



## ORIGINAL

# Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes<sup>☆</sup>



Ana María Rodríguez-González<sup>a,\*</sup>, Eva Rodríguez-Míguez<sup>b</sup>, Ana Duarte-Pérez<sup>c</sup>, Eduardo Díaz-Sanisidro<sup>d</sup>, Ángel Barbosa-Álvarez<sup>e</sup>, Ana Clavería<sup>f</sup> y Grupo Zarit<sup>◇</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud Altamira, Puente San Miguel, Cantabria, España

<sup>b</sup> Departamento de Economía Aplicada, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Vigo, Vigo, España

<sup>c</sup> Centro de Salud de Tui, Tui, Pontevedra, España

<sup>d</sup> Centro de Salud de Val Miñor, Nigrán, Pontevedra, España

<sup>e</sup> Centro de Salud A Guarda, A Guarda, Pontevedra, España

<sup>f</sup> Atención Primaria, Estructura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI) de Vigo, Vigo, España

Recibido el 10 de diciembre de 2015; aceptado el 23 de mayo de 2016

Disponible en Internet el 14 de julio de 2016

### PALABRAS CLAVE

Cuidadores informales;  
Sobrecarga;  
Dependencia;  
Cuidados de larga duración;  
Enfermedades crónicas

### Resumen

**Objetivo:** Describir la sobrecarga de las cuidadoras informales de personas dependientes e identificar las variables relacionadas.

**Diseño:** Estudio transversal descriptivo observacional.

**Emplazamiento:** Atención Primaria del área sur de Pontevedra.

**Participantes:** Un total de 97 cuidadoras/es de dependientes.

**Mediciones principales:** Mediante una entrevista personal se recogen datos socioeconómicos y del estado de salud de la cuidadora y del dependiente, el tiempo dedicado al cuidado y la carga del cuidador (Zarit abreviada). Además de una descripción de la muestra —incluyendo su nivel de sobrecarga—, se ha utilizado un contraste de medias para identificar aquellas características que inciden en la puntuación de la escala Zarit y una regresión logística para analizar aquellas que inciden en la probabilidad de experimentar sobrecarga.

<sup>☆</sup> Algunos de los resultados del presente trabajo han sido presentados en:

81nd EGPRN-Meeting. Edirne, 17-20 octubre 2015; 20th Wonca Europe Conference. Estambul, 22-25 octubre 2015; III Jornadas de Investigación Biointegrada. Vigo, 16 junio 2015; VI Congreso de la Sociedad Gallega de Calidad Asistencial. Santiago de Compostela, 3-4 junio 2015; I Jornadas Interdisciplinarias de Salud Comunitaria. Zaragoza, 5-7 noviembre; XX Jornadas Gallegas de Medicina Familiar y Comunitaria. Vigo, 20-21 noviembre; VI Jornadas de Intercambio de Buenas Prácticas de las Áreas de Salud de Torrelavega y Reinos «Conectados En saLUZ». Torrelavega, 2-3 diciembre.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [anamaria.rodriguez@scsalud.es](mailto:anamaria.rodriguez@scsalud.es) (A.M. Rodríguez-González).

◇ En el anexo se detallan los miembros del Grupo Zarit que han colaborado en este estudio.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.006>

0212-6567/© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Resultados:** Un 61,9% de las cuidadoras están sometidas a sobrecarga intensa. El ítem de la escala que más contribuye a la sobrecarga es la falta de tiempo para uno mismo, seguida de los efectos negativos en las relaciones interpersonales. El contraste de medias muestra que el grado de parentesco, el número de horas de cuidado, la salud de la cuidadora y la agresividad del dependiente producen diferencias significativas en la escala Zarit. La salud física y psicológica de la cuidadora, y la agresividad del dependiente, se asocian a la probabilidad de padecer sobrecarga.

**Conclusiones:** Las cuidadoras informales de personas dependientes presentan un alto nivel de sobrecarga, que se relaciona tanto con sus características, como con las del dependiente. La sobrecarga replantea la necesidad de que las políticas públicas enfocadas en la dependencia adopten una visión integradora cuidadora-dependiente.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## KEYWORDS

Informal caregivers;  
Burden;  
Dependence;  
Long-term care;  
Chronic diseases

## Cross-sectional study of informal caregiver burden and the determinants related to the care of dependent persons

### Abstract

**Objective:** To describe the burden of informal carers of dependent people and to identify related variables.

**Design:** Descriptive observational cross-sectional study.

**Location:** Primary Health Care in the southern area of Pontevedra.

**Participants:** 97 caregivers of dependent persons.

**Key measurements:** We collected socioeconomic data and health conditions from caregivers and dependent persons, time spent on the daily care and caregiver burden (Zarit abbreviate) through a personal interview. Besides the description of the sample—including their burden level—, a contrast mean was used to identify characteristics that influenced in punctuation of Zarit scale. A logistic regression was used to analyse characteristics that increase the likelihood to experiment burden.

**Results:** 61.9% of caregivers are subject to intense burden. The item on the scale which contributes most to the caregiver burden is the lack of time for oneself, followed by the negative effects of interpersonal relationships. Contrast means shows that degree of relationship, number of care hours, caregiver health and aggressiveness of dependent persons produce significant differences in Zarit scale. Physic and psychological health of caregivers and aggressiveness of dependent persons is associated with the likelihood of developing caregiver burden.

