



ORIGINAL

Culpa por percibirse como una carga. Una variable relevante asociada al malestar psicológico de las personas mayores



María del Sequeros Pedroso-Chaparro^{a,*}, Isabel Cabrera^a, María Márquez-González^a, Carlos Vara-García^b, José A. Fernandes-Pires^b, Laura Gallego-Alberto^a y Andrés Losada-Baltar^b

^a Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^b Departamento de Psicología, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de diciembre de 2021

Aceptado el 13 de septiembre de 2022

On-line el 12 de octubre de 2022

Palabras clave:

Ansiedad

Depresión

Control percibido

Culpa por percibirse como una carga

Percepción subjetiva del envejecimiento

RESUMEN

Objetivos: Analizar la relación entre la culpa por percibirse como una carga y la percepción negativa del envejecimiento, el control percibido y la sintomatología ansiosa y depresiva en personas mayores de 60 años sin limitaciones cognitivas o funcionales.

Método: Participaron 351 personas mayores de 60 años residentes en la comunidad y sin deterioro cognitivo o funcional aparente. Se llevaron a cabo dos análisis de efectos indirectos de la percepción subjetiva del envejecimiento a través de 1) el control percibido y la sintomatología ansiosa y 2) el control percibido y la sintomatología depresiva en la culpa por percibirse como una carga.

Resultados: Ambos modelos mostraron una relación indirecta entre la percepción subjetiva del envejecimiento y la culpa por percibirse como una carga a través de 1) el control percibido y la sintomatología ansiosa y 2) el control percibido y la sintomatología depresiva, explicando un 26,37% de la sintomatología ansiosa, un 48,51% de la sintomatología depresiva y un 13,73% y un 14,44% de la culpa por percibirse como una carga, respectivamente.

Discusión: Los resultados obtenidos sugieren que una mayor percepción negativa del envejecimiento se asocia a una menor percepción de control y mayor malestar psicológico (ansiedad y depresión), y que este proceso incrementa el sentimiento de culpa por ser una carga para otros familiares en personas mayores sin problemas funcionales o cognitivos.

© 2022 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Guilt for perceiving oneself as a burden: A relevant variable associated with the psychological distress of older adults

ABSTRACT

Aims: To analyze the relationship between guilt for perceiving oneself as a burden and negative self-perceptions of aging, perceived control and anxious and depressive symptomatology in older people without cognitive or functional limitations.

Methods: Participants were 351 community-dwelling people over 60 years without explicit cognitive or functional limitation. Indirect effect analysis were conducted that examined the indirect effect of negative self-perceptions of aging through 1) perceived control and anxious symptomatology and 2) perceived control and depressive symptomatology in guilt for perceiving oneself as a burden.

Results: Both models showed an indirect relationship between negative self-perceptions of aging and guilt for perceiving oneself as a burden through 1) perceived control and anxious symptomatology and 2) perceived control and depressive symptomatology, explaining 26.37% of anxious symptomatology, 48.51% of depressive symptomatology and 13.73% and 14.44% of guilt for perceiving oneself as a burden, respectively.

Keywords:

Anxiety

Depression

Perceived control

Burden guilt

Subjective perception of ageing

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.pedroso@uam.es (M.d.S. Pedroso-Chaparro).

Discussion: The results obtained suggest that higher negative self-perceptions of aging is associated with a lower perception of control and greater psychological distress (anxiety and depression), and this process increases the feeling of guilt for perceiving oneself as burden to family members in older people without functional or cognitive limitations.

© 2022 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La población mundial está envejeciendo. En España, cerca del 20% de la población está constituida por personas mayores de 65 años o más¹. Si bien la mayoría de las personas envejecen bien e informan de una buena salud (mental y física), el porcentaje de población mayor española que padece problemas de salud mental es elevado². Así, se estima que alrededor del 15% de las personas mayores de 60 años sufren algún trastorno mental a nivel mundial³. La ansiedad y la depresión constituyen dos de los trastornos mentales más frecuentes en esta población, afectando al 3,8% y al 7%, respectivamente³. En España, atendiendo a los datos de la Encuesta Europea de Salud en España, se han encontrado indicadores que sugieren que la población mayor es especialmente vulnerable a la ansiedad y la depresión, con prevalencias en ansiedad que alcanzan el 4,5% en hombres y el 13,1% en mujeres, y prevalencias en depresión del 6,6% en hombres y del 18,9% en mujeres, en la franja de edad entre 75 y 84 años⁴.

Una variable que ha mostrado importantes asociaciones con el bienestar emocional en personas mayores son los estereotipos hacia la vejez, asociándose de forma consistente en la literatura científica a peor salud mental⁵. Estos estereotipos se han definido como actitudes negativas hacia el envejecimiento que se originan desde la infancia, se interiorizan y se convierten en estereotipos hacia el propio envejecimiento a lo largo del ciclo vital⁶. Un ejemplo claro de estos estereotipos es la creencia extendida de que la vejez va asociada de forma inevitable a deterioro cognitivo, discapacidad y dependencia de los demás⁷. Esta clase de estereotipos hacia el propio envejecimiento han mostrado su asociación en la literatura con mayores niveles de ansiedad y depresión^{8–10}.

Se han identificado diferentes procesos a través de los cuales los estereotipos negativos hacia el propio envejecimiento afectan a la salud (física y mental) de las personas mayores. Uno de los procesos mediante los cuales la interiorización de los estereotipos hacia el propio envejecimiento puede tener consecuencias negativas para las personas mayores es a través de la pérdida de control percibido¹¹. Los resultados obtenidos por Levy et al.¹² sugieren que la autopercepción negativa del envejecimiento favorece tener un menor control percibido, lo que conduce a su vez a peor funcionamiento físico. Por tanto, el control percibido parece tener un papel mediador en la asociación entre la autopercepción del envejecimiento y el funcionamiento físico. Así mismo, en el análisis longitudinal de la asociación entre los estereotipos hacia el propio envejecimiento y el control percibido se encontró que, si bien la relación podría ser bidireccional, es mayor el efecto de los estereotipos hacia el propio envejecimiento sobre el control percibido que el efecto del control percibido sobre los estereotipos hacia el propio envejecimiento¹³. A su vez, el control percibido ha sido identificado como uno de los factores clave para comprender el malestar psicológico en personas mayores, incluyendo la depresión y la ansiedad¹⁴. Teniendo en cuenta lo anterior, mayores niveles de estereotipos hacia el propio envejecimiento podrían favorecer un menor control percibido en las personas mayores que, a su vez, facilitaría la aparición de síntomas de ansiedad y depresión. En línea con este planteamiento, Kwak et al.¹⁵ evaluaron longitudinalmente los estereotipos hacia el propio envejecimiento, el control percibido y la depresión en personas mayores que recibían cuidados

y sus resultados sugieren que la recepción de cuidados se asocia con estereotipos hacia el propio envejecimiento y pérdida de control percibido, relacionándose estas últimas variables con síntomas depresivos.

