EL CUIDADOR DEL ENFERMO ESQUIZOFRÉNICO: SOBRECARGA Y ESTADO DE SALUD

Autor: Mª José Algora Gayán

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha vivido un cambio sin antecedentes en lo que se refiere a prestaciones y recursos dirigidos al enfermo mental, incluyendo la llamada Ley de Dependencia que da cabida a un amplio colectivo que hasta ahora era tratado por la Ley de forma tangencial. Pero los profesionales que trabajamos con personas con enfermedad mental no debemos olvidar a la familia como primera fuente de cuidados. La familia acompaña, apoya, detecta, informa y recibe la información necesaria para la continuidad del cuidado del paciente, convirtiéndose muchas veces en el canal a través del cual fluye la comunicación con el enfermo, especialmente en períodos de descompensación. Es por ello que tanto la salud como el bienestar general de la misma han de ser objetivo y parte del cuidado tanto como el propio paciente, con el objeto de prevenir el agotamiento e incluso la claudicación familiar.

Este trabajo se centra en la sobrecarga percibida por el cuidador familiar derivada del cuidado diario del enfermo esquizofrénico. Se pretende estudiar la relación entre el sentimiento subjetivo de la carga derivada del cuidado y la salud que presenta y percibe el cuidador principal..

MARCO TEÓRICO

Las enfermedades mentales constituyen un problema de primera magnitud en la actual sociedad occidental, tanto por su elevada incidencia como por el impacto y la desestructuración que sufren el propio enfermo y su familia, especialmente si se trata de personas que sufren una enfermedad mental grave. El término “enfermedad mental grave” indica que se trata de un trastorno crónico, normalmente de naturaleza psicótica, del que resulta un deterioro significativo de una o más áreas del funcionamiento social (1). En 1978 el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos definió el **Trastorno Mental Grave** (TMG) como *un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves, que cursan con alteraciones mentales de larga duración, que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social y que deben ser atendidos a través de diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social* (2). Dentro del grupo que conforman los TMG, la **esquizofrenia** es el trastorno principal, tanto por sus características clínicas como por su curso. En cuanto a la prevalencia y aunque existen discrepancias, se estima que actualmente está entre el 0,5 y el 1%. Puesto que tiende a ser una patología crónica, las tasas de incidencia son considerablemente inferiores a las de prevalencia y se estiman en aproximadamente 1/10.000 al año. Como consecuencia de los síntomas básicos de la enfermedad, las personas enfermas afrontan dificultades en su funcionamiento normal, en varias áreas: autocuidados, autonomía personal, control de la conducta y capacidad de tener iniciativas y motivación (3).

En la década de los 80, la llamada “Reforma Psiquiátrica” apostó por un cambio en la asistencia, pasando de una atención basada en el internamiento del enfermo mental a una orientación comunitaria, donde el paciente tiende a vivir en el núcleo familiar. Es lo que se denominó proceso de desinstitucionalización. El modelo, explícito en la propia Ley General de Sanidad, aboga por una atención comunitaria, alternativa al hospital psiquiátrico, “sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales”, contemplando la necesidad de estructuras y programas alternativos y especialmente de hospitalización en el Hospital general, infantojuveniles y de rehabilitación y reinserción social en programas conjuntos con servicios sociales (art. 20 Ley General de Sanidad) (4).

La carga del cuidado

En nuestro entorno, la familia es la fuente principal de cuidados para las personas de cualquier edad que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia (5). Respecto al enfermo mental, las bases de la reforma psiquiátrica exigen cada vez más a las familias el papel de cuidadora de los pacientes psicóticos, al eliminar las alternativas asilares tradicionales (6). Esto supone un impacto determinado y unas repercusiones tanto a nivel emocional como en la dinámica familiar habitual y en la situación económica, ya que la familia tiene que satisfacer las necesidades que el enfermo por sí mismo no puede cubrir. A su vez, implica una obligación no retribuida ni esperada, debiendo hacer frente a situaciones difíciles derivadas de los trastornos de conducta del familiar enfermo y prestando asistencia continua en la vida diaria del mismo (7).

