y de 0.87 en nuestra muestra. Los ítems se sumaron para obtener una puntuación total, que se clasificó en sobrecarga baja, moderada o alta.

(c) *Los recursos del cuidador*: incluyeron la ayuda de otro cuidador (sí / no) y el apoyo social percibido.

Este último se midió utilizando el *Cuestionario Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11* (DUKE-UNK-11; Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan, 1988; Bellón, Delgado, Luna y Laderlli, 1996), el cual incluye 11 ítems para medir el apoyo afectivo y confidencial. En este cuestionario el apoyo afectivo se define como recibir muestras de afecto, sentirse querido y comprendido; mientras que, el apoyo confidencial se define como tener a alguien con quien hablar sobre las preocupaciones o problemas. Estos ítems pidieron a los encuestados que indicaran cómo se sentían usando una escala de respuesta de 5 puntos que variaba de «mucho menos de lo que deseo» a «tanto como deseo». Los resultados se clasifican en apoyo confidencial/afectivo escaso o apoyo confidencial/afectivo normal. El coeficiente alfa de Cronbach de esta escala fue de .87 en nuestra muestra, el de la subescala de apoyo confidencial de .86, y el de apoyo afectivo de .68 en nuestra muestra. Los ítems se sumaron para obtener una puntuación total, la cual fue categorizada como apoyo social escaso o normal. Se establece que hay un apoyo confidencial escaso cuando la puntuación es ≤ 19 y resultando apoyo afectivo escaso cuando la puntuación es ≤ 16 .

(d) *Las características del paciente* incluyeron la gravedad de la limitación del flujo aéreo mediante el Volumen Espiratorio Máximo en el primer segundo (FEV_1). La gravedad de la obstrucción se clasifica en 4 grados basándose en el porcentaje del FEV_1 postbroncodilatador respecto a su valor teórico: [leve]: $FEV_1 \geq 80\%$, [moderado]: $50\% \leq FEV_1 < 80\%$, [grave]: $30\% \leq FEV_1 < 50\%$, [muy grave]: $FEV_1 < 30\%$; la disnea medida con la escala de la Medical Research Council (mMRC), la fragilidad y la dependencia. La limitación del flujo aéreo se extrajo de los archivos electrónicos del laboratorio de función pulmonar en la última visita de control del paciente por la EPOC antes de la hospitalización. La disnea, fragilidad y dependencia fueron medidas en el momento de la hospitalización.

Procedimiento

Para la selección de los participantes se empleó un tipo de muestro consecutivo. Los pacientes debían presentar las siguientes características: a) tener cuidadores primarios que tuvieran 18 años o más. Los participantes fueron excluidos si: a) ellos o sus pacientes tenían un déficit cognitivo significativo; b) el paciente era menor

de 40 años; c) el paciente tenía una enfermedad terminal (supervivencia esperada menor de 4 meses); d) el paciente no le pertenecía ese hospital por el área donde vivía y estaba siendo atendido en este por una circunstancia excepcional (p.ej., estancia de viaje); e) la estancia en el hospital supera los 30 días; f) si el paciente no había tenido ningún control médico de la EPOC durante los 6 meses previos al ingreso en el hospital.

El protocolo del estudio fue presentado a la comisión de ética del hospital (número de aprobación: EST-35/13). Una vez seleccionados los participantes según los criterios establecidos, se les indicó el propósito de la investigación y se solicitó por escrito su consentimiento de participación. Luego se administraron los cuestionarios en forma de entrevista individualizada. Una trabajadora social entrenada fue la encargada de administrar todas las entrevistas.