Por otra parte, la construcción estereotipada que la sociedad hace de la vejez representa a las personas mayores como frágiles y dependientes¹⁶, constructos muy relacionados con una falta de percepción de control. Tanto es así, que una de las principales consecuencias de la discriminación por edad identificada por las personas mayores es el miedo a ser una carga para los familiares y la sociedad¹⁷. Así mismo, Salkovskis y Warwick¹⁸ consideraron que las preocupaciones asociadas a la probabilidad de padecer problemas de salud y el coste derivado de las mismas son muy frecuentes entre las personas mayores debido a que sobreestiman la probabilidad de que esto suceda. No sorprende, por tanto, que una de las principales preocupaciones de las personas mayores relacionadas con la salud sea convertirse en dependientes y, en consecuencia, ser una carga para los demás^{19,20}. McPherson et al.²¹ analizaron el contenido de entrevistas realizadas a pacientes con una enfermedad terminal y encontraron que la autopercepción de ser una carga aparecía como resultado de la anticipación de las consecuencias negativas de la enfermedad que tendrán que afrontar los familiares. Este proceso descrito por McPherson et al.²¹ podría darse de forma similar en las personas mayores que afrontan la vejez con una visión estereotipada (p. ej., dependencia y necesidad de cuidados), cuando esto no supone una condición necesaria en la vejez, pudiendo generar esta creencia la percepción de ser una carga.

La percepción de ser una carga se ha definido como «un constructo multidimensional que surge de los sentimientos de dependencia del receptor de cuidados y tiene como resultado frustración y preocupación que puede conducir a sentimientos negativos de culpa por ser responsable de las dificultades del cuidador»²² (p. 111), destacando los sentimientos de culpa como parte del malestar asociado a estas creencias. Así mismo, estudios anteriores también han encontrado que la autopercepción de ser una carga para los demás está asociada con sentimientos de culpa^{19,21}. La percepción de ser una carga para los demás y los sentimientos de culpa asociados a esta creencia se han estudiado principalmente en pacientes con enfermedades graves que normalmente son receptores de cuidados^{19,23}. Sin embargo, la autopercepción de carga y los sentimientos de culpa por percibirse como una carga apenas se han analizado en personas mayores autónomas, pese a que la percepción de ser una carga es una preocupación frecuente en la vejez²⁴. Pedroso-Chaparro et al.²⁵, desarrollaron una escala para evaluar los sentimientos de culpa asociados a la percepción de ser una carga en personas mayores de la comunidad que no mostraran deterioro cognitivo o funcional explícito que les impidiera el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, y encontraron que puntuaciones más altas en esta escala se asociaron a mayor sintomatología ansiosa y depresiva. Así mismo, los resultados obtenidos por Pedroso-Chaparro et al.²⁶ sugieren que una peor percepción del propio envejecimiento se asocia con un menor control percibido y, a su vez, un menor control percibido se asocia con una mayor percepción de ser una carga. Además, este proceso se asoció significativamente con síntomas depresivos y con sentimientos de culpa por percibirse a sí mismo como una carga²⁶. Sin embargo, la relación entre los sentimientos

de culpa por percibirse como una carga y los síntomas de ansiedad no se ha analizado en personas mayores autónomas.

Por otro lado, la culpa se ha visto asociada con la posibilidad de presentar algún tipo de psicopatología. Por ejemplo, se han encontrado mayores niveles de culpa en personas diagnosticadas con trastorno obsesivo compulsivo²⁷ o trastorno bipolar²⁸ que en participantes que no presentaban estos diagnósticos. Así mismo, se han encontrado asociaciones entre los sentimientos de culpa y la sintomatología depresiva y ansiosa en poblaciones que no presentaban un diagnóstico psicopatológico previo^{29,30}. Una posible explicación a estas asociaciones es la propuesta por Joyner³¹, que consideró que las personas que padecen depresión crónica sufren porque consideran que sus síntomas depresivos pueden causar dolor emocional en personas relevantes en sus vidas, generando en ellos miedo y culpa.

Por otra parte, tanto la autopercepción de ser una carga como los sentimientos de culpa se han visto asociados a conductas de riesgo para la salud, siendo una de las más preocupantes el incremento de la ideación suicida³², con altas tasas de prevalencia de conducta suicida en personas mayores. Así, en 2019, en España 1.450 personas mayores de 60 años fallecieron por conducta suicida o lesiones autoinfligidas. Es decir, cerca de cuatro personas mayores de 60 años fallecieron cada día por esta causa³³. Sin embargo, a pesar de su relevancia y la alta prevalencia de suicidio en las personas mayores, los sentimientos de culpa asociados a la percepción de ser una carga en las personas mayores sin enfermedades físicas graves apenas han sido analizados.

El principal objetivo del presente estudio es analizar el papel de los estereotipos hacia el propio envejecimiento, el control percibido y la sintomatología ansiosa y depresiva en personas mayores residentes en la comunidad y sin limitaciones funcionales y cognitivas que les impidan desarrollar de forma autónoma las actividades básicas del día a día. En concreto, y basándonos en lo anteriormente comentado, hipotetizamos que: 1) una peor percepción subjetiva del envejecimiento estará positiva y significativamente asociada a mayor culpa por percibirse como una carga; 2) una peor percepción del propio envejecimiento estará positiva y significativamente asociada a menor control percibido; 3) un menor control percibido estará positiva y significativamente asociado a mayor sintomatología ansiosa y depresiva; 4) una mayor sintomatología ansiosa y depresiva estarán positiva y significativamente asociadas a mayor culpa por percibirse como una carga; y 5) la relación entre percepción subjetiva del envejecimiento y la culpa por percibirse como una carga será indirecta a través del control percibido y el malestar psicológico (sintomatología ansiosa y depresiva).

Método

Participantes y procedimiento

Participaron 351 personas mayores residentes en la comunidad con un rango de edad de 60 a 92 años. La edad media de la muestra fue de 72,29 años (DT=6,2). Los participantes fueron mayoritariamente mujeres (69,2% mujeres). Los criterios de inclusión para formar parte de la muestra fueron 1) tener 60 o más años, 2) no mostrar deterioro cognitivo o funcional explícito que impida el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria y 3) no utilizar servicios de atención como centros de día, asistencia domiciliaria o residencia para mayores. Los participantes fueron reclutados entre enero de 2018 y diciembre de 2019 en centros que ofrecían actividades para mayores (por ejemplo, talleres de informática, pintura o danza) en la Comunidad de Madrid. Los participantes completaron el protocolo de evaluación en sus centros de referencia o en sus domicilios y dieron su consentimiento informado por escrito para

participar en el estudio. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Rey Juan Carlos.

Variables e instrumentos

Se evaluaron las variables sociodemográficas género y edad. La percepción negativa del propio envejecimiento se evaluó mediante la Escala de Percepción Subjetiva del Envejecimiento³⁴, compuesta por 12 ítems (p. ej., «Creo que tengo una buena salud y me encuentro bien a pesar de algunas molestias de vez en cuando»). El formato de respuesta es tipo Likert con 7 opciones que van desde 1 «totalmente de acuerdo» a 7 «totalmente en desacuerdo». Una puntuación más alta en la escala indica una mayor percepción negativa del envejecimiento. El índice de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido en el presente estudio fue de 0,75.