Los cuidadores constituyen una pieza clave en la tríada terapéutica “equipo de salud-paciente-cuidador primario”. Se entiende como **cuidador principal** a la persona del hogar familiar que se encarga habitualmente de cuidar la salud de las personas dependientes, sin recibir retribución económica a cambio (5). Algunos autores hablan del “síndrome del cuidador” (8), como de una sobrecarga física y emocional que conlleva el riesgo de que el cuidador se convierta en un paciente y se produzca la claudicación familiar. Es importante diagnosticar esta situación en la familia, ya que es necesario actuar dada la repercusión que tiene: a) sobre la salud del cuidador principal y especialmente sobre su estado emocional; b) sobre la dinámica familiar; c) sobre la calidad de los cuidados otorgados a la persona discapacitada, y es posible que los cuidados requeridos por la persona no se cubran adecuadamente (9). Además, la percepción de carga por el cuidador puede ser uno de los mejores predictores de institucionalización del paciente (10).

La sobrecarga del cuidador ha sido definida operativamente y medida partiendo de un modelo derivado de la Teoría General del Estrés. En este modelo, el cuidador debe afrontar determinados factores estresantes y su respuesta irá mediada por procesos psicológicos que incluyen el impacto emocional, la

percepción de soporte social y las estrategias de manejo de estos factores (11). Uno de los factores estresantes encontrados en la población de cuidadores españoles que mayor impacto han tenido sobre la salud del cuidador es la incapacidad mental del paciente (12).

Existen diversas definiciones de "carga" en la literatura, todas ellas haciendo referencia a los problemas, dificultades y acontecimientos adversos que sufre una familia como consecuencia de la enfermedad de uno de sus miembros (6). La **carga familiar** repercute en distintas áreas de la vida del cuidador: las tareas de la casa, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal del tiempo libre, la economía familiar, la salud mental y el malestar subjetivo del cuidador relacionado con la enfermedad. Estas áreas se agrupan en dos grandes dimensiones: la carga objetiva y la carga subjetiva (13).

La carga objetiva se define como cualquier alteración potencialmente verificable y observable de la vida del cuidador causada por la enfermedad del paciente y se origina en las labores de supervisión y estimulación del paciente (7). Está constituida principalmente por sus propios problemas emocionales o somáticos, los problemas económicos y el clima de convivencia en casa, cuestiones que podrían verse aliviadas por acciones terapéuticas en el Centro de Salud Mental, por una mayor adecuación de programas de familias en la rehabilitación y por prestaciones sociales (6).

La **carga subjetiva** hace referencia a la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva originada en las tareas propias del cuidador y en el hecho mismo de que un familiar sufra una enfermedad de estas características (7). La mayor carga subjetiva familiar está constituida por las conductas del paciente, especialmente por la sintomatología negativa (apatía, anhedonia, abulia...) y también se relaciona con las preocupaciones generales por la salud, seguridad, tratamiento y futuro del paciente (6).

El estrés del cuidador

La mayoría de los estudios realizados sobre cuidadores informales se centran en el campo de la gerontología, fundamentalmente en los cuidadores de ancianos afectados de enfermedades degenerativas tipo Alzheimer (14, 15, 16). En gran parte de la investigación centrada en la sobrecarga del cuidador opera algún tipo de **modelo de estrés y afrontamiento** (14), donde el evento estresante es típicamente una situación crónica. Estos modelos diferencian entre los indicadores objetivos de los estresores y la experiencia subjetiva de los mismos.

Pearlin *et al* incorporan aspectos de la problemática del cuidado en su modelo **Caregiver Stress Model**, aplicando así el rol específico al modelo general de estrés de Lazarus y Folkman (16). Para Pearlin, el estrés del cuidador se entiende como consecuencia de un proceso que comprende un número de condiciones interrelacionadas, incluyendo características socioeconómicas, recursos de los cuidadores y **estresores primarios y secundarios** a los que están expuestos. Los estresores son la base del proceso de estrés en el cual el

cuidado ha de estar involucrado. Los primarios se entienden como conductores del proceso que se sigue, derivan directamente de las necesidades del paciente y la naturaleza y magnitud del cuidado demandado por estas necesidades. Los secundarios son consecuencia de la duración e intensificación de los primarios a lo largo del tiempo, dando lugar a las llamadas "tensiones de rol" y "tensiones intrapsíquicas".