Análisis estadístico

Utilizamos estadística descriptiva, incluyendo el χ^2 de Pearson y pruebas de t independientes, para resumir variables con respecto al contexto de cuidado, demandas, recursos y características del paciente para los cuidadores con y sin síntomas ansiosos en la hospitalización. Se evaluaron los posibles factores asociados con la ansiedad utilizando análisis de regresión logística múltiple. Los modelos se ajustaron para cada uno de los cuatro dominios incluyendo todas las variables como independientes. Se estimó pertinente conocer la relevancia de cada uno de los dominios esencialmente a través de comparar la varianza explicada de ansiedad por cada uno de ellos. Finalmente, se escogió un modelo de regresión logística múltiple final mediante la inclusión de los factores más fuertemente asociados en cada uno de los modelos individuales, así como otros que fueron significativos al nivel de .10. Todos los modelos se aplicaron utilizando el método de pasos hacia atrás. Los diagnósticos de bondad de ajuste y regresión se evaluaron como se describe en otra parte (Hosmer y Lemeshow, 1989).

El cálculo del tamaño de la muestra se basó en la regla general de que 15 sujetos son necesarios por factor para una ecuación fiable (Tabachnick y Fidell, 2013). Se reclutó un mínimo de 75 participantes asumiendo un máximo de cinco variables. Todos los análisis se realizaron utilizando el programa de software estadístico SPSS (SPSS versión 19.0, IBM SPSS, Chicago, Illinois).

Resultados

Los síntomas de ansiedad estuvieron presentes durante la hospitalización en 50 (57.5%) de los 87 partici-

pantes. Los datos sobre el contexto, las demandas de los cuidados, los recursos del cuidador y las características del paciente se muestran en la Tabla 1 para los cuidadores con y sin ansiedad. La mayoría de los cuidadores que presentaban síntomas de ansiedad tenían niveles moderadamente altos en la sobrecarga percibida y niveles escasos de apoyo confidencial comparados con aquellos cuidadores que no presentaban síntomas de ansiedad. También cuidaron más a menudo a pacientes con fragilidad y limitaciones severas del flujo aéreo que aquellos que no estaban ansiosos en el hospital.

Los resultados de los modelos de regresión logística múltiple, utilizando como variable dependiente la ansiedad del cuidador en el momento de la hospitalización por EAPOC, se muestran en la Tabla 2. El modelo 1 examinó el contexto del cuidado, pero no identificó ningún factor relevante. El modelo de las demandas de cuidado (Modelo 2) sugiere que una sobrecarga moderada y

alta de atención se asocia con mayores probabilidades de ansiedad del cuidador. El Modelo 3 examinó los recursos del cuidador y no identificó ningún factor relevante. Las características del paciente (Modelo 4) identificaron la gravedad de la EPOC y la fragilidad como importantes para la ansiedad del cuidador. En el modelo final (Tabla 2), la severidad de la EPOC, la percepción de la sobrecarga, y la fragilidad fueron factores fuertes e independientemente asociados a la ansiedad en el cuidador en la hospitalización por EAPOC.

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de síntomas de ansiedad en los cuidadores de pacientes diagnosticados de EPOC en el momento de la hospitalización por EAPOC, así como, los factores asociados a dichos síntomas de ansiedad. Nuestros re-

Tabla 1. Características basales de los cuidadores con y sin síntomas de ansiedad.

Variable	Sin síntomas (n = 37)		Con síntomas (n = 50)		p
	n	%	n	%	
<i>Contexto del cuidado</i>					
Edad (M ± DT)	64.16 ± 11.95		61.04 ± 13.87		0.27
Género femenino	32	86.5	46	92.0	0.40
Con cónyuge/pareja	27	73.0	37	74.0	0.91
Convivencia	31	83.8	43	86.0	0.77
<i>Demandas del cuidado</i>					
Periodo de cuidado > 1 año	34	91.9	46	92.0	1.00
> 20 horas a la semana	26	70.3	40	80.0	0.29
Sobrecarga del cuidador					
Baja	32	86.5	29	58.0	0.02*
Moderada	2	5.4	9	18.0	
Alta	3	8.1	12	24.0	
<i>Recursos del cuidador</i>					
Apoyo afectivo normal	32	86.5	35	70.0	0.07
Apoyo confidencial normal	33	89.2	38	76.0	0.12
Recibe ayuda de otro cuidador	8	21.6	11	22.0	0.97
<i>Características del paciente</i>					
Limitación del flujo aéreo grave/muy grave	8	21.6	25	50.0	0.01*
Puntuación de la disnea					
0-1	10	27.8	6	12.2	0.11
2	7	19.4	7	14.3	
≥ 3	19	52.8	36	73.5	
Fragilidad					
No frágil	15	40.5	7	14.0	0.01*
Vulnerable	8	21.6	8	16.0	
Frágil	14	37.8	35	70.0	
≥ 3 dependencias en las AVD	5	13.5	10	20.0	0.43

Nota. AVD = actividades vida diaria. * p < 0.05.