El control percibido se evaluó utilizando la traducción al español de las subescalas de Restricciones Percibidas de Control Personal y Dominio Percibido³⁵. La subescala de Restricciones Percibidas sobre el Control Personal está compuesta por cinco ítems (p. ej., «Otras personas determinan la mayor parte de lo que puedo y no puedo hacer») y la subescala de Dominio Percibido también está compuesta por cinco ítems (p. ej., «Lo que me suceda en el futuro depende en gran medida de mí»). Ambas subescalas se responden mediante un formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos de 1 «totalmente en desacuerdo» a 6 «totalmente de acuerdo». Los ítems de la subescala de Control Personal se recodificaron y se sumaron las puntuaciones de los ítems de ambas subescalas, de manera que una puntuación total más alta indica un mayor control percibido. La consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala en el presente estudio fue de 0,73.

La sintomatología ansiosa se evaluó a través de la versión española³⁶ del Inventario de Ansiedad Geriátrica³⁷, una escala de 20 ítems (p. ej., «Me resulta difícil relajarme») con una opción de respuesta dicotómica 0 «no» y 1 «sí». El índice de consistencia interna obtenido en el presente estudio según el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,92.

La sintomatología depresiva se evaluó mediante la versión española³⁸ de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D³⁹), una escala de 20 ítems (p. ej., «Sentía que no podía librarme de la tristeza incluso con la ayuda de mi familia o amigos») que mide los síntomas depresivos durante la semana anterior. Las opciones de respuesta consistían en una escala Likert de 4 puntos con un rango de 0 «rara vez o casi nunca» a 3 «la mayor parte del tiempo o todo el tiempo». La consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala en el presente estudio fue de 0,88.

La culpa por percibirse como una carga se midió a través de la Escala de Culpa por Percibirse como una Carga (G-SPBS²⁵). La escala consta de 16 ítems (p. ej., «Me siento culpable por sobrecargar a mi familia por cuidarme») con opciones de escala Likert de 5 puntos que van de 1 «nunca o casi nunca» a 5 «casi siempre». El índice de consistencia interna obtenido en el presente estudio según el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,97.

Análisis de datos

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas. En segundo lugar, se realizaron correlaciones de Pearson con el objetivo de analizar la relación entre las variables evaluadas. Finalmente, para llevar a cabo el análisis transversal de los efectos directos e indirectos de las variables percepción negativa del propio envejecimiento, control percibido y malestar psicológico sobre la variable dependiente culpa por percibirse como una carga se empleó el procedimiento de análisis de efectos indirectos descrito por Hayes⁴⁰. Este enfoque permite determinar las magnitudes relativas de los efectos indirectos específicos asociados a todos los mediadores. Para los efectos indirectos se utilizaron intervalos de confianza del 95% y se generaron 10.000 muestras de *bootstrapping*.

En el primer modelo analizó el efecto (directo e indirecto) de la percepción negativa del propio envejecimiento (variable independiente) sobre los sentimientos de culpa por percibirse como una carga (variable dependiente) controlando las variables control percibido y sintomatología ansiosa. En el segundo modelo se analizó el efecto (directo e indirecto) de la percepción negativa del propio envejecimiento (variable independiente) sobre los sentimientos de culpa por percibirse como una carga (variable dependiente) controlando las variables control percibido y sintomatología depresiva. Las variables sociodemográficas género y edad fueron controladas en ambos modelos.

Resultados

Asociaciones entre las variables evaluadas

Las asociaciones entre variables se muestran en la [tabla 1](#). Ser mujer se asoció negativa y significativamente con percepción negativa del propio envejecimiento ($r = -0,15$; $p < 0,05$), y positiva y significativamente con sintomatología ansiosa ($r = 0,28$; $p < 0,01$) y depresiva ($r = 0,19$; $p < 0,01$). La percepción negativa del propio envejecimiento se asoció negativa y significativamente con control percibido ($r = -0,46$; $p < 0,01$), y positiva y significativamente con la sintomatología ansiosa ($r = 0,38$; $p < 0,01$) y depresiva ($r = 0,51$; $p < 0,01$) y con los niveles de culpa por percibirse como una carga ($r = 0,20$; $p < 0,01$). El control percibido se asoció negativa y significativamente con la sintomatología ansiosa ($r = -0,33$; $p < 0,01$) y depresiva ($r = -0,53$; $p < 0,01$) y la culpa por percibirse como una carga ($r = -0,33$; $p < 0,01$). Finalmente, la sintomatología ansiosa y depresiva se asociaron positiva y significativamente con la culpa por percibirse como una carga ($r = 0,25$; $p < 0,01$, $r = 0,33$; $p < 0,01$; respectivamente).

Efectos indirectos a través de la percepción de control y la sintomatología ansiosa en la asociación entre percepción subjetiva del envejecimiento y culpa por percibirse como una carga

Los resultados de los análisis de los efectos indirectos se muestran en la [figura 1](#) y en la [tabla 2](#). El análisis del efecto directo total de la percepción subjetiva del envejecimiento sobre la culpa por percibirse como una carga ([fig. 1A](#)) mostró que una peor percepción subjetiva del envejecimiento se asoció con niveles más altos de culpa por percibirse como una carga ($B = 0,21$; $p < 0,01$; $95\%CI = 0,105 - 0,303$).

En cuanto al análisis de los efectos indirectos ([fig. 1B](#)), una peor percepción subjetiva del envejecimiento se asoció a menor control percibido ($B = -0,48$; $p < 0,01$; $95\%CI = -0,469 - -0,317$). Además, una peor percepción subjetiva de envejecimiento y menor control percibido se asociaron a mayor sintomatología ansiosa ($B = 0,34$, $p < 0,01$; $95\%CI = 0,121 - 0,226$; $B = -0,15$, $p < 0,01$; $95\%CI = -0,153 - -0,025$, respectivamente). El modelo explicó el 26% de la varianza de la sintomatología ansiosa ($F[4, 346] = 30,98$, $p < 0,01$, $R^2 = 0,26$). Así mismo, menor control percibido y mayor sintomatología ansiosa se asociaron a mayor culpa por percibirse como una carga ($B = -0,27$; $p < 0,01$; $95\%CI = -0,454 - -0,187$; $B = 0,16$; $p < 0,01$; $95\%CI = 0,081 - 0,517$, respectivamente). El modelo final mostró que el efecto directo de la percepción subjetiva del envejecimiento sobre la culpa por percibirse como una carga dejó de ser significativo al introducir el control percibido y la sintomatología ansiosa en el modelo ($B = 0,02$, $p > 0,05$; $95\%CI = -0,099 - 0,130$).