**Conclusions:** Informal caregivers of dependent persons show a high level of burden, both related to their characteristics and those of the dependent persons. Caregiver burden rethinks the need for public policies focused on dependence to adopt an integrative caregiver-dependent vision.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La mayoría de los países desarrollados presentan un alto grado de envejecimiento demográfico. Así, se estima que el porcentaje de población de 65 o más años, que en el año 2010 suponía el 15,4% del total, se duplicará en el 2050<sup>1</sup>. Esta tendencia conlleva un aumento de la morbilidad y del número de personas que requieren asistencia para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD). Actualmente, los cuidados que reciben las personas dependientes se realizan principalmente dentro del hogar (en España solo el 11% de los dependientes viven en residencias<sup>2</sup>). Por lo general, dentro de la familia hay una persona, generalmente mujer (de ahí que en lo sucesivo hablemos de cuidadoras), que asume las tareas y la responsabilidad del cuidado, sin ser remunerada económicamente por ello<sup>3</sup>. La «cuidadora»

es el elemento principal de la red informal en el modelo «familiarista», en el que las políticas públicas suponen que esta debe asumir la provisión de cuidados<sup>4</sup>. Aunque es de esperar que el proceso de transformación social traiga consigo un mayor desarrollo de los cuidados formales, posiblemente los cuidados informales sigan siendo la principal fuente de cuidados a corto y medio plazo. Así, según la última encuesta de discapacidades del INE, un 70% de los dependientes reciben solo ayuda informal y un 12% reciben dichos cuidados en combinación con los cuidados formales<sup>2</sup>. Además, dado que el peso de la ayuda informal no parece haberse reducido en el periodo anterior a la crisis —el porcentaje de dependientes mayores de 5 años cuyo cuidador reside en el mismo hogar ha pasado del 74% en 1999<sup>5</sup> al 79% en el 2008<sup>6</sup>— no es de esperar que se haya producido una reducción desde dicha fecha. Otro aspecto a destacar es que un número importante

de cuidadoras realizan esta actividad a edades avanzadas, lo que menoscaba su salud. En España<sup>6</sup>, el 23% de las cuidadoras tiene 65 o más años, de las cuales un 14% tienen 80 y más años. El aumento de la esperanza de vida, posiblemente agudizará esta situación.

Diversos estudios han constatado que el cuidado diario de dependientes lleva a una situación de sobrecarga. Se define como sobrecarga a aquella carga emocional, física, social y económica que se produce como resultado de cuidar a un familiar o conocido con enfermedad crónica o discapacidad<sup>7</sup>. Para estudiar la sobrecarga se han elaborado distintos instrumentos. Chou et al.<sup>8</sup> realizan una clasificación atendiendo a si se considera la sobrecarga como un concepto unidimensional, bidimensional o multidimensional. El cuestionario Zarit<sup>7</sup>, unidimensional, es el indicador más utilizado, tanto a nivel nacional como internacional<sup>9,10</sup>. Los estudios que han aplicado este indicador en España, ya sea en su versión extendida (22 ítems) o en la reducida (que aplicaremos en nuestro estudio), muestran que entre un 67 y un 70% de las cuidadoras experimentan sobrecarga<sup>11,12</sup>.

En la literatura se han identificado diversos factores que están relacionados con la sobrecarga. Uno de ellos es el nivel de dependencia en las AVD del dependiente y su actitud hacia la cuidadora<sup>13</sup>. Síntomas psicóticos del dependiente, como agitación, irritabilidad o alucinaciones, se correlacionan con la angustia del cuidador<sup>14</sup>. Los cambios que el cuidado de un dependiente suponen en la situación personal, familiar, laboral y/o social actúan como factores que se relacionan con una mayor sobrecarga<sup>15</sup>. También se ha encontrado que, a su vez, la sobrecarga genera problemas, tanto físicos como psicológicos, que influyen en una peor salud de las cuidadoras<sup>16-19</sup>, peor calidad de vida<sup>20</sup>, un mayor dolor percibido<sup>21,22</sup>, además de socavar sus capacidades como cuidadoras<sup>23,24</sup>. La probabilidad de padecer mala salud también aumenta cuando se dedica un número elevado de horas al cuidado<sup>25</sup>.

Este estudio pretende proporcionar nueva evidencia empírica sobre la situación de sobrecarga en la que se encuentran las cuidadoras informales, así como identificar aquellos factores que pueden agravarla o mitigarla.

## Material y métodos

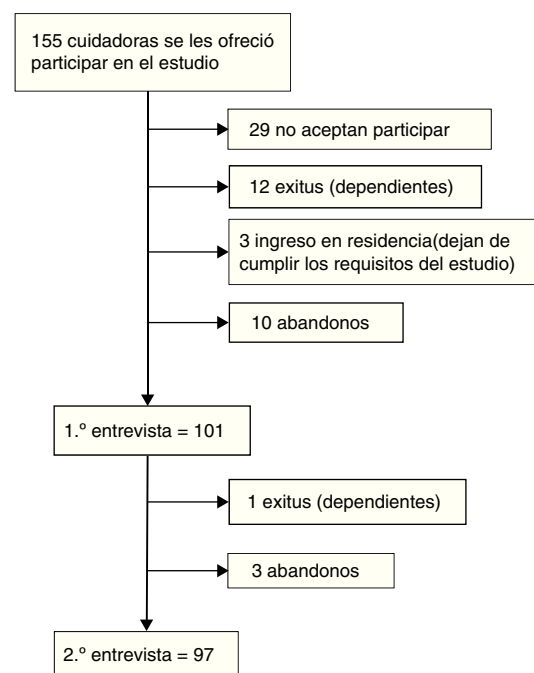
Se ha realizado un estudio transversal descriptivo observacional con cuidadoras informales, captadas en el momento de asistir a una consulta de atención primaria en el área sur de Pontevedra, desde enero de 2014 a marzo de 2015. Esta área atiende 500.000 habitantes e incluye 53 centros de salud. La captación se produjo en 24 centros, que fueron aquellos a los que pertenecía el personal sociosanitario que voluntariamente decidió participar (13 trabajadoras sociales, 6 enfermeras y un médico). Los criterios de inclusión fueron: a) ser cuidadoras informales de adultos que presentaran dependencia crónica; b) no recibir remuneración por su ayuda, y c) poder leer letra pequeña. El cálculo de muestra se realizó estimando encontrar una proporción de sobrecarga del 70% (en base a un estudio previo que utilizaba la escala Zarit abreviada<sup>11</sup>), asumiendo un error máximo del 10% y con un intervalo de confianza del 95%, lo cual nos da un tamaño muestral mínimo de 81 individuos.

