

PERSONAS CUIDADORAS EN BIZKAIA

Ficha técnica del estudio

1. Objetivo general

El objetivo de este estudio ha sido conocer la realidad sociodemográfica, así como el estado de salud percibida y el nivel de sobrecarga de las personas que cuidan de personas dependientes en la provincia de Bizkaia.

2. Metodología

La muestra de este estudio está compuesta por un grupo de 1.257 participantes procedentes de Bizkaia. Para contactar con ellos se contó con la ayuda del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia. También se obtuvo una pequeña parte de la muestra a través de los programas de apoyo a personas cuidadoras que actualmente desarrollan los Ayuntamientos vizcaínos de Barakaldo, Bilbao y Durango. Para acceder a la muestra, personas cuidadoras que habían solicitado la ayuda de la ley de dependencia a través del ente foral, se les mandó por correo ordinario una carta, dentro de la cual se incluía un protocolo, un sobre y una carta informando sobre el estudio. Las personas cuidadoras, de forma voluntaria, debían rellenar el cuestionario, y una vez completado, introduciéndolo en el sobre ya franqueado. Éste llegaba de forma anónima a la Universidad de Deusto donde era recogido e incluido para el estudio.

3. Instrumentos utilizados en el estudio

3.1. *SF-36 Health Survey (McHorney, Ware, Lu & Sherbourne, 1994; McHorney, Ware & Raczek, 1993).*

Se empleó la versión española adaptada por Alonso, Prieto & Antó (1995). Se trata de un cuestionario autoadministrado que valora tanto aspectos positivos como negativos de la salud. Contiene 36 ítems en los cuales las opciones de respuesta oscilan entre tres y seis alternativas, dependiendo del ítem. El cuestionario valora ocho dimensiones del estado de salud, tanto físico como mental:



- Función física (FF): está relacionada con la limitación para realizar actividades físicas y se recoge mediante ítems de este tipo: “Su salud actual ¿Le limita para subir varios pisos por la escalera?”.
- Rol Físico (RF): se refiere a la influencia de los problemas de salud en la vida diaria. Presenta ítems como “Durante las últimas 4 semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?”
- Dolor corporal (DC): se relaciona con la intensidad del dolor y su influencia en la vida diaria. Se recoge a través de ítems como: “Durante las últimas 4 semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual?”
- Salud general (SG): valoración personal que se realiza con respecto a la salud actual. Incluye ítems como “Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas”
- Vitalidad (VT): se refiere a un sentimiento de energía frente al cansancio. Se recoge mediante ítems como “Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo se sintió agotado?”
- Función social (FS): se refiere al grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social. Presenta ítems como “Durante las últimas 4 semanas ¿hasta qué punto su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales?”
- Rol social (RS): se relaciona con la influencia de los problemas de salud emocional en la vida diaria. Se valora a través de ítems como “Durante las últimas 4 semanas ¿no hizo su trabajo o actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste o deprimido)?”
- Salud mental (SM): se refiere a síntomas psicológicos como la ansiedad o la depresión. Se valora a través de ítems como “Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?”

Además, permite el cálculo de dos puntuaciones sumario: el componente físico y el componente mental. Para cada dimensión, los ítems se codifican, se agregan y se transforman en un rango de puntuaciones que va desde 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud). Para facilitar su interpretación se obtuvieron puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales (Alonso et al., 1998; López-García et al., 2003; Vilagut et al., 2008). Las propiedades psicométricas de la versión española han sido evaluadas en diversos estudios (Vilagut et al., 2005).

3.2. Symptom Check List-90-R (SCL-90-R) (Derogatis, 1977)

Se empleó la versión española adaptada por González de Rivera et al. (1989). Es un cuestionario multidimensional, autoadministrado, cuyo objetivo consiste en evaluar el



grado de malestar psicológico tanto en pacientes psiquiátricos como en población no clínica. En el presente estudio se ha empleado para recopilar una mayor información de la salud mental de la persona cuidadora. Consta de 90 ítems que exploran 9 dimensiones psicopatológicas aunque en el presente estudio únicamente nos hemos centrado en 3 de ellas:

- Somatizaciones (SOM): se refiere a malestar de tipo corporal como por ejemplo “Dolores de cabeza”
- Depresión (DEP): se relaciona con manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo como “Sentirme con muy poca energía” o “Llorar por cualquier cosa”
- Ansiedad (ANS): se refiere a síntomas como nerviosismo, tensión, ataques de pánico o miedos.

Además, se pueden obtener tres índices globales de malestar psicológico: índice global de severidad, índice positivo de malestar y total de síntomas positivos. Cada ítem se valora de acuerdo a una escala Likert de 5 puntos, indicando el malestar percibido en los últimos 7 días (0 = «nada»; 1 = «muy poco»; 2 = «poco»; 3 = «bastante»; 4 = «mucho»).