Tabla 2. Predictores de ansiedad en los cuidadores durante la hospitalización de los pacientes

	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4		Modelo final	
	R	I.C. 95%	R	I.C. 95%	R	I.C. 95%	R	I.C. 95%	R	I.C. 95%
<i>Contexto del cuidado</i>										
Edad	.97	0.93 - 1.01								
Género femenino	.19	0.42 - 11.46								
Con cónyuge/pareja	.11	0.23 - 5.24								
Convivencia	.32	0.23 - 7.48								
<i>Demandas del cuidado</i>										
Periodo del cuidado > 1 año			.89	0.17 - 4.71						
> 20 horas por semana			.77	0.62 - 5.08						
Sobrecarga del cuidador										
Baja										
Moderada			.15	1.01 - 26.13*					.46	1.14 - 36.68*
Alta			.40	1.12 - 17.27*					.84	0.67 - 12.11
<i>Recursos del cuidador</i>										
Apoyo afectivo normal					.43	0.11 - 1.68				
Apoyo confidencial normal					.60	0.14 - 2.61				
Recibe ayuda de otro cuidador					.38	0.47 - 4.05				
<i>Características del paciente</i>										
Limitación del flujo aéreo grave/muy grave							.37	1.46 - 13.10*	.09	1.09 - 8.79*
Puntuación disnea										
0-1										
2							.75	0.34 - 8.88		
≥ 3							.44	0.64 - 9.37		
Fragilidad del paciente										
No frágil										
Vulnerable							.48	0.60 - 10.27	.59	0.59 - 11.32
Frágil							.50	1.25 - 16.19*	.92	1.46 - 16.58*
≥ 3 dependencias en las AVD							.67	0.18 - 2.56		

Nota: OR = Odds Ratio; I.C. 95% = Intervalo de confianza al 95%; R² = Proporción de varianza explicada * p < 0.05

sultados han mostrado que la ansiedad era común en los cuidadores en el momento de la hospitalización del paciente por EAEPOC. Las tasas de ansiedad halladas en los cuidadores de EPOC hospitalizados fueron ligeramente mayores en comparación con los pacientes estables (Jácome et al., 2014; Cruz, Marques, y Figueiredo, 2015). Este resultado era esperado ya que la hospitalización es percibida por el cuidador como un evento estresante (Lenz y Perkins, 2000; Grant et al., 2012).

Este estudio también muestra que la gravedad de la limitación al flujo aéreo en la EPOC y la fragilidad de los pacientes son factores asociados a la ansiedad del cuidador durante la hospitalización. Por lo tanto, cuanto más avanzada está la enfermedad y más frágil es el paciente, los miedos del cuidador al deterioro o incluso a la muerte aumentan, ayudando a la aparición de la ansiedad. La sobrecarga del cuidador también fue un factor asociado a síntomas de ansiedad en la hospitalización.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio son consistentes con otro estudio previo, ya que, el número de tareas supervisadas por el cuidador es predictivo de varios resultados de salud mental tales como la ansiedad y el estrés (Caress, Luker, Chalmers, y Salmon, 2009). Durante una hospitalización los pacientes requieren mayores atenciones y mayor supervisión, debido al hecho de no estar en casa y a la situación de «crisis», que aumenta la carga por parte del cuidador.