El Modelo de Estrés del Cuidador de Pearlin postula que el hecho de dar cuidados y sus consecuencias está potencialmente influenciado por características clave del cuidador, refiriéndose a estatus como la edad, el género, la etnia, la educación, la ocupación, los económicos, etc. Así, el tipo y la intensidad de los estresores a los que la persona se expone, los recursos personales y sociales de los que se dispone para hacer frente a los estresores y las maneras como se expresa el estrés están todos sujetos a los efectos de estas condiciones (17).

Desde la perspectiva del modelo, los estresores objetivos, como puede ser un problema de comportamiento, plantean un desafío al cuidador, pero el grado en que estos estresores afectan al bienestar del cuidador depende en parte de la experiencia subjetiva de estos problemas (15).

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La revisión bibliográfica del tema se ha llevado a cabo en las bases de datos Cuiden, Cuidatge y PubMed, siendo las palabras clave: Esquizofrenia, Familia y Sobrecarga.

Desde los años 50 se han ido realizando distintos estudios sobre lo que supone la carga vivida por los familiares de enfermos mentales (18).

Hoy en día se sabe que la percepción de carga por parte del cuidador es uno de los mejores predictores de institucionalización, mejor incluso que la propia situación de salud del receptor de cuidados (10), por lo que la detección y el abordaje de la misma pasan a ocupar un lugar prioritario en el plan de cuidados del paciente-familia.

Se ha visto que el efecto del cuidado de la familia a nivel clínico y social, tanto en enfermedades mentales como en físicas, está influenciado considerablemente por ciertas variables, como son: la relación entre el paciente y el cuidador (19), la actitud de los familiares y la expresión de emociones hacia el paciente (20, 21) así como el soporte profesional y social recibido por las familias (22).

Los estudios de intervención sobre la carga familiar vienen a señalar que el éxito en el asesoramiento de las familias para afrontar la carga se correlaciona con un efecto beneficioso sobre el curso de la enfermedad mental (23).

En un estudio que valora las variables predictoras de carga en familiares de pacientes con esquizofrenia, se deduce que la carga resulta de la combinación

entre las características clínicas del paciente, las características de personalidad del cuidador y las formas de soporte social. Estos factores explican casi el 80% de la carga manifestada por los familiares (22).

También se ha visto que la edad del paciente receptor de cuidados es un predictor de la calidad de vida del familiar, viéndose que los padres de pacientes jóvenes valoran el cuidado más negativamente que los parientes de enfermos mayores que al parecer tienen más asumido el rol cuidador (24).

Los estudios que han relacionado la carga con el sexo del paciente, han dado resultados discrepantes; mientras unos no encuentran diferencias significativas, otros declaran encontrar niveles mayores de carga en pacientes de sexo masculino (25).

En lo que se refiere a la calidad de vida de los cuidadores, se ha relacionado con la carga percibida y se ha observado relación significativa entre una baja calidad de vida total y altos niveles de carga percibida. Esto indica que el papel cuidador que desarrollan los parientes influye en la situación y calidad de vida de los padres cuidadores (24).

El malestar psicológico secundario al cuidado de un familiar y los efectos sobre la salud del cuidador también ha sido objeto de diversos estudios (15, 26, 27, 28, 29). Algunos resultados muestran que el malestar psicológico derivado del rol cuidador tiene un efecto negativo sobre el bienestar de los padres que cuidan a sus hijos enfermos. También es una influencia negativa para su propia salud física y mental y en consecuencia en el resultado sobre el paciente. Parece claro que si los padres no están bien, no estarán en situación de cuidar a sus hijos. Los padres estresados manifiestan su estrés en la interacción con sus familiares, repercutiendo así en el resultado para el paciente.

Basados en el modelo de estrés de Pearlin et al, se han llevado a cabo distintos estudios en el ámbito del cuidador informal.