Las entrevistas han sido realizadas por personal sociosanitario (2 médicos, un enfermero y una trabajadora social).

La recogida de datos se llevó a cabo en el domicilio de la cuidadora, excepto en 5 casos. La entrevista se desarrolló en 2 sesiones. En la primera sesión se recogieron datos socioeconómicos de la cuidadora y del dependiente, así como el tipo de patología y limitaciones que presenta la persona dependiente. Al final de dicha sesión la cuidadora recibía un diario de actividades que debía ser cubierto en su casa. La cuidadora debía anotar los minutos dedicados a cada una de las actividades de cuidado del dependiente (este diario ha sido diseñado para otra investigación en curso y solo el cómputo total de horas ha sido considerado). El tiempo que transcurrió entre ambas sesiones fue entre una y 3 semanas (fijado por la cuidadora), excepto en casos de fuerza mayor que se amplió dicho plazo. En la segunda sesión se recogía el diario y se obtenía información sobre: la salud de la cuidadora; el dolor, ansiedad y grado de colaboración del dependiente, y el cuestionario Zarit abreviado<sup>11</sup>. Dicho cuestionario, derivado del cuestionario Zarit de 22 ítems<sup>7</sup>, consta de 7 ítems relacionados con la sobrecarga, utilizando una escala de calificación Likert. De este cuestionario se deriva una escala cuyo rango oscila entre 7 y 35. Siguiendo la literatura se considera que existe sobrecarga intensa cuando se obtienen 17 puntos o más<sup>10</sup>. Se optó por la utilización de este cuestionario abreviado para reducir el tiempo de la entrevista.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las características de las cuidadoras y de los dependientes. En segundo lugar, se utilizó un contraste de medias para identificar aquellas características que inciden significativamente con la puntuación de la escala Zarit y una regresión logística para analizar las características que inciden en la probabilidad de experimentar sobrecarga intensa. Los análisis se realizaron con Stata-12.

El protocolo fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia con código 2012/381.



Esquema general del estudio:

**Tabla 1** Características del cuidador/a y del dependiente y su relación con la carga de cuidado

	%	Ā Zarit (IC 95%)	p-valor
<b>Cuidador/a</b>			
<i>Sexo</i>			
Mujer	94,9	19,6 (18,2-21,1)	0,2712
Hombre	5,2	16,0 (7,0-25,0)	
<i>Edad</i>			
Menores de 45	14,4	18,9 (15,0-22,9)	0,9241
Entre 45 y 54	26,8	19,6 (17,0-22,2)	
Entre 55 y 65	37,1	19,8 (17,0-22,5)	
65 años y más	21,7	19,1 (16,0-22,1)	
Menores de 55	41,2	19,4 (17,3-21,4)	
55 años y más	58,8	19,5 (17,5-21,5)	
<i>Grado de parentesco</i>			
Madre/padre	4,1	18,3 (11,6-24,9)	0,0121
Hijo/hija	49,5	17,9 (15,9-20,0)	
Hermano/a	9,3	18,6 (14,7-22,4)	
Esposo/a	11,3	21,0 (16,3-25,7)	
Nuera/yerno	13,4	22,9 (18,8-26,9)	
Otros	12,4	21,3 (15,7-27,0)	
1.º y 2.º grado consang.	62,9	18,0 (16,3-19,8)	
Resto grados y lateralidad	37,1	21,8 (19,3-24,3)	
<i>Tiempo cuidando</i>			
0-2 años	23,7	18,8 (15,9-21,8)	0,7322
3-5 años	30,9	20,3 (17,8-22,8)	
6-10 años	24,7	19,4 (15,6-23,2)	
Más de 10 años	20,6	18,9 (16,1-21,6)	
0-5 años	54,6	19,7 (17,8-21,5)	
Más de 5 años	45,4	19,2 (16,8-21,5)	
<i>Nivel de estudios</i>			
Estudios primarios	57,7	18,8 (17,0-20,6)	0,2984
Estudios medios	33,0	21,3 (18,4-24,1)	
Estudios superiores	9,3	17,0 (12,4-21,6)	
Estudios primarios	57,7	18,8 (17,0-20,6)	
Estudios medios/superiores	42,3	20,3 (17,9-22,8)	
<i>Situación laboral</i>			
Trabaja	17,5	20,7 (17,3-24,2)	0,4205
Jubilado/pensionista	27,8	19,3 (16,7-21,8)	
Desempleado y otras	54,6	19,1 (17,0-21,2)	
Trabajo remunerado	17,5	20,7 (17,3-24,2)	
Trabajo no remunerado	82,5	19,2 (17,6-20,8)	
<i>Renta familiar equivalente</i>			
< 501 euros	23,7	18,5 (15,3-21,7)	0,9172
501-1.000 euros	49,5	19,9 (17,8-22,1)	
Más de 1.000 euros	26,8	19,3 (16,8-21,9)	
0-1.000 euros	73,2	19,5 (17,7-21,2)	
Más de 1.000 euros	26,8	19,3 (16,7-21,9)	
<i>Salud de la cuidadora</i>			
Buena/muy buena	41,2	15,4 (13,6-17,3)	0,0001
Regular	44,3	21,6 (19,5-23,7)	
Mala/muy mala	14,4	24,2 (21,1-27,3)	
Buena, muy buena	41,2	15,4 (13,6-17,3)	
Regular, mala, muy mala	58,8	22,3 (20,5-24,0)	
<i>Número enfermedades crónicas</i>			
Ninguna	17,5	17,2 (13,4-21,0)	0,0231
1 enfermedad	18,6	18,6 (15,5-21,8)	
2 enfermedades	18,6	18,0 (13,9-22,1)	
3 enfermedades	17,5	21,8 (18,2-25,3)	
4 o más enfermedades	27,8	20,9 (18,3-23,5)	
Ninguna, una o 2	54,6	17,9 (15,9-19,9)	