Además, la literatura disponible señala que, para muchos cuidadores, el proceso de cuidado es una tarea exigente y muchos de ellos pueden generar sentimientos de sobrecarga (Cain y Wicks, 2000), soledad e incluso ansiedad (Keele-Card, Foxall, y Barron, 1993; Kara y Mirici, 2004). Es posible que ciertas tareas de atención a la salud del paciente que debe realizar el cuidador como el monitoreo de los síntomas pueden requerir destrezas y competencias que los cuidadores

sienten que no tienen y esto puede afectar su sentido de competencia y, por tanto, a su salud mental (Cossete y Levesque, 1993). En este sentido, entendemos que en el momento de «crisis» de la enfermedad donde se requiere una hospitalización, los niveles de ansiedad se disparan, ya que el cuidador ha tenido que prestar especial atención a las tareas de salud. Además, la literatura centrada en pacientes con EPOC sugiere que es importante que el personal sanitario como, por ejemplo, las enfermeras, asistan el estrés del cuidador (Fraser, Kee y, Minick, 2006). Sin embargo, hay poca atención a los enfoques eficaces para la evaluación o las intervenciones para prevenir el estrés del cuidador o tratar con él cuando se descubre en casa o en la hospitalización. Las necesidades de los cuidadores de pacientes que experimentan otros problemas de salud, particularmente el cáncer y las enfermedades crónicas, así como, los cuidadores de personas en edad avanzada han recibido considerable atención en la literatura de investigación (Gulick, 1995; Hwang et al., 2003; Ekwall y Halberg, 2007; Ray y Street, 2007; Yeung, How-Lin, Ross, y Murrells, 2007). Se necesita mucha más investigación con los cuidadores de pacientes con EPOC para proporcionar una base sólida para el desarrollo de intervenciones, con la finalidad de ayudar a los miembros de la familia en su papel de cuidador, evitando la aparición de síntomas de sobrecarga y ansiedad, así como, otros posibles problemas de salud.

Nuestros resultados confirmaron la necesidad de considerar a los cuidadores de pacientes con EPOC como una población de alto riesgo en términos de morbilidad psiquiátrica, y la necesidad de incluirlos en la toma de decisiones de tratamiento. Además, debido a que la presencia de un cuidador no psiquiátrico tiene un impacto positivo en la calidad de vida del paciente y su adherencia al tratamiento (Maninno y Buist, 2007), las intervenciones deben dirigirse también al cuidador y no sólo al paciente. Se debe promover el entrenamiento de los cuidadores, así como, proporcionar información sobre la enfermedad y cómo manejarla para reducir la ansiedad. Además, las intervenciones deben dirigirse a ayudar a los cuidadores en sus funciones más complejas (p.ej., recoger información, proporcionar atención directa, fomentar y apoyar la adhesión a las recomendaciones de tratamiento y proporcionar apoyo emocional y psicosocial) para producir resultados óptimos (Maninno y Buist, 2007). Es importante que se resalte la figura del cuidador y se tenga en cuenta, ya que este tipo de pacientes necesitan el apoyo de otra persona y cuanto más avanzada está la enfermedad más probable es que esté involucrada esta figura en el proceso de la enfermedad. Existe un desconocimiento importante en la literatura a cerca de las necesidades de los cuidadores de pa-

cientes con EPOC en la comunidad (Caress et al., 2009), así como en la hospitalización a pesar de ser un evento común en la enfermedad. El sector de la salud debe promover estas intervenciones y apoyar la creación y mantenimiento de asociaciones específicas en las que profesionales especializados pueden ayudar tanto al paciente como al cuidador a mejorar su calidad de vida.

Existen limitaciones en este estudio. Los resultados deben ser utilizados con cautela ya que, en primer lugar, la muestra se tomó de pacientes del área sanitaria de un solo hospital, lo que reduce la posibilidad de hacer generalizaciones sobre los datos. En segundo lugar, para futuros estudios sería interesante analizar la evolución de la ansiedad más longitudinalmente, ya que podría haber fluctuaciones que no se hayan podido medir a lo largo de las distintas mediciones, así como, la recuperación del estado ansioso puede requerir más tiempo. En tercer lugar, en la muestra de cuidadores predomina el sexo femenino, por lo que los resultados podrían variar en el género masculino. Por otro lado, la escala de Goldberg nos permite detectar un posible caso de ansiedad o depresión, pero no un diagnóstico psiquiátrico, por lo que los resultados pueden variar utilizando una entrevista psiquiátrica estructurada.