Magaña et al (30) llevaron a cabo un estudio basado en el Modelo del Proceso de Estrés del cuidador de Pearlin, para examinar la relación entre los estresores del cuidado y el malestar psicológico del cuidador principal del enfermo mental, así como el papel mediador potencial de las apreciaciones del cuidador (carga, estigma) en la relación entre los estresores y el malestar psicológico. Los resultados, consistentes con el Modelo del Proceso de Estrés de Pearlin (17), revelaron que la carga subjetiva del cuidador actúa como mediador en la relación entre los síntomas positivos del paciente (estresor) y los síntomas de malestar psíquico relacionados con depresión que presentaban los cuidadores familiares. A la vista de estas conclusiones, afirman que las intervenciones dirigidas a reducir la sintomatología positiva del paciente inducirán una reducción de la carga familiar y mejorará el bienestar emocional del cuidador; a su vez, las intervenciones dirigidas hacia cómo el cuidador vive y siente los síntomas del paciente, también aliviarán la ansiedad psicológica de aquel.

Siguiendo el mismo modelo, Son et al (15) trabajaron con familiares cuidadores de enfermos con demencia. Exploraron la relación entre dos tipos de estresores relacionados con el cuidado, uno objetivo (problemas de conducta del receptor de cuidados) y otro subjetivo (sentimientos de sobrecarga del cuidador) sobre tres dimensiones de la salud del cuidador (percepción de la propia salud, comportamientos de salud y uso de servicios sanitarios). En su hipótesis plantean que la relación entre los problemas de conducta del paciente y la salud del cuidador, está mediada por una variable de tipo subjetivo, en este caso la sobrecarga percibida por el mismo. En la misma línea que otros estudios similares (31), los resultados apuntan que los sentimientos de carga del cuidador desarrollan un efecto mediador en la relación entre los problemas del enfermo y el bienestar del cuidador, manifestándose, por ejemplo, a través de un mayor uso de servicios sanitarios.

En esta misma línea y centrándonos en el contexto del enfermo psiquiátrico, se plantea la necesidad de profundizar en el conocimiento de los efectos de la carga percibida por el familiar cuidador del enfermo mental, concretamente del paciente esquizofrénico, con el objetivo de reforzar la implementación de programas dirigidos a prevenir la sobrecarga y el malestar del cuidador. En este estudio, se examinará la carga percibida como estresor subjetivo y su posible relación con el estado de salud del cuidador principal, no sólo en el aspecto psicológico, sino también en otras dimensiones como los problemas físicos, la vitalidad o la propia percepción de la salud general. Tendremos en cuenta las variables de contexto edad y sexo.

Para ello se proponen los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación entre la carga percibida por el cuidador del enfermo esquizofrénico y la salud del mismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Explorar los niveles de carga percibida por el cuidador principal de personas con esquizofrenia

Valorar la salud del cuidador a través de las siguientes dimensiones: función física, función social, limitaciones de rol en cuanto a problemas físicos y problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general.

HIPÓTESIS

Los niveles altos de carga percibida están directamente relacionados con puntuaciones más bajas en la valoración de la salud del cuidador.

MATERIAL Y MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio de tipo **observacional**, ya que no va a haber manipulación de variables. Como se ha realizado en un momento determinado de la vida del cuidador y del enfermo, se trata de un estudio **transversal**. La metodología por la que se han tratado los datos obtenidos es **analítica** de tipo cuantitativo.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudió es el Centro de Salud Mental (CSM) de Reus. Se trata de un centro psiquiátrico comunitario perteneciente al Grup Pere Mata, ubicado en la ciudad de Reus (Tarragona). Abarca una población de 197.944 habitantes (158.023 adultos), pertenecientes a las comarcas del Baix Camp y parte del Priorat. Comprende las siguientes áreas básicas de salud:

- Reus 1
- Reus 2
- Reus 3
- Reus 4
- Reus 5
- La Selva del Camp
- Vandellós-L'Hospitalet de L'Infant
- Cambrils
- Montroig del Camp
- Riudoms
- Les Borges del Camp
- Cornudella del Montsant

SUJETOS DE ESTUDIO

La población diana la conforman los pacientes diagnosticados de esquizofrenia tratados en el Centro de Salud Mental de Reus y sus cuidadores. Utilizando el sistema de historia clínica informatizada la población diana identificada, es decir, que cumpla el criterio diagnóstico de esquizofrenia según la CIE-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades novena revisión) se eleva a 348 personas, que representa una prevalencia teórica del 0,2% sobre el total de la población de referencia de dicha unidad de Salud Mental.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión que aplicados sobre la población de estudio son:

- Edad: sujetos entre 18 y 65 años
- Diagnóstico primario esquizofrenia según criterios del DSM-IV.
- Tipo de convivencia: vivir en el núcleo familiar, siendo el cuidador principal uno de los dos progenitores (padre o madre)
- Mantener contacto regular con los servicios de Salud Mental
- Aceptación voluntaria y firma de consentimiento informado (Anexo 1) tanto por parte de paciente como del cuidador

Como el tipo de parentesco determina la relación entre el paciente y el cuidador y por tanto añade connotaciones diferentes al hecho de cuidar (19), se ha delimitado la muestra a aquellos pacientes que son cuidados por uno (o dos) progenitores para evitar sesgos que afectarían a la variable "sobrecarga". En el caso de que existan dos cuidadores (padre y madre) se ha elegido aquel que según el paciente desarrolla el papel de cuidador principal asumiendo la mayor parte del rol compartido y así lo haya podido constatar el equipo terapéutico del enfermo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Diagnóstico de Retraso Mental
- Negativa del paciente o del cuidador a participar en el estudio
- Tipo de convivencia distinto al descrito en el apartado anterior
- Dificultades lingüísticas (idioma) que impidan la comprensión y expresión adecuadas para completar las encuestas

MUESTRA

Se ha seleccionado la muestra mediante sistema **aleatorio a conveniencia**. Se ha realizado por orden de citación a la consulta de enfermería, eligiendo a aquellos pacientes que cumplen los criterios de inclusión según van siendo visitados por algún miembro del equipo enfermero, siempre y cuando el paciente y el cuidador acepten participar en el estudio. En caso de negativa se ha pasado al siguiente y así sucesivamente.

El número de sujetos que ha participado es de 30 pacientes y sus respectivos familiares. Hay que tener en cuenta que se trata de una prueba piloto y que el tamaño de la muestra puede afectar a los resultados del estudio.

VARIABLES

Se han agrupado las variables en dos categorías, variables sociodemográficas y variables clínicas.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- **Edad**: variable numérica que se ha convertido en cualitativa dicotómica tanto para el paciente como para el cuidador.
    - Paciente: de 18 a 30 años y de 31 a 65 años
    - Cuidador: hasta 65 años y mayor de 65

- **Sexo**: variable cualitativa de dos categorías (hombre y mujer) aplicable a los dos grupos. En el caso del cuidador, de esta variable se deriva la variable de parentesco (padre o madre).

VARIABLES CLÍNICAS

- **Carga percibida por el cuidador**: es la variable mediadora en estudio. Se trata de una variable cuantitativa que se recodifica en otra cualitativa resultado de la aplicación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. La variable recodificada consta de 3 categorías en función de la puntuación numérica obtenida como resultado: <46= no sobrecarga; 46-47 a 55-56= sobrecarga leve; >55-56= sobrecarga intensa.

- **Salud del cuidador**: constituye la variable dependiente, a través de la escala SF-36 se valorarán 8 dimensiones a través de 36 temas, definidos así:
    - Función física: grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados o intensos (10 temas).
    - Rol físico: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 temas).
    - Dolor corporal: intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 temas).
    - Salud general: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 temas).
    - Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 temas).
    - Función social: grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 temas).
    - Rol emocional: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 temas).
    - Salud mental: salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 temas).

El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

INSTRUMENTOS

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y cols (Caregiver Burden Interview) (Anexo 2), se elaboró para medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectos de trastornos mentales (32). El modelo se deriva de la teoría general del estrés: el cuidador tiene que enfrentarse a determinados factores estresantes y su respuesta a los mismos se ve mediada por procesos psicológicos y la posibilidad de utilización de soporte sociofamiliar (33).

La escala de Zarit es un instrumento autoadministrado que consta de 22 ítemes relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuida a otra persona. Se trata de una escala tipo Likert donde cada cuestión se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre).