3.3. Versión traducida y adaptada al castellano de la Escala de Detección de Riesgo (CARE-Caregiver Risk Screen) de Guberman, Keefe, Fancey, Nahmiash & Barylak (2001) realizada por Martínez, Miguel, Solabarrieta & Ortiz (2009)

La escala Caregiver Risk Screen (CARE) original fue desarrollada en Quebec en lengua inglesa y posteriormente en francés por Guberman et al. (2001). El objetivo es conocer cuándo el bienestar físico y/o mental de las personas cuidadoras de familiares dependientes se encuentra en situación de riesgo y así poder asumir y orientar posibles acciones. La escala está compuesta por 12 ítems con una opción de respuesta tipo likert de 0 a 3, donde 0 es (totalmente desacuerdo), 1 (algo en desacuerdo), 2 (algo de acuerdo) y 3 (totalmente de acuerdo). Para la traducción de la escala a lengua castellana se utilizó la técnica de la traducción inversa (Hambleton, 1996; Muniz y Hambleton, 1996). En la adaptación de la escala al castellano de Martínez et al. (2009) se eliminaron dos ítems y se extrajeron dos factores que han explicado el 58,15% de la varianza. En el primer factor se incluyeron los ítems 1, 2, 4, 5, 6, 10 y 11 y se le ha denominado Expectativas del cuidado, conflicto familiar y salud. En el segundo factor se han incluido los ítems 3, 8 y 9 y se le ha asignado el nombre: Impacto del cuidado sobre la disponibilidad de tiempo para sí y para el encuentro con otras personas. La consistencia interna de la escala ha sido adecuada, con un alfa de Cronbach de .868. Se puede afirmar que la escala resulta ser un instrumento



adecuado, fiable y válido para evaluar la percepción de carga que sienten las personas que desarrollan tareas relacionadas con el cuidado de un familiar. La validez convergente se comprobó utilizando la Entrevista de Carga del cuidador Zarit. Esta escala es la más utilizada en nuestro contexto para la detección de carga de la persona cuidadora. El coeficiente de correlación entre ambas escalas es alto, positivo y estadísticamente significativo ($r=0.78$, $p=0.0019$).

4. Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se han llevado a cabo mediante el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 15.0 para Windows. Para todas las pruebas realizadas se consideró un nivel de significación estadística de $p < .05$ ($\alpha=5\%$). En primer lugar se han realizado análisis descriptivos de todas las variables sociodemográficas y variables relacionadas con el cuidado de las personas dependientes, así como análisis descriptivos de la escala SF-36 que mide tanto aspectos positivos como negativos de la salud. Además de los análisis descriptivos de esta escala, también se han analizado las puntuaciones obtenidas en la escala SCL-90-R cuyo objetivo consiste en evaluar el grado de malestar psicológico tanto en pacientes psiquiátricos como en población no clínica. Para comparar la muestra de personas cuidadoras con la muestra general se ha utilizado la prueba t-student. Para la comparación de SF-36, SCL-90-R y la escala traducida y adaptada al castellano de Detección de Riesgo (CARE-Caregiver Risk Screen) de Guberman et al. (2001) se ha utilizado el análisis de varianza (ANOVA) para las variables continuas, posteriormente se utilizó el test DSM para analizar las diferencias intragrupos. También se realizaron análisis de covarianza (ANCOVA) para establecer relaciones entre las escalas de salud y carga con respecto a las características sociodemográficas de las personas cuidadoras y del contexto del cuidado controlando la edad de las personas cuidadoras.



BIBLIOGRAFIA

- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica, 104*, 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., & de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica, 111*, 410-416.
- González de Rivera, J.L., Derogatis, L.R., de las Cuevas, C., Gracia, R., Rodríguez, F., Henry, M., & Monterrey, A.L. (1989). *The spanish versión of the SCL-90-R. Normative data in general population*. Towson: Clinical Psychometric Research.
- Guberman, N., Keefe, J., Fancey, P., Nahriash, D., & Barylak, L. (2001). *Development of screening and assessment tools for family caregivers*. Ottawa: Health Transition Fund, Health Canada.
- Hambleton, R.K. (1996). Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. En J. Muñiz (coord.), *Psicometría* (pp. 208-238). Madrid: Universitas.
- López-García, E., Banegas, J.R., Pérez-Regadera, A.G., Gutiérrez-Fisac, J.L., Alonso, A., & Rodríguez-Artalejo, F. (2003). Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Medicina Clínica, 120*, 568-573.
- Martínez, S., Miguel, J.J., Solabarrieta, J. & Ortiz, N. (2009). *Traducción y adaptación al castellano de la escala de detección de riesgo (Caregiver risk screen) de Guberman, Keefe, Fancey, Nahmiash y Barylak (2001)*. Documento no publicado.
- McHorney, C.A., Ware, J.E., Lu, R. & Sherbourne, C.D. (1994). The MOS 36-item short form health survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care, 32*, 40-66.
- McHorney, C.A., Ware, J.E. & Raczek, A.E. (1993). The MOS 36-item short form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care, 31*, 247-263.
- Muñiz, J., & Hambleton, R. K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo, 66*, 63-70.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., et al. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria, 19*, 135-150.
- Vilagut, G., Valderas, J.M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., & Alonso, J. (2008). Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Medicina Clínica, 130*, 726-735.