Este estudio amplía el conocimiento actual sobre los síntomas ansiosos entre los cuidadores durante la hospitalización por EAEPOC. Aunque la ansiedad es más común en el hospital para cuidadores de pacientes con fragilidad y enfermedad severa. Las futuras investigaciones deben abordar las necesidades de los cuidadores, especialmente la efectividad de las intervenciones de apoyo para prevenir la angustia en la hospitalización.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Referencias

- Altemus, M. (2006). Sex differences in depression and anxiety disorders: potential biological determinants. *Hormones and Behavior*, 50, 534-538.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J., y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- Bergs D. (2002). 'The Hidden Client' - women caring for husband with COPD: their experience of quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 613-621.
- Blumenthal, J. A., Kefee, F. J., Babyaka, M. A., Fenwicka, C. V., Johnsona, J. M., Stotta, K.,...Emerye, C. F. (2009). Caregiver-assisted coping skills training for patents with COPD: background, design, and methodological issues for the IN-

- SPIRE-II study. *Journal of the Society for Clinical Trials*, 6, 172-184.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26, 709-723.
- Cain, J. C. & Wicks, M. N. (2000). Caregivers attributes as correlates of burden in family caregivers coping with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Family Nursing*, 6, 46-68.
- Caress, A. L., Luker, K. A., Chalmers, K. I., & Salmon, M. P. (2009). A review of the information and support needs of family carers of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4), 479-491.
- Carson, S. S., Bach, P. B., Brzozowski, L., & Leff, A. (1999). Outcomes after long-term acute care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 159, 1568-1573.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). Chronic obstructive pulmonary disease among adults – United States, 2011. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61(46), 938-943.
- Cossete, S., & Levesque, L. (1993). Caregiving tasks predictors of mental health of wife caregivers of men with chronic obstructive pulmonary disease. *Research in Nursing and Health*, 16, 251-263.
- Costa-Requena, G., Ballester-Arnal, R., & Gil, F. (2015). The influence of demographic and clinical variables on perceived social support in cancer patients. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 25-32.
- Covinsky, K. E., Newcomer, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K., & Yaffe, K. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 1006-1014.
- Cruz, J., Marques, A., & Figueiredo, D. (2017). Impacts of COPD on family carers and supportive interventions: a narrative review. *Health & Social Care in the Community*, 25(1), 11-25.
- Ekwall, A. K., & Halberg, I. R. (2007). The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 832-844.
- Figueiredo, D., Gabriel, R., Jácome, C., Cruz, J., & Marques, A. (2014). Caring for relatives with chronic obstructive pulmonary disease: how does the disease severity impact on family carers? *Aging Ment Health*, 18(3), 385-393.
- Fraser, D. D., Kee, C. C., & Minick, P. (2006). Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 550-558.
- Garlo, K., O'Leary, J. R., Van Ness, P. H., & Fried, T. R. (2010). Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 2315-2322.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 97, 897-899.
- Grant, M., Cavanagh, A., & Yorke, J. (2012). The impact of caring for those with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on carers' psychological well-being: a narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1459-1471.
- Gulick, E. E. (1995). Coping among spouses or significant others of persons with Multiple Sclerosis. *Nursing Research*, 44, 220-225.
- Hilmer, S. N., Perera, V., Mitchell, S., Murnion, B. P., Dent, J., Bajorek, B.,...Rolfson, D. B. (2009). The assessment of frailty in older people in acute care. *Australasian Journal on Ageing*, 28, 182-188.
- Hosmer, D. W. & Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. John Wiley Inc, New York.
- Hwang, S. S., Chang, V. T., Alejandro, Y., Osenenko, J., Davis, C., Cogswell, J.,...Kasimis, B. (2003). Caregiver unmet needs, burden, and satisfaction in symptomatic advanced cancer patients at a Veterans Affairs (VA) medical center. *Palliative and Supportive Care*, 1, 319-329.
- Jacome, C., Figueiredo, D., Gabriel, R., Cruz, J., & Marques A. (2014). Predicting anxiety and depression among family carers of people with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Psychogeriatric*, 26, 1191-1199.
- Kara, M., & Mirici, A. (2004). Loneliness, depression and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 331-336.
- Keele-Card, G., Foxall, M.J., & Barron, C.R. (1993). Loneliness, depression and social support of patients with COPD and their spouses. *Public Health Nursing*, 10, 245-251.
- Lenz, E. H., & Perkins, S. (2000). Coronary artery bypass graft surgery patients and their family member caregivers: Outcomes of a family-focused staged psychoeducational intervention. *Applied Nursing Research*, 13, 142-150.
- Maninno, D. M., & Buist, A. S. (2007). Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet*, 370(9589), 765-773.
- Mansfield, E., Bryant, J., Regan, T., Waller, A., Boyes, A., Sanson-Fisher, R. (2016). Burden and unmet needs of caregivers of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: A systematic review of the volume and focus of research output. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 13, 662-667.
- Martínez-Martin, P., Forjaz, M. J., Frades-Payo, B., Bayés-Rusiñol, A., Fernández-García, J. M., Benito-León, J., ... Catalán, M. J. (2007). Caregiver burden in Parkinson's disease. *Movement Disorders Clinical Practice*, 22(7), 924-931.
- Miravittles, M., Peña-Longobardo, L. M., Oliva-Moreno, J., & Hidalgo-Vega, Á. (2015). Caregivers' burden in patients with COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 347-356.
- Montón, C., Pérez-Echevarría, M. J., Campos, R., García-Campayo, J., & Lobo A. (1993). Anxiety scales and Goldberg's depression: an efficient interview guide for the detection of psychologic distress. *Atención Primaria*, 12(6), 345-349.
- Nakken, N., Janssen, D. J., van den Bogaart, E. H., Wouters, E. F., Fraseen, F. M., Vercoulen, J. H., & Spruit, M. A. (2015). Informal caregivers of patients with COPD: home sweet home? *European Respiratory Review*, 24, 498-504.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Peña-Longobardo, L. M., Oliva-Moreno, J., Hidalgo-Vega, Á., & Miravittles, M. (2015). Economic valuation and determinants of informal care to disabled people with Chronic Obstructive