Los puntos de corte recomendados son:

- < 46 No sobrecarga
- 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve
- >55-56 Sobrecarga intensa

La validez del cuestionario se analizó en 92 sujetos que cumplían el criterio para ser considerados "cuidadores" según los criterios de la Encuesta del Equipo de Investigación Sociológica (EDIS). La fiabilidad test-retest se estudió efectuando dos mediciones con un intervalo de 3 meses entre ambas (33). La versión española de la escala de Zarit se ha mostrado válida y fiable para la medida de los niveles de sobrecarga subjetiva de cuidadores de ancianos aquejados de trastornos psiquiátricos . En este trabajo se ha utilizado la traducción y adaptación para nuestro medio de Martín et al. (34).

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

El Cuestionario de Salud SF-36 es la adaptación realizada para España por Alonso y cols (35, 36) de SF-36 Health Survey. Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. Existen 2 versiones: la "estándar" (periodo recordatorio de 4 semanas) y la "aguda" (periodo recordatorio de 1 semana) (33). En el presente estudio se utilizará la versión estándar (Anexo 3).

Contiene 36 ítemes que cubren dos áreas: el estado funcional y el bienestar emocional. El área del <u>Estado funcional</u> está representada por las siguientes dimensiones:

- Función física (10 ítemes)
- Función social (2 ítemes)
- Limitaciones del rol por problemas físicos (4 ítemes)
- Limitaciones del rol por problemas emocionales (3 ítemes)

El área del Bienestar incluye:
- Salud mental (5 ítemes)
- Vitalidad (4 ítemes)
- Dolor (2 ítemes)

Finalmente, la evaluación general de la salud incluye:
- Percepción de la salud general (5 ítemes)
- Cambio de la salud en el tiempo (1 ítem que no cuenta en la puntuación final)

Los ítemes y las dimensiones del SF-36 están puntuados de forma que a mayor puntuación mejor es el resultado de salud. Para cada dimensión, los ítemes son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global. Sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión, una es la suma del estado de salud física y otra el estado de salud mental.

Preferentemente, el cuestionario debe ser autoadministrado, pero se ha mostrado aceptable la administración mediante entrevista personal sin que variara la consistencia interna. Existen versiones en castellano y en catalán, por lo que se utilizarán indistintamente en función de la lengua materna de la persona a la que se administre.

En cuanto a validez y fiabilidad, los diferentes estudios llevados a cabo han demostrado validez de concepto y de constructo de la adaptación y un alto nivel de consistencia interna para todas las dimensiones, menor para la Función social (33).

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos recogidos se ha realizaddo mediante paquete estadístico SPSS versión 15.0. En primer lugar se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de los cuidadores (edad y sexo). A continuación se han analizado de manera descriptiva los resultados de la escala de sobrecarga del cuidador, relacionándolos con la edad y el sexo del mismo. Después se han trabajado los resultados de la encuesta de salud del cuidador, tanto de manera descriptiva como en relación a las variables edad, sexo y nivel de sobrecarga. Para valorar las asociaciones entre variables cuantitativas se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson.

En cuanto a los pacientes, se ha realizado un análisis descriptivo por edad y sexo de la población y se han relacionado estos datos con los datos referentes a los cuidadores para buscar posibles asociaciones.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para poder llevar a cabo el estudio se ha contado con el permiso institucional de la organización a la que pertenece el Centro de Salud Mental de Reus (Institut Pere Mata). En principio y por las características del estudio, no existen problemas de tipo ético para desarrollarlo, ya que los participantes no se exponen a ningún riesgo derivado de la participación en el mismo. Pero debido a que la población con la que se trabaja es considerada población vulnerable, se ha contado siempre con la aprobación de su terapeuta de referencia en el Centro de Salud Mental y se le ha comunicado cualquier circunstancia que haya podido surgir en el curso de la investigación. Además se han tenido en cuenta unas consideraciones generales durante todo el procedimiento, como son la confidencialidad (garantizar el anonimato de la información recogida) y asegurar la obtención del consentimiento informado tanto por parte del paciente como del cuidador principal.

LIMITACIONES

En primer lugar hay que tener en cuenta el lugar del investigador, ya que se trata de un miembro del equipo del Centro de Salud Mental, por tanto en posible contacto habitual con los pacientes y familias que participarán en el estudio. Esto podría llevar a consideraciones subjetivas a la hora de hacer las valoraciones derivadas del conocimiento de dichas personas.