Se encontraron tres efectos indirectos de la percepción subjetiva del envejecimiento sobre la culpa por percibirse como una carga. El primero a través del control percibido ($B = .13$; $95\%CI = 0,070 - 0,197$), participantes con peor percepción subjetiva del envejecimiento mostraron un menor nivel de control percibido, y menor

percepción de control se asoció con mayor culpa por percibirse como una carga. En segundo lugar, a través de la sintomatología ansiosa ($B = 0,05$; $95\%CI = 0,012 - 0,101$) participantes con peor percepción subjetiva del envejecimiento mostraron mayor sintomatología ansiosa, y mayor sintomatología ansiosa se asoció con mayor culpa por percibirse como una carga. Por último, se encontró un efecto indirecto a través del control percibido y la sintomatología ansiosa ($B = 0,01$; $95\%CI = 0,001 - 0,025$), participantes con peor percepción subjetiva del envejecimiento mostraron un menor nivel de control percibido y mayor sintomatología ansiosa, lo que se asoció con mayor culpa por percibirse como una carga.

En su conjunto, el modelo testado que incluyó percepción subjetiva del envejecimiento, control percibido y la sintomatología ansiosa explicó un 14% de la varianza de la culpa por percibirse como una carga ($F[5, 345] = 10,98$, $p < 0,01$, $R^2 = 0,14$).

Efectos indirectos a través de la percepción de control y la sintomatología depresiva en la asociación entre percepción subjetiva del envejecimiento y culpa por percibirse como una carga

Los resultados de los análisis de los efectos indirectos se muestran en la [figura 2](#) y en la [tabla 3](#). Al igual que en el modelo anterior, el análisis del efecto directo total de la percepción subjetiva del envejecimiento sobre la culpa por percibirse como una carga ([fig. 2A](#)) mostró que una peor percepción subjetiva del envejecimiento se asociaba con niveles más altos de culpa por percibirse como una carga ($B = 0,21$; $p < 0,01$; $95\%CI = 0,105 - 0,303$).

En cuanto al análisis de los efectos indirectos ([fig. 2B](#)), una peor percepción subjetiva del envejecimiento se asoció a menor control percibido ($B = -0,48$, $p < 0,01$; $95\%CI = -0,469 - -0,317$). Además, una peor percepción subjetiva de envejecimiento y un menor control percibido se asociaron a mayor sintomatología depresiva ($B = 0,38$, $p < 0,01$; $95\%CI = 0,268 - 0,441$; $B = -0,34$, $p < 0,01$; $95\%CI = -0,489 - -0,278$, respectivamente), en un modelo que explicó el 42% de la varianza de la sintomatología depresiva ($F[4, 346] = 61,57$, $p < 0,01$, $R^2 = 0,42$). Así mismo, un menor control percibido y una mayor sintomatología depresiva se asociaron a mayor culpa por percibirse como una carga ($B = 0,23$, $p < 0,01$; $95\%CI = -0,406 - -0,125$; $B = 0,21$, $p < 0,01$; $95\%CI = 0,082 - 0,345$, respectivamente). Al incluir estas variables en el modelo el efecto directo de la percepción subjetiva del envejecimiento sobre la culpa por percibirse como una carga dejó de ser significativo ($B = 0,01$, $p < 0,01$; $95\%CI = -0,126 - 0,109$).

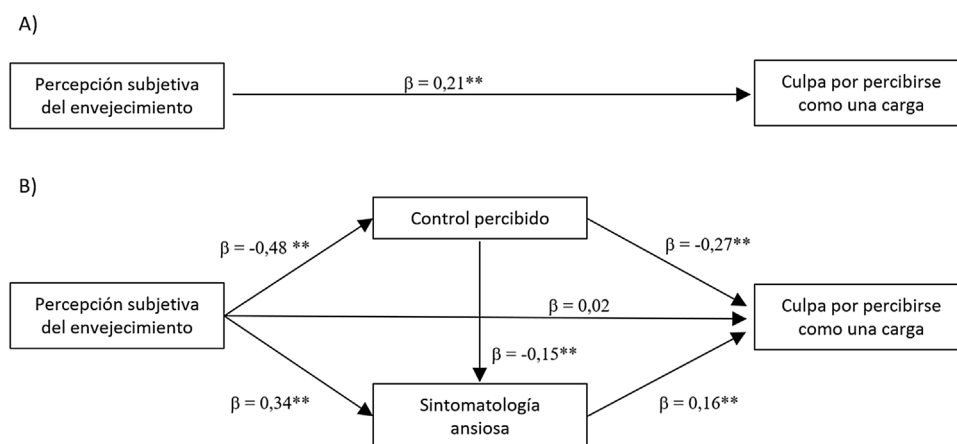
Se encontraron tres efectos indirectos de la percepción subjetiva del envejecimiento sobre la culpa por percibirse como una carga. El primero a través del control percibido ($B = 0,11$; $95\%CI = 0,050 - 0,171$), participantes con peor percepción subjetiva del envejecimiento mostraron un menor nivel de control percibido, y menor percepción de control se asoció con mayor culpa por percibirse como una carga. En segundo lugar, a través de la sintomatología depresiva ($B = 0,08$; $95\%CI = 0,024 - 0,139$) participantes con peor percepción subjetiva del envejecimiento mostraron mayor sintomatología depresiva, y mayor sintomatología depresiva se asoció con mayor culpa por percibirse como una carga. Por último, se encontró un efecto indirecto a través del control percibido y la sintomatología depresiva ($B = 0,03$; $95\%CI = 0,009 - 0,064$), participantes con peor percepción subjetiva del envejecimiento mostraron un menor nivel de control percibido y mayor sintomatología depresiva, lo que se asoció con mayor culpa por percibirse como una carga.

En su conjunto, el modelo testado que incluyó percepción subjetiva del envejecimiento, control percibido y la sintomatología depresiva explicó un 14% de la varianza de la culpa por percibirse como una carga ($F[5, 345] = 11,64$, $p < 0,01$, $R^2 = 0,14$).

Tabla 1

Matriz de correlaciones de las variables evaluadas

	1	2	3	4	5	6
1. Género (1 = mujer)	-					
2. Edad	0,01	-				
3. Percepción subjetiva del envejecimiento	-0,11*	0,00	-			
4. Control percibido	-0,09	-0,03	-0,46**	-		
5. Sintomatología ansiosa	0,28**	0,02	0,38**	-0,33**	-	
6. Sintomatología depresiva	0,19**	0,08	0,51**	-0,53**	0,60**	-
7. Culpa por percibirse como una carga	0,05	0,07	0,20**	-0,33**	0,25**	0,33**

* $p < 0,05$.** $p < 0,01$.**Figura 1.** Análisis de la influencia de la percepción subjetiva del envejecimiento sobre la culpa por percibirse como una carga a través del control percibido y la sintomatología ansiosa.