- Pulmonary Disease (COPD). *BMC Health Services Research*, 15, 101.
- Ponce-González, J. M. (2006). Los cuidadores al final de la vida. *Enfermería comunitaria*, 2(1), 38-42.
- Ray, R. A., & Street, A. F. (2007). Non-finite loss and emotional labour: family caregivers' experiences of living with motor neuron disease. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 16, 35-43.
- Sánchez, B., Barrera, L., y Pinto, N. (2006). Programa «Cuidando a los cuidadores»: Un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica. *Index de Enfermería (Online)*, 15(52-53), 54-58.
- Seamark, D. A., Blake, S. D., Seamark, C. J., & Halpin, D. M. (2004). Living with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): perceptions of patients and their carers. An interpretative phenomenological analysis. *Palliative Medicine*, 18(7), 619-625.
- Skalla, K. A., Smith, E. M., Li, Z., & Gates, C. (2013) Multidimensional needs of caregivers for patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(5), 500-506.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. Pearson Education, Boston.
- Vázquez, F. L., Blanco, V., Hermida, E., Otero, P., Torres, A., y Díaz-Fernández, O. (2015). Eficacia de las intervenciones psicológicas breves para reducir los síntomas depresivos en cuidadores. Revisión sistemática y meta-análisis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(3), 173-188.
- Yeung, S., How-Lin, Lui M., Ross, F., & Murrells, T. (2007). Family carers in stroke care: examining the relationship between problem-solving, depression and general health. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 334-352.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A longitudinal Study. *The Gerontologist*, 26(3), 260-266.