Por otro lado, las expectativas de los sujetos participantes también han de ser tenidas en cuenta como una limitación, ya que es posible que las interpretaciones personales de los objetivos del estudio den lugar a respuestas condicionadas en las encuestas.

El sistema de elección de la muestra puede ser un factor que haya condicionado la duración del estudio, ya que al no tener una base de datos en la que se relacione al paciente con un cuidador, la selección se ha hecho en el momento de contacto del sujeto con el sistema, lo cual puede alargar el proceso.

Por último tendremos siempre presente que se trata de un estudio piloto con una muestra de tamaño reducido, por tanto los datos que obtenidos no se utilizarán para la generalización de resultados a un universo mayor. Para confirmar los resultados y poder generalizar habría que ampliar el tamaño muestral.

RESULTADOS

RESULTADOS REFERENTES A LOS CUIDADORES

RESULTADOS DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Contamos con una muestra N=30 (cuidadores), de los cuales, 8 son hombres (26.7% de la muestra) y 22 son mujeres (73.3%).

En cuanto a la edad, tenemos un valor mínimo de 38 años y un valor máximo de 83. El valor central de la muestra es 63,5 y la moda 64. La media es 62,77 y la desviación típica 10,441 para un nivel de confianza del 95%.

Si distribuimos la muestra en dos grupos en función de la edad (hasta 65 años y mayores de 65), vemos que 19 personas (63,3%) pertenecen al grupo "hasta 65 años" y 11 sujetos al grupo "mayores de 65 años" (36.7% del total).

Estudiando la edad de la muestra de cuidadores en función del sexo, vemos que la media de la edad de los hombres (70,88) es sensiblemente superior a la de las mujeres (59,82).

RESULTADOS DEL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Como ya se explicó en el apartado de Instrumentos, la escala de Zarit de sobrecarga del cuidador marca los puntos de corte en:

- <46 No sobrecarga
- 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve
- >55-56 Sobrecarga intensa

En el presente estudio se delimita la sobrecarga leve en los valores 46-56 y la sobrecarga intensa en valores > a 56.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO SOBRECARGA	9	30,0	30,0	30,0
	SOBRECARGA LEVE	6	20,0	20,0	50,0
	SOBRECARGA INTENSA	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabla 1: Sobrecarga del cuidador recodificada en 3 grupos.

De la anterior tabla destacamos que 21 participantes (70%) tienen sobrecarga, siendo leve en 6 de ellos e intensa en 15, representando estos últimos el 50% de la muestra.

N	Válidos	30
	Perdidos	0
Media		54,03
Error típ. de la media		3,027
Mediana		56,00
Moda		40
Desv. típ.		16,581
Coef. Variación		30.688
Varianza		274,930
Rango		60
Mínimo		25
Máximo		85

Tabla 2: Datos estadísticos referentes a la variable Sobrecarga del cuidador.

La media de los resultados es 54,03, que pertenece a un nivel 2 de sobrecarga (sobrecarga media-alta) y la desviación típica es 16,851. El valor mínimo obtenido es 25 y el máximo 85.

A continuación se estudiará la distribución de la variable “nivel de sobrecarga” en datos absolutos en función del sexo y la edad del cuidador.

	SEXO			Estadístico	Error típ.
NIVEL SOBRECARGA	HOMBRE	Media		**44,75**	4,399
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	34,35	
			Límite superior	55,15	
		Media recortada al 5%		44,28	
		Mediana		43,50	
		Varianza		154,786	
		Desv. típ.		12,441	
		Mínimo		30	
		Máximo		68	
		Rango		38	
		Amplitud intercuartil		19	
		Asimetría		,712	,752
		Curtosis		,556	1,481
	MUJER	Media		**57,41**	3,588
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	49,95	
			Límite superior	64,87	
		Media recortada al 5%		57,66	
		Mediana		58,50	
		Varianza		283,301	
		Desv. típ.		16,832	
		Mínimo		25	
		Máximo		85	
		Rango		60	
		Amplitud intercuartil		22	
		Asimetría		