Tabla 1 (Continuación)

	%	Ā Zarit (IC 95%)	p-valor
Más de 2 enfermedades	45,4	21,2 (19,2-23,2)	
<i>Tipo de enfermedad</i>			
Respiratoria	4,1 <sup>a</sup>	20,8 (10,7-30,9)	
Cardiovascular	25,8 <sup>a</sup>	19,0 (16,0-21,9)	
Músculo-esquelética	59,8 <sup>a</sup>	20,3 (18,4-22,1)	
Endocrina	18,6 <sup>a</sup>	17,9 (14,7-21,2)	
Digestiva	5,2 <sup>a</sup>	18,0 (9,9-26,1)	
Oncológica	5,2 <sup>a</sup>	20,0 (14,9-25,1)	
Psicológica-psiquiátrica	26,8 <sup>a</sup>	23,2 (20,6-25,8)	
Otras	39,2 <sup>a</sup>	21,0 (18,5-23,5)	
Psicológica-psiquiátrica	26,8	23,2 (20,6-25,8)	0,0012
No	73,2	18,0 (16,4-19,7)	
Músculo-esquelética	59,8	20,3 (18,4-22,1)	0,1654
No	40,2	18,2 (15,9-20,5)	
<i>Enfermedades con tratamiento</i>			
Ninguna	21,7	17,4 (14,1-20,7)	
1	23,7	20,5 (17,5-23,5)	
2 o más	23,7	22,0 (19,5-24,6)	
NS/NC	30,9	18,0 (15,2-20,9)	
No	31,3 <sup>b</sup>	17,4 (14,1-20,7)	0,0305
1 o más enferm con tto	68,7 <sup>b</sup>	21,3 (19,4-23,2)	
<i>Dolor o malestar</i>			
No	32,0	17,9 (15,1-20,8)	0,1573
Sí	68,0	20,1 (18,5-21,8)	
<i>Sobrecarga</i>			
Sí	61,9	23,9 (22,7-25,2)	0,0000
No	38,1	12,2 (11,2-13,1)	
	%	Ā Zarit (IC 95%)	p-valor
<b>Dependiente</b>			
<i>Sexo</i>			
Mujer	70,1	19,5 (17,7-21,3)	0,9126
Hombre	29,9	19,3 (16,8-21,9)	
<i>Edad</i>			
Menos de 65	12,4	18,3 (14,3-22,4)	
Entre 65 y 84	48,5	19,7 (17,6-21,9)	
85 años y más	39,2	19,4 (17,0-21,8)	
Menos de 80	34,0	18,8 (16,4-21,3)	0,5648
80 años y más	66,0	19,7 (17,9-21,5)	
<i>Tipo de enfermedad</i>			
Mental	14,4	18,5 (13,9-23,1)	
Física	28,9	19,8 (16,6-22,9)	
Física y mental	56,7	19,5 (17,8-21,3)	
Mental o física	43,3	19,3 (16,8-21,8)	0,9050
Mental y física	56,7	19,5 (17,8-21,3)	
<i>Colaboración</i>			
Actitud colaboradora	37,1	18,8 (16,4-21,0)	
Ni colabora ni se opone	44,3	18,6 (16,6-20,6)	
Se opone/agresividad	18,6	22,9 (18,8-27,1)	
No se opone ni es agresivo	70,5	18,6 (17,2-20,1)	0,0198
Se opone y/o agresivo	29,5	22,9 (18,8-27,1)	
<i>Dolor o malestar</i>			
No tiene	34,0	21,1 (18,3-23,8)	
Moderado	36,1	17,9 (15,7-20,1)	
Mucho dolor o malestar	6,2	23,3 (19,2-27,5)	
NS/NC	23,7	18,4 (15,3-21,5)	
No dolor	44,6 <sup>b</sup>	21,1 (18,3-23,8)	0,1591

Tabla 1 (Continuación)