Discusión

El presente estudio tenía como objetivo principal analizar el papel de los estereotipos hacia el propio envejecimiento, el control percibido, la sintomatología ansiosa y depresiva sobre la culpa por percibirse como una carga en personas mayores residentes en la comunidad y sin deterioro cognitivo o funcional aparente que impida el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. La muestra utilizada en este estudio es igual, aunque más amplia, a la utilizada en el estudio de Pedroso-Chaparro et al.²⁶, en el que se encontró que una peor percepción subjetiva del envejecimiento se asoció a peor control percibido, que se asoció a su vez a una mayor percepción de ser una carga para los demás y mayor sintomatología depresiva y, finalmente, a mayor culpa por percibirse como una carga. En el presente estudio se han analizado los efectos indirectos de la percepción subjetiva del envejecimiento sobre los sentimientos de culpa por percibirse como una carga a través del control percibido y la sintomatología ansiosa y depresiva. Como esperábamos, los resultados indicaron que una peor percepción subjetiva del envejecimiento se asoció a mayor culpa por percibirse como una carga (hipótesis 1). Se encontró también que una peor percepción subjetiva del envejecimiento se asoció a menor control percibido (hipótesis 2), que a su vez se asoció a mayor sintomatología ansiosa y depresiva (hipótesis 3) y, finalmente, a mayor culpa por percibirse como una carga (hipótesis 4). Así mismo, los modelos de regresión sugieren que en la relación entre percepción subjetiva del envejecimiento y culpa por percibirse como una carga se dan efectos indirectos a través del control percibido y la sintomatología ansiosa –modelo 1– y depresiva –modelo 2– (hipótesis 5). Ambos modelos explican un porcentaje significativo de la sintomatología ansiosa, depresiva y de culpa por percibirse como una carga.

De forma consistente con los resultados obtenidos, estudios previos han informado de una relación entre peor percepción subjetiva

del envejecimiento, menor control percibido y mayor sintomatología depresiva, sugiriendo efectos indirectos en la asociación entre percepción subjetiva del envejecimiento y sintomatología depresiva a través del control percibido¹⁵. Así mismo, los resultados de Levy et al.¹² sugerían un rol mediador del control percibido en la relación entre percepción subjetiva del envejecimiento y salud funcional. Los resultados obtenidos en el presente estudio proporcionan respaldo adicional al papel del control percibido como mediador en la asociación entre percepción subjetiva del envejecimiento y salud mental (sintomatología ansiosa y depresiva). Además, los resultados del presente estudio sugieren a través del control percibido que podría haber un efecto indirecto en la asociación entre percepción del envejecimiento y otro indicador de salud mental, la culpa por percibirse como una carga. Los resultados del presente estudio son coherentes con la teoría sobre la internalización de los estereotipos edadistas propuesta por Levy^{41,42}. La percepción de estar envejeciendo conforme a las creencias comunes y estereotipadas sobre la vejez (p. ej., creencias estereotipadas que asocian vejez a dependencia¹⁶ favorece una mayor percepción de pérdida de control¹³, variable clave en la explicación de la sintomatología ansiosa y depresiva¹⁴. Así mismo, la creencia de que vejez equivale a dependencia y a pérdida de control podría favorecer la sobreestimación de necesidad de cuidados que otros deberán proveer a causa de su envejecimiento⁴³, desencadenando malestar. Específicamente, la sobreestimación de necesidad de cuidados asociada a la pérdida de control favorecería la aparición del sentimiento de culpa por percibirse como una carga.

Así mismo, los resultados del presente estudio sugieren que la sintomatología ansiosa y depresiva se asocian a mayor culpa por percibirse como una carga. Si bien la asociación entre malestar emocional y culpa ha sido informada en estudios previos³⁰, la asociación entre malestar emocional y culpa específica por percibirse como una carga apenas ha sido analizada. Estos resultados son acordes

Tabla 2

Coefficientes estandarizados e intervalos de confianza de los efectos indirectos de la relación entre percepción subjetiva del envejecimiento y culpa por percibirse como una carga a través del control percibido y la sintomatología ansiosa

						Análisis de <i>bootstrapping</i>		
						Coeficientes estandarizados	95% inferior	95% superior
Efecto total	-	Culpa por percibirse como una carga				0,21**	0,105	0,303
Percepción subjetiva del envejecimiento								
Efectos directos								
Percepción subjetiva del envejecimiento	-	Culpa por percibirse como una carga				0,02	-0,099	0,130
Percepción subjetiva del envejecimiento	-	Control percibido				-0,48**	-0,469	-0,317
Percepción subjetiva del envejecimiento	-	Sintomatología ansiosa				0,34**	0,121	0,226
Control percibido	-	Sintomatología ansiosa				-0,15**	-0,153	-0,025
Control percibido	-	Culpa por percibirse como una carga				-0,27**	-0,454	-0,187
Sintomatología ansiosa	-	Culpa por percibirse como una carga				0,16**	0,081	0,517
Efectos indirectos								
Percepción subjetiva del envejecimiento	-	Control percibido	-	Culpa por percibirse como una carga		0,13	0,070	0,197
Percepción subjetiva del envejecimiento	-	Sintomatología ansiosa	-	Culpa por percibirse como una carga		0,05	0,012	0,101
Percepción subjetiva del envejecimiento	-	Control percibido	-	Sintomatología ansiosa	Culpa por percibirse como una carga	0,01	0,001	0,025
Efectos indirectos totales						0,20	0,127	0,269

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

con la propuesta de Joyner³¹ sobre la asociación entre depresión y culpa, de forma que es posible que aquellas personas mayores que padecen sintomatología ansiosa o depresiva consideren que estos síntomas pueden causar dificultades en sus familiares, favoreciendo la aparición de sentimientos de culpa por ser una carga para ellos. Igualmente, es posible que estos sentimientos de culpa por percibirse como una carga potencien a su vez la sintomatología ansiosa y depresiva.

En resumen, el presente estudio sugiere que la activación de los estereotipos hacia la vejez como percepciones negativas del propio envejecimiento favorece un menor control percibido y mayor sintomatología ansiosa y depresiva, que se asocia a su vez a mayor culpa por percibirse como una carga en personas mayores residentes en la comunidad sin aparentes problemas funcionales o cognitivos. En base a la teoría propuesta por Laidlaw⁴⁴, la aparición de malestar psicológico asociado a la internalización de estereotipos sobre la vejez podría deberse a la activación de las creencias estereotipadas del propio envejecimiento con motivo de la ocurrencia de eventos negativos relacionados con la vejez. Por ejemplo, recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica se asocia frecuentemente a creencias de discapacidad en las personas mayores⁴⁴, incluso cuando la aparición de discapacidad no es una condición necesaria⁴⁵. Esta falsa creencia de la vejez como una etapa de necesaria fragilidad y dependencia podría verse reforzada por los recuerdos del cuidado de sus propios familiares mayores en unas condiciones históricas diferentes⁴⁵. Otra posible explicación, complementaria a la anterior es la pérdida del rol social que frecuentemente ocurre en la vejez (p. ej., con la jubilación) y que podría llevar a las personas mayores a percibirse como menos útiles y con menor control percibido,

y mayor percepción de ser una carga^{19,46}. En este sentido, Satre et al.⁴⁶ señalan que las intervenciones cognitivo-conductuales con personas mayores deben tener como objetivo contrarrestar la pérdida de los roles sociales importantes y promover la autonomía con el objetivo de desafiar la creencia de ser una carga para los demás.