	%	Ā Zarit (IC 95%)	p-valor
Dolor	55,4 <sup>b</sup>	18,7 (16,7-20,7)	
<i>Ansiedad/depresión</i>			
No ansioso/depresivo	38,1	19,4 (16,7-22,1)	
Moderadamente	30,9	19,9 (17,6-22,2)	
Muy ansioso/depresivo	7,2	20,7 (15,2-26,2)	
NS/NC	23,7	18,4 (15,3-21,5)	
No ansioso/depresivo	50,0 <sup>b</sup>	19,4 (16,7-22,1)	0,6980
Ansioso/depresivo	50,0 <sup>b</sup>	20,1 (18,1-22,1)	
<b>Horas diarias de cuidado</b>			
<i>Horas AVD totales</i>			
Menos de 5 h	30,9	18,8 (16,1-21,6)	
Entre 5 y 7 h	25,8	17,4 (14,8-19,9)	
Entre 7 y 9 h	21,7	21,1 (17,8-24,5)	
Más de 9 h	21,7	21,1 (17,6-24,5)	
Menos de 7 h	56,7	18,2 (16,3-20,0)	0,0442
7 h o más	43,3	21,1 (18,8-23,4)	
<i>Horas ABVD diarias</i>			
Menos de 3 h	48,5	18,6 (16,6-20,6)	
Entre 3 y 5 h	33,0	20,1 (17,4-22,7)	
Más de 5 h	18,6	20,6 (16,8-24,5)	
Menos de 3 h	48,5	18,6 (16,6-20,5)	0,2407
3 h o más	51,6	20,3 (18,2-22,4)	
<i>Horas AIVD diarias</i>			
Menos de 3 h	40,2	19,4 (17,2-21,7)	
Entre 3 y 5 h	43,3	19,1 (16,9-21,4)	
Más de 5 h	16,5	20,2 (16,3-24,1)	
Menos de 3 h	40,2	19,4 (17,2-21,7)	0,9974
3 h o más	59,8	19,4 (17,5-21,3)	

<sup>a</sup> Se calcula cada enfermedad de forma independiente (tener/no tener), ya que puede padecer más de una patología.

<sup>b</sup> No se tiene en cuenta NS/NC.

## Resultados

Del total de 155 cuidadoras que fueron invitadas a participar, 29 rechazaron participar, 10 abandonaron una vez realizada la captación y 15 dejaron de cumplir los requisitos (por ingreso en una residencia o fallecimiento del dependiente). Después de realizar la primera sesión del estudio, hubo 4 pérdidas. Completaron el estudio 97 cuidadoras informales que conforman la muestra final (ver esquema general del estudio).

La [tabla 1](#) recoge las características de la muestra. La mayoría son mujeres (95%) y casi la mitad son hijas del dependiente. La media de edad es de 55 años, oscilando desde 24 a 82 años. Un 82% de las cuidadoras tiene alguna enfermedad crónica. Dominan las enfermedades músculo-esqueléticas, seguidas por las psicológicas-psiquiátricas y las cardiovasculares. Por su parte, los dependientes suelen ser mujeres de edad avanzada (un 88% tiene 65 años o más), y más de la mitad tiene enfermedad física y mental. En cuanto a su actitud con la cuidadora, un 19% se opone, incluso con agresividad, a los cuidados que recibe. Con respecto a su salud, tanto el dolor como la ansiedad o depresión son padecidos por la mitad de los dependientes. El tiempo medio que las cuidadoras dedican a las atenciones del dependiente es

de 6 h y 45 min diarios, de los cuales un 47% está destinado a actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

La [tabla 2](#) presenta la distribución de la muestra en los 7 ítems que componen la escala Zarit. La dimensión que más contribuye al valor de la escala Zarit es la falta de tiempo para uno mismo, seguida de los efectos en sus relaciones interpersonales. A continuación, se sitúan aquellas dimensiones relacionadas con su calidad de vida (estrés y agotamiento) y con la afectación de su salud desde que es cuidador/a. En general, un 44,3% de la muestra considera que nunca o casi nunca se sintió sobrecargada y un 28,9% a veces.

La sobrecarga media de las cuidadoras es de 19,4. Este resultado clasifica a la cuidadora media en una situación de sobrecarga intensa (escala Zarit  $\geq 17$ ). Un 61,9% de las cuidadoras presentan sobrecarga intensa, alcanzando valores superiores a 26 para un 18,6% de la muestra. La [tabla 1](#) muestra las características que influyen significativamente en la escala. Por una parte, las cuidadoras que presentan mayor sobrecarga son las que han manifestado una peor salud subjetiva. Este resultado también es consistente con la salud objetiva. Así, tener una pluripatología, estar siendo tratado por alguna enfermedad crónica y padecer una enfermedad psicológica-psiquiátrica está asociado a una mayor

**Tabla 2** Distribución de las respuestas a las preguntas<sup>a</sup> de la escala Zarit abreviada

	Total cuidadoras		Sin sobrecarga		Con sobrecarga	
	n	%	n	%	n	%
<b>P 1</b>						
Frecuentemente/casi siempre	42	43,3	2	2,1	40	41,2
A veces	33	34,0	17	17,5	16	16,5
Nunca/casi nunca	22	22,7	18	18,6	4	4,1
<b>P 2</b>						
Frecuentemente/casi siempre	33	34,0	2	2,1	31	32,0
A veces	35	36,1	11	11,3	24	24,7
Nunca/casi nunca	29	29,9	24	24,7	5	5,2
<b>P 3</b>						
Frecuentemente/casi siempre	36	37,1	3	3,1	33	34,0
A veces	23	23,7	6	6,2	17	17,5
Nunca/casi nunca	38	39,2	28	28,9	10	10,3
<b>P 4</b>						
Frecuentemente/casi siempre	30	30,9	22	22,7	13	13,4
A veces	32	33,0	14	14,4	18	18,6
Nunca/casi nunca	35	36,1	1	1,0	29	29,9
<b>P 5</b>						
Frecuentemente/casi siempre	29	29,9	26	26,8	15	15,5
A veces	27	27,8	9	9,3	18	18,6
Nunca/casi nunca	41	42,3	2	2,1	27	27,8
<b>P 6</b>						
Frecuentemente/casi siempre	18	18,6	34	35,1	28	28,9
A veces	17	17,5	3	3,1	14	14,4
Nunca/casi nunca	62	63,9	0	0	18	18,6
<b>P 7</b>						
Frecuentemente/casi siempre	26	26,8	32	33,0	11	11,3
A veces	28	28,9	5	5,2	23	23,7
Nunca/casi nunca	43	44,3	0	0	26	26,8

<sup>a</sup> P1. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?

P2. ¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (P. ej., con su familia o en el trabajo)

P3. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?

P4. ¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?

P5. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?

P6. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?

P7. En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?

sobrecarga. Por otra parte, la agresividad del dependiente aumenta significativamente la sobrecarga. Finalmente, la gravedad de la dependencia, medida en función del número de horas de cuidado en las AVD, y el tener un grado de parentesco lejano con el dependiente, incrementan significativamente la sobrecarga.

Se ha llevado a cabo una regresión logística para identificar aquellas características que inciden significativamente en la probabilidad de experimentar sobrecarga intensa. Dado el reducido tamaño muestral, y con el fin de aumentar los grados de libertad de la estimación, se ha procedido a reducir el número de variables explicativas, reduciendo así el número de parámetros a estimar y aumentando su precisión. Como es habitual se han incluido las variables sociodemográficas del cuidador, exceptuando sexo (solo había 5 hombres en la muestra) y renta (se ha optado por

incluir educación) Se han introducido 2 variables relacionadas con la salud objetiva (física y psicológica) del cuidador. Consideramos más interesante incorporar la salud objetiva frente a la subjetiva porque esta nos proporciona información sobre las dolencias concretas que pueden estar detrás de una mala salud subjetiva. Con respecto al dependiente se han introducido aquellas que presentan una correlación mayor (aunque algunas de ellas no llegan a la significatividad).

La **tabla 3** muestra los resultados de la regresión logística. La probabilidad de sufrir sobrecarga se incrementa significativamente cuando: la cuidadora realiza un empleo remunerado (OR=6,93); la cuidadora padece una enfermedad psicológica-psiquiátrica (OR=5,12) o músculo-esquelética (OR=3,11), y cuando el paciente se muestra agresivo (OR=4,82).

**Tabla 3** Determinantes de la sobrecarga intensa: regresión logística

	Odds ratio	Err. estd.	z	p >  z	IC 95%
<b>Cuidadora</b>					
<i>Edad (ref. menor 55 años)</i>					
55 años y más	0,8814	0,4555	-0,24	0,807	0,3201-2,4270
<i>Nivel de estudios (ref. primarios)</i>					
Medios	2,3319	1,3136	1,50	0,133	0,7731-7,0338
Universitarios	1.5954	1,3820	0,54	0,590	0,2921-8,7140
<i>Situación laboral (ref. no empleo remunerado)</i>					
Empleo remunerado	6,9294	5,6272	2,38	0,017	1,4108-34,0365
<i>Enfermedad (ref. no enfer. músculo-esquelética)</i>					
Enfer. músculo-esquelética	3,1174	1,7188	2,06	0,039	1,0580-9,1856
<i>Enfermedad (ref. no enfer. psicológica-psiquiátrica)</i>					
Enfer. psicológica-psiquiátrica	5,1253	3,3074	2,53	0,011	1,4469-18,1556
<b>Dependiente</b>					
<i>Estado de ánimo (ref. no ansiedad/depresión)</i>					
Ansiedad/depresión	1,9356	0,9867	1,30	0,195	0,7126-5,2570
<i>Comportamiento (ref. no agresividad)</i>					
Agresividad	4,8263	3,6522	2,08	0,038	1,0952-21,2692
<b>Horas</b>					
<i>ABVD (ref. menos de 3 h ABVD)</i>					
Más de 3 h ABVD	1,5632	0,7899	0,88	0,377	0,5806-4,2084
<i>AIVD (ref. menos de 3 h AIVD)</i>					
Más de 3 h AIVD	0,8980	0,4911	-0,20	0,844	0,3074-2,6231
Constante	0,1565	0,0297	-2,19	0,029	0,0004-0,6487
Pseudo R2 = 0,1920					

Observaciones: n = 97.

## Discusión

El presente estudio muestra las características de las cuidadoras de personas dependientes. El primer resultado a destacar es el elevado nivel de sobrecarga obtenido y la gran prevalencia de sobrecarga intensa (61,9%). Este resultado es ligeramente inferior al obtenido en un estudio previo<sup>11</sup>, realizado también en Pontevedra, donde se obtuvo una sobrecarga de 70%.

Se ha obtenido que factores como las horas de cuidado, la agresividad del dependiente, la salud de la cuidadora y el grado de parentesco inciden en el nivel de sobrecarga y/o en la probabilidad de sobrecarga intensa. Los resultados obtenidos son consistentes con estudios previos. La literatura muestra que, tanto el grado de parentesco<sup>26,27</sup>, como la peor autopercepción de la salud de la cuidadora<sup>20</sup>, están relacionados con una mayor sobrecarga. Esto es importante si tenemos en cuenta que en nuestra muestra el porcentaje de mujeres que perciben su salud como regular, mala o muy mala está entorno al 60% frente al 32,6% de las mujeres de la población general<sup>28</sup>. La atención a pacientes con problemas conductuales también se relaciona con una mayor sobrecarga de la cuidadora<sup>29</sup>. En este sentido, la revisión de Van der Lee et al.<sup>29</sup> muestra que el trastorno de comportamiento y los problemas conductuales son los factores más frecuentemente mencionados como causantes de sobrecarga. De hecho, la mayoría de los modelos que incluyen problemas comportamentales y síntomas neuropsiquiátricos obtienen que estos son significativamente determinantes de la sobrecarga.