Los resultados del presente trabajo tienen una serie de implicaciones clínicas. En primer lugar, los sentimientos de culpa asociados a percibirse como una carga en las personas mayores podrían suponer una barrera para solicitar o buscar ayuda. Esto puede ser especialmente importante en países con alto nivel del sentido familiar⁴⁷ como España, donde muchas personas mayores esperan que sean sus hijos quienes perciban sus necesidades y les cuiden (como ellos han hecho con sus padres). Pero los cambios socio-demográficos (p. ej., la incorporación de la mujer al trabajo, el aumento de la movilidad laboral o la disminución del tamaño de las viviendas⁴⁸ pueden dificultar que se de ese cuidado, por lo que es necesario que las personas mayores aprendan a pedir ayuda cuando la necesitan sin que se sientan como una carga o culpables. A su vez, esa barrera para solicitar ayuda ligada a sentir culpa asociada a percibirse como una carga podría ser un facilitador del aislamiento social y de sentimientos de soledad. De hecho, investigaciones previas han encontrado una asociación entre la percepción de ser una carga y la soledad⁴⁹. En este sentido, intervenciones dirigidas a modificar cogniciones desadaptativas sobre la vejez no solo podrían reducir la culpa por ser una carga, sino que son efectivas para reducir los niveles de soledad⁵⁰. Por lo tanto, los sentimientos de culpa asociados a percibirse como una carga podrían constituir una emoción social desadaptativa relevante en las intervenciones enfocadas

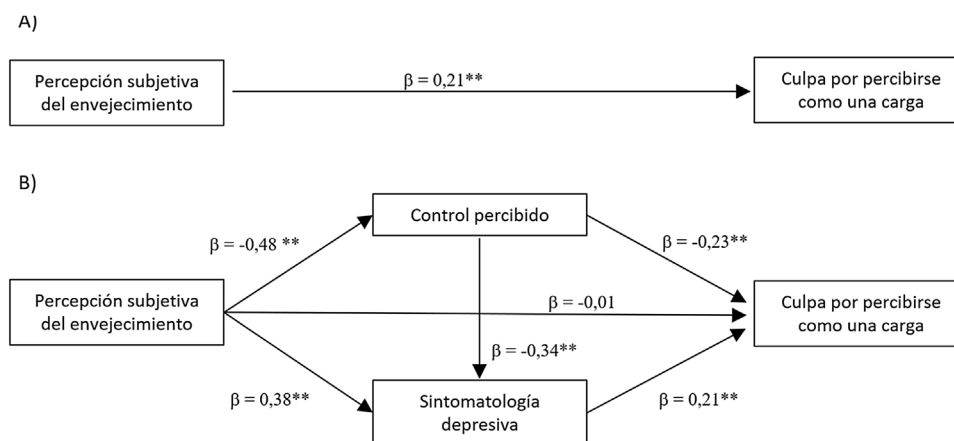


Figura 2. Análisis de la influencia de la percepción subjetiva del envejecimiento sobre la culpa por percibirse como una carga a través del control percibido y la sintomatología depresiva.

Tabla 3

Coefficientes estandarizados e intervalos de confianza de los efectos indirectos de la relación entre percepción subjetiva del envejecimiento y culpa por percibirse como una carga a través del control percibido y la sintomatología depresiva

					Análisis de <i>bootstrapping</i>	
					Coefficientes estandarizados	95% inferior
						95% superior
Efecto total	-	Culpa por percibirse como una carga			0,21**	0,105
Percepción subjetiva del envejecimiento	-	Culpa por percibirse como una carga			-0,01	0,109
Efectos directos						
Percepción subjetiva del envejecimiento	-	Culpa por percibirse como una carga			-0,48**	-0,469
Percepción subjetiva del envejecimiento	-	Control percibido			0,38**	0,268
Percepción subjetiva del envejecimiento	-	Sintomatología depresiva			-0,34**	-0,489
Control percibido	-	Sintomatología depresiva			-0,23**	-0,406
Control percibido	-	Culpa por percibirse como una carga			0,21**	0,082
Sintomatología depresiva	-	Culpa por percibirse como una carga			0,08	0,024
Efectos indirectos						
Percepción subjetiva del envejecimiento	-	Control percibido	-	Culpa por percibirse como una carga	0,11	0,050
Percepción subjetiva del envejecimiento	-	Sintomatología depresiva	-	Culpa por percibirse como una carga	0,03	0,009
Percepción subjetiva del envejecimiento	-	Control percibido	-	Sintomatología depresiva	0,03	0,009
Efectos indirectos totales				Culpa por percibirse como una carga	0,22	0,131

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

a reducir la soledad en las personas mayores. Todo ello indica que los sentimientos de culpa por percibirse como una carga pueden ser una variable muy relevante a nivel clínico, especialmente en personas mayores que tengan algún problema de enfermedad y/o dependencia puesto que la evitación de la culpa por percibirse como una carga puede llevar a estas personas a ocultar a sus familiares sus síntomas o dificultades, empeorando el problema y bloqueando posibles búsquedas de soluciones o tratamiento. El hecho de que este tipo de culpa pueda ser una barrera para buscar ayuda ante la sintomatología depresiva podría facilitar la ideación

suicida, un aspecto clínico muy relevante y más en las personas mayores dada su alta incidencia³³. Aunque la relación entre la auto-percepción de ser una carga y los sentimientos de culpa y la ideación suicida ha sido estudiada³², futuros estudios deberían explorar la relación entre los sentimientos de culpa por percibirse como una carga y la ideación suicida en las personas mayores.

Asimismo, los resultados de este estudio muestran que los sentimientos de culpa por percibirse como una carga pueden ser una variable muy relevante a nivel clínico también en las personas mayores autónomas que hayan internalizado estereotipos hacia la

vejez y, por tanto, hayan desarrollado una peor percepción del propio envejecimiento, pérdida de control, y ansiedad y depresión, que se relaciona con peores hábitos de salud⁵¹ y mayor probabilidad de enfermedad⁵². Este proceso podría darse ante situaciones del día a día, por ejemplo, ante dificultades en el uso de las nuevas tecnologías las personas mayores pueden no pedir ayuda para evitar sentirse culpables por ser una carga (p. ej., «ya le he preguntado en el pasado, no le quiero molestar más»). Al no solicitar ayuda es más probable que no se resuelva el problema y que aparezca una menor percepción de control (p. ej., «una persona tan vieja como yo no puede usar esto»), que estaría favoreciendo la aparición de ansiedad, depresión y, otra vez, sentimientos de culpa por percibirse como una carga, de forma que el proceso descrito en este estudio se retroalimentaría.