Este estudio presenta algunas limitaciones. Por una parte, el tamaño muestral puede haber condicionado la no significatividad de algunas de las variables introducidas en el modelo logit. Así, el número de horas de cuidado y la ansiedad/depresión del dependiente, no alcanzan la significatividad a pesar de tener el signo esperado y un OR elevado. Por otra parte, debido a la utilización de instrumentos estructurados y cerrados, se puede haber perdido información cualitativa, la cual puede ser relevante para explicar la sobrecarga. Finalmente, en variables como la salud de las cuidadoras, puede haber una doble dirección de la causalidad<sup>30</sup>. Sin embargo, la naturaleza transversal de nuestros datos impide su identificación.

Estudios como este ponen en evidencia la necesidad de que los programas sociosanitarios enfocados en la dependencia adopten una visión integradora dependiente-cuidadora. En particular, consideramos de gran relevancia que los profesionales sanitarios lleven a cabo una labor de prevención e identificación de situaciones de sobrecarga<sup>31</sup>. Atendiendo a las limitaciones de tiempo en las consultas de atención primaria, la posibilidad de cribar la sobrecarga con 2 preguntas cortas como la agresividad del dependiente y el tiempo dedicado a los cuidados puede tener gran impacto clínico.

Desde el punto de vista del diseño de políticas sanitarias, se debe considerar la evidencia de que programas de intervención psicoeducacional pueden reducir considerablemente la sobrecarga<sup>32-34</sup>. Es preciso más apoyo sociosanitario a la familia del dependiente para que esta pueda disfrutar de tiempos de respiro y así aliviar la carga a la que se ve sometida<sup>35</sup>. Finalmente, debemos destacar



que son necesarios más estudios que evalúen la eficacia de diferentes intervenciones.

Para concluir, en este artículo se han obtenido el nivel de sobrecarga y sus determinantes en una muestra de cuidadores informales de dependientes. El contraste de medias muestra que la agresividad del dependiente, la salud de la cuidadora, el grado de parentesco y el número de horas de cuidado producen diferencias significativas en la escala Zarit. La agresividad y la salud física y psicológica de la cuidadora, también aumentan la probabilidad de padecer sobrecarga intensa. Por ello, desde el punto de vista sociosanitario resulta clave prestar atención al binomio cuidadora-dependiente. Además de los aspectos que rodean a la persona dependiente, especialmente los aspectos conductuales, es preciso tener muy presente las características de la persona que asume el rol de cuidar, sobre todo, en lo relativo a su salud tanto física como psicológica, ya que estas variables van a tener gran importancia en la existencia o no de sobrecarga de cuidados.

### Lo conocido sobre el tema

- Las cuidadoras informales son las principales proveedoras de cuidados.
- El cuidado diario de dependientes puede llevar a una situación de sobrecarga.
- La sobrecarga puede estar relacionada tanto con la situación del cuidador como del dependiente.

### Qué aporta este estudio

- El análisis de la elevada prevalencia de sobrecarga intensa en una población con dependencia severa.
- Un grado de parentesco lejano, la agresividad/oposición del dependiente, el proporcionar más de 7h diarias de cuidado y la mala salud de la cuidadora aumentan significativamente el nivel de sobrecarga.
- La probabilidad de tener sobrecarga intensa se incrementa significativamente con una mala salud física o psicológica de la cuidadora y con la agresividad del dependiente.
- La necesidad de una visión integradora dependiente-cuidador por parte de los programas sociosanitarios.

### Financiación

Ministerio de Economía y Competitividad y Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) ECO2015-69334-R, Consellería de Economía e Industria (Xunta de Galicia) *grant* n.º 10SEC300038PR.

Premio de investigación en las IX Jornadas de Investigación en Enfermería 2013, Fundación Biomédica. Complejo Hospitalario de Vigo.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración desinteresada de las cuidadoras/es de dependientes participantes en este estudio.

### Anexo. Grupo Zarit Vigo. Personal sanitario y trabajadoras sociales pertenecientes al EOXI de Vigo que han colaborado en la captación de participantes en el estudio

Asunción Gómez-Gonzalo (trabajadora social, CS Cangas).  
Luz Baños-Rodríguez (trabajadora social, CS Redondela).  
M. Jesús Barciela-Garrido (enfermera, CS Teis).  
Ana M Fernández-Soto (trabajadora social, CS Ponteareas).  
Pilar González-Prieto (trabajadora social, CS Teis).  
Isabel Hervada-Ventín (enfermera, CR Rosalía Castro).  
María Luisa Miguélez-Blázquez (enfermera, CS Colmeiro).  
Jacinto Mosquera-Nogueira (médico de Atención Familiar y Comunitaria, CS Bembrive).  
M. José Muguerza-Martínez (enfermera, CS Val Miñor).  
Paula Pacheco-Anta (trabajadora social, CS Sárdoma).  
Amador Pajares-Domínguez (trabajador social, CS Val Miñor).  
Ana Panete-Fernández (trabajadora social, CS CascoVello).  
Vanessa Pena-Álvarez (enfermera, CS Teis).  
Cristina Pereiro-Francisco (trabajadora social, CS Pintor Colmeiro).  
Teresa Pérez-Casajus (trabajadora social, CS A Doblada).  
Felicidad Pérez-Fernández (enfermera, CS Pintor Colmeiro).  
María Josefa Rodríguez-Moreira (trabajadora social, CS A Cañiza).  
Elena Rodríguez-Puime Company (trabajadora social, CS Rúa Cuba).  
Beatriz Aránzazu Soto-Caba (trabajadora social, CS Vigo).  
Concepción Vilas-Fernández (trabajadora social, CS Moaña).