Algunas limitaciones del presente estudio deben ser mencionadas. En primer lugar, el diseño transversal del estudio impide realizar inferencias causales. Es decir, la dirección de las variables evaluadas podría ser diferente a la mostrada en el modelo evaluado y, por tanto, los resultados deben ser tomados con cautela. En segundo lugar, se realizó un muestreo de conveniencia. La muestra está compuesta por personas mayores sin limitaciones cognitivas o funcionales explícitas que acuden a actividades organizadas en centros de la Comunidad de Madrid. No se trata, por tanto, de una muestra representativa que permita generalizar los resultados obtenidos. Finalmente, el presente estudio se realizó en una muestra de personas mayores españolas y es posible que los resultados obtenidos estén influenciados por cuestiones culturales. En un estudio previo que analizó los sentimientos de personas mayores con limitaciones funcionales que recibían cuidados de un familiar comparando muestras de personas mayores de ascendencia europea con africana, afroamericana y afrocaribeña, se encontró que las personas mayores descendientes de europeos informaron de sentimientos de culpa en relación con sobrecargar a sus familiares con su cuidado. Sin embargo, aquellos con ascendencia no europea hacían referencia con mayor frecuencia a sentimientos de culpa asociados a la pérdida de independencia y la propia capacidad de contribuir a su red social²³.

A pesar de las limitaciones mencionadas, el presente estudio es de gran interés para avanzar en la comprensión de los sentimientos de culpa por percibirse como una carga. El presente trabajo, junto con el estudio de Pedroso-Chaparro et al.²⁶, supone una primera aproximación al análisis del surgimiento de estos sentimientos en personas mayores residentes en la comunidad sin deterioro funcional y cognitivo explícito. Los resultados obtenidos sugieren que en esta población las variables percepción subjetiva del envejecimiento y control percibido tienen un papel relevante en el desarrollo de malestar emocional, incluyendo sintomatología ansiosa y depresiva, favoreciendo, a su vez, sentimientos de culpa por percibirse como una carga. Atendiendo a la asociación encontrada en estudios previos entre sentimientos de culpa y percepciones de ser una carga e ideación suicida³² y la alta prevalencia de conducta suicida en población mayor³³, es necesario un mayor conocimiento sobre la aparición y el tratamiento de estos sentimientos. En este sentido, los resultados del presente estudio sugieren algunas potenciales vías que pueden contribuir a la comprensión y el tratamiento de los sentimientos de culpa por percibirse como una carga en las personas mayores libres de deterioro cognitivo o funcional explícito. Y, así mismo, señalan la necesidad de trabajar en la modificación de la construcción social actual de la vejez, combatiendo los estereotipos hacia la vejez mediante la facilitación de la participación social de las personas mayores que afiance sus capacidades y sus roles, y favorezca los espacios intergeneracionales para reducir prejuicios y estereotipos asociados a la edad.

Financiación

María del Sequeros Pedroso-Chaparro es beneficiaria de una beca de Formación del Personal Investigador (FPI) concedida por la Universidad Autónoma de Madrid. José A. Fernandes-Pires es beneficiario de un contrato predoctoral de personal en formación concedido por la Universidad Rey Juan Carlos

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen a todos los participantes en el estudio y a las instituciones a las que pertenecen. Especialmente agradecemos al Ayuntamiento de la Ciudad de Getafe y a los Centros Culturales para personas mayores Ferrer i Guardiola y Ramón Rubial (Fuenlabrada) por su colaboración en el muestreo.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.regg.2022.09.003](https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.09.003).

Bibliografía

1. NE. Indicadores de Estructura de la Población. Resultados por provincias. Proporción de personas Mayres de cierta edad por provincia. Instituto Nacional de Estadística. 2021 [consultado 7 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1488>.
2. IMSERSO. Informe 2018. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. 2021 [consultado 7 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/informe.ppm.2018.pdf>.
3. OMS. Mental health of older adults. Organización Mundial de la Salud. 2017 [consultado 7 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. 2019 [consultado 7 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD.MENTAL.pdf>.
5. Losada-Baltar A, Martínez-Huertas JA, Jiménez-Gonzalo L, Pedroso-Chaparro MDS, Gallego-Alberto L, Fernandes-Pires J, et al. Longitudinal correlates of loneliness and psychological distress during the lockdown situation due to COVID-19. Effects of age and self-perceptions of aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci [Internet]*. 2021; <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbab012>.
6. Levy BR. Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci [Internet]*. 2003;58:P203–11. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.4.p203>.
7. Sarabia-Cobo CM, Castaneda Pfeiffer C. Changing negative stereotypes regarding aging in undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today [Internet]*. 2015;35:e60–4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.06.006>.
8. Bryant C, Bei B, Gilson K, Komiti A, Jackson H, Judd F. The relationship between attitudes to aging and physical and mental health in older adults. *Int Psychogeriatr [Internet]*. 2012;24:1674–83. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610212000774>.
9. Freeman AT, Santini ZI, Tyrovolas S, Rummel-Kluge C, Haro JM, Koyanagi A. Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: Findings from a prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *J Affect Disord [Internet]*. 2016;199:132–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.042>.
10. Losada-Baltar A, Márquez-González M, Jiménez-Gonzalo L, Pedroso-Chaparro MDS, Gallego-Alberto L, Fernandes-Pires J. Diferencias en función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. *Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]*. 2020;55:272–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.005>.
11. Hess TM. Attitudes toward aging and their effects on behavior. En: Birren JE, Schaie KW, editores. *Handbook of the psychology of aging*. 6. th ed. Boston, MA: Academic Press; 2006. p. 379–406.
12. Levy BR, Slade MD, Kasl SV. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci [Internet]*. 2002;57:P409–17. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/57.5.p409>.