### Bibliografía

1. OECD. *OECD Factbook 2013 economic, environmental and social statistics*. Paris: Publishing; 2013.
2. Sampayo A, Rodríguez E, Álvarez B. Distribución territorial de la dependencia en España y Europa. *Papeles Economía Española*. 2011;129:27-47.
3. Fernández de Larrinoa P, Martínez S, Ortiz N, Carrasco M, Solabarrieta J, Gómez I. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*. 2011;23:388-93.
4. Coira G, Bailon E. La invisibilidad de los cuidados que realizan las mujeres. *Aten Primaria*. 2014;46:271-2.
5. INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1999

- [consultado 6 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p418/a1999&file=pcaxis>
6. INE. Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2008 [consultado 26 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418/a2008/hogares/p01/modulo6&file=pcaxis>
  7. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20:649–55.
  8. Chou KR, Chu H, Tseng CL, Lu RB. The measurement of caregiver burden. *J Med Sci*. 2003;23:73–82.
  9. Crespo M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clin Salud*. 2015;1:9–16.
  10. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Med Chile*. 2009;137:657–65.
  11. Regueiro AA, Pérez-Vásquez A, Gomara S, Ferreira M. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Aten Primaria*. 2007;39:185–8.
  12. Gort AM, March J, Gómez X, de Miguel M, Mazarico S, Ballesté J. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Med Clin*. 2005;124:651–3.
  13. Rinaldi P, Spazzafumo L, Mastriforti R, Mattioli P, Marvardi M, Polidori MC, et al. Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: Results of an Italian multicenter study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20:168–74.
  14. Oh Y-S, Lee JE, Lee PH, Kim J-S. Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease dementia are associated with increased caregiver burden. *J Mov Disord*. 2015;8:26–32.
  15. Schrag A, Hovris A, Morley D, Quinn N, Jahanshahi M. Caregiver-burden in Parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls, and disability. *Parkinsonism Relat Disord*. 2006;12:35–41.
  16. Cardona D, Segura A, Berberí D, Agudelo M. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013;31:30–9.
  17. Almborg B, Grafström M, Winblad B. Caring for a demented elderly person—burden and burnout among caregiving relatives. *J Adv Nurs*. 1997;25:109–16.
  18. Bódalo-Lozano E. Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. *Portularia*. 2010;10:85–97.
  19. Fernández de Larrinoa P, Martínez S, Ortiz N, Carrasco M, Solabarrieta J, Gómez I. Auto percepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*. 2011;23:388–93.
  20. Delgado E, Suárez O, de Dios R, Valdespino I, Sousa Y, Braña G. Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. *Semergen*. 2014;40:57–64.
  21. Villarejo L, Zamora MA, Casado G. Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Enferm Global*. 2012;27:159–65.
  22. Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Janzen JA, Hadjistavropoulos T. The relation of pain and caregiver burden in informal older adult caregivers. *Pain Med*. 2011;12:51–8.
  23. Garcés J, Carretero S, Ródenas F, Sanjosé V. Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;48:372–9.
  24. Ribas J, Castel A, Escalada B, Ugas L, Grau C, Magarolas R, et al. Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*. 2000;27:131–4.
  25. Trivedi R, Beaver K, Bouldin ED, Eugenio E, Zeliadt SB, Nelson K, et al. Characteristics and well-being of informal caregivers: Results from a nationally-representative US survey. *Chronic Illn*. 2014;10:167–79.
  26. Hong GR, Kim H. Family caregiver burden by relationship to care recipient with dementia in Korea. *Geriatr Nurs*. 2008;29:267–74.
  27. Do Muiño M, Fernández M, Rodríguez E, González C, Iglesias RM. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes inmobilizados en atención primaria. *Cad Aten Primaria*. 2010;17:10–4.
  28. INE. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2012 [consultado 1 May 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2011/p04/&file=pcaxis>
  29. Van der Lee J, Bakker T, Duivenvoorden HJ, Dröes RM. Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: A systematic review. *Ageing Res Rev*. 2014;15:76–93.
  30. Miura H, Arai Y, Yamasaki K. Feelings of burden and health-related quality of life among family caregivers looking after the impaired elderly. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59:551–5.
  31. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado DMS, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*. 2014;311:1052–9.
  32. Cardoso L, Verderoce M, Malagutti MA, Mazza RS. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46:513–7.
  33. Varona R, Saito T, Takahashi M, Kai I. Caregiving in the Philippines: A quantitative survey on adult-child caregivers' perceptions of burden, stressors, and social support. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007;45:27–41.
  34. McWilliams S, Hill S, Mannion N, Kinsella A, O'Callaghan E. Caregiver psychoeducation for schizophrenia: Is gender important? *Eur Psychiatry*. 2007;22:323–7.
  35. Robinson KM, Buckwalter K, Reed D. Differences between dementia caregivers who are users and nonusers of community services. *Public Health Nurs*. 2013;30:501–10.