13. Luo MS, Li LW, Chui EWT. Self-perceptions of aging and control of life in late adulthood: Between-person and within-person associations. *J Aging Health* [Internet]. 2020;32:1275–81. <http://dx.doi.org/10.1177/0898264320917303>.
14. Robinson SA, Lachman ME. Perceived control and aging: A mini-review and directions for future research. *Gerontology* [Internet]. 2017;63:435–42. <http://dx.doi.org/10.1159/000468540>.
15. Kwak M, Ingersoll-Dayton B, Burgard S. Receipt of care and depressive symptoms in later life: the importance of self-perceptions of aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 2014;69:325–35. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbt128>.
16. Barrett AE, Cantwell LE. Drawing on stereotypes: Using undergraduates' sketches of elders as a teaching tool. *Educ Gerontol* [Internet]. 2007;33:327–48. <http://dx.doi.org/10.1080/03601270701198950>.
17. Minichiello V, Browne J, Kendig H. Perceptions and consequences of ageism: views of older people. *Ageing Soc* [Internet]. 2000;20:253–78. <http://dx.doi.org/10.1017/s0144686x99007710>.
18. Salkovskis PM, Warwick H. Making sense of hypochondriasis: a cognitive theory of health anxiety. En: Asmundson G, Taylor S, Cox BJ, editores. New York, USA: Wiley; 2001. p. 46–64.
19. Gudat H, Ohnsorge K, Streeck N, Rehmann-Sutter C. How palliative care patients' feelings of being a burden to others can motivate a wish to die. Moral challenges in clinics and families. *Bioethics* [Internet]. 2019;33:421–30. <http://dx.doi.org/10.1111/bioe.12590>.
20. Jahn DR, Van Orden KA, Cukrowicz KC. Perceived burdensomeness in older adults and perceptions of burden on spouses and children. *Clin Gerontol* [Internet]. 2013;36(5.). <http://dx.doi.org/10.1080/07317115.2013.816817>.
21. McPherson CJ, Wilson KG, Lobchuk MM, Brajtman S. Self-perceived burden to others: patient and family caregiver correlates. *J Palliat Care* [Internet]. 2007;23:135–42. <http://dx.doi.org/10.1177/082585970702300303>. Autumn;.
22. Cousineau N, McDowell I, Hotz S, Hébert P. Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregivers: Development and preliminary validation of a scale. *Med Care* [Internet]. 2003;41:110–8. <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-200301000-00013>.
23. Cahill E, Lewis LM, Barg FK, Bogner HR. You don't want to burden them": older adults' views on family involvement in care: Older adults' views on family involvement in care. *J Fam Nurs* [Internet]. 2009;15:295–317. <http://dx.doi.org/10.1177/1074840709337247>.
24. Mohlman J, Bryant C, Lenze EJ, Stanley MA, Gum A, Flint A, et al. Improving recognition of late life anxiety disorders in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition: Observations and recommendations of the Advisory Committee to the Lifespan Disorders Work Group. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [Internet]. 2012;27:549–56. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1064560811000557>.
25. Pedroso-Chaparro MDS, Cabrera I, Márquez-González M, Olmos R, Romero-Moreno R, Vara-García C, et al. Validation of the guilt associated with self-perception as a Burden Scale (G-SPBS). *Behav Cogn Psychother* [Internet]. 2021;49:185–96. <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465820000557>.
26. Pedroso-Chaparro MDS, Márquez-González M, Vara-García C, Cabrera I, Romero-Moreno R, Barrera-Caballero S, et al. Guilt for perceiving oneself as a burden in healthy older adults. Associated factors. *Aging Ment Health* [Internet]. 2021;25:2330–6. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2020.1822291>.
27. Geissner E, Knecht LM, Baumert A, Rothmund T, Schmitt M. Guilt experience in patients with obsessive-compulsive disorder. *Verhaltenstherapie* [Internet]. 2019;1–8. <http://dx.doi.org/10.1159/000503907>.
28. Kim JY, Kim SH, Ha RY, Lee SJ, Ryu V, Ha KS. Shame and Guilt in Euthymic Patients with Bipolar Disorder and its Relation to Temperaments. *Mood Emot*. 2014;12:215–21.
29. Gallego-Alberto L, Losada A, Vara C, Olazarán J, Muñoz R, Pillemer K. Psychosocial predictors of anxiety in nursing home staff. *Clin Gerontol* [Internet]. 2018;41:282–92. <http://dx.doi.org/10.1080/07317115.2017.1370056>.
30. McIvor K, Degnan A, Pugh L, Bettney L, Emsley R, Berry K. Examining the factor structure and psychometric properties of a Guilt Management Scale (GMS). *Behav Cogn Psychother* [Internet]. 2019;47:181–99. <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465818000292>.
31. Joyner JD. A phenomenological exploration of suffering within chronic depressive illness. Estados Unidos: Catholic University of America; 1997.
32. Espinosa-Salido P, Perez Nieto MA, Baca-García E, Ortega MP. Systematic review of the indirect relationships of thwarted belongingness and perceived burdensomeness in suicide. *Clin Salud* [Internet]. 2021;32:29–36. <http://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a27>.
33. INE. Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad. Instituto Nacional de Estadística. 2021 [consultado 7 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>.
34. De Gracia Blanco M, Garre Olmo J, Arbonés MM, Monreal Bosch P. Analysis of self-concept in older adults in different contexts. *Eur J Psychol Assess* [Internet]. 2004;20:262–74. <http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759.20.4.262>.
35. University of Michigan. Psychosocial and Lifestyle Questionnaire 2006–2010. Core Section LB. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research. 2013[consultado 7 Dic 2021]. Disponible en: <https://hrs.isr.umich.edu/sites/default/files/biblio/HRS2006-2010SAQdoc.pdf>.
36. Márquez-González M, Losada A, Fernández-Fernández V, Pachana NA. Psychometric properties of the Spanish version of the Geriatric Anxiety Inventory. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2012;24:137–44. <http://dx.doi.org/10.1017/S104161021001505>.
37. Pachana NA, Byrne CJ, Siddle H, Koloski N, Harley E, Arnold E. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2007;19:103–14. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610206003504>.
38. Losada-Baltar A, Villareal de la M, Nuevo R, Márquez-González M, Salazar BC, Romero-Moreno R, et al. Cross-cultural confirmatory factor analysis of the CES-D in Spanish and Mexican dementia caregivers. *Span J Psychol* [Internet]. 2012;15:783–92. http://dx.doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n2.38890.
39. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* [Internet]. 1977;1:385–401. <http://dx.doi.org/10.1177/014662167700100306>.
40. Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. Nueva York, NY: Estados Unidos de América: Guilford Publications; 2014.
41. Levy B. Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Curr Dir Psychol Sci* [Internet]. 2009;18:332–6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>.
42. Levy BR, Slade MD, Murphy TE, Gill TM. Association between positive age stereotypes and recovery from disability in older persons. *JAMA* [Internet]. 2012;308:1972–3. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.14541>.
43. Salkovskis PM, Warwick H. Making sense of hypochondriasis: a cognitive theory of health anxiety. En: Asmundson G, Taylor S, Cox BJ, editores. New York, USA: Wiley; 2001. p. 46–64.
44. Laidlaw K. Cognitive behaviour therapy for older people: An introduction. London: AGE Publications; 2015.
45. Laidlaw K, McAlpine S. Cognitive Behaviour Therapy: How is it Different with Older People? *J Ration Emot Cogn Behav Ther* [Internet]. 2008;26:250–62. <http://dx.doi.org/10.1007/s10942-008-0085-6>.
46. Satre DD, Knight BG, David S. Cognitive-behavioral interventions with older adults: Integrating clinical and gerontological research. *Prof Psychol Res Pr* [Internet]. 2006;37:489–98. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.37.5.489>.
47. Calzada I, Brooks C. The Myth of Mediterranean Familism: Family values, family structure and public preferences for state intervention in care. *Eur soc* [Internet]. 2013;15:514–34. <http://dx.doi.org/10.1080/14616696.2013.836402>.
48. Losada A, Knight BG, Márquez M. Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2003;38:116–23. [http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x\(03\)74867-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x(03)74867-7).
49. Cukrowicz KC, Cheavens JS, Van Orden KA, Ragain RM, Cook RL. Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults. *Psychol Aging* [Internet]. 2011;26:331–8. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021836>.
50. Masi CM, Chen H-Y, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev* [Internet]. 2011;15:219–66. <http://dx.doi.org/10.1177/1088868310377394>.
51. Strine TW, Chapman DP, Kobau R, Balluz L. Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2005;40:432–8.
52. Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2005;18:189–93. <http://dx.doi.org/10.1097/00001504-200503000-00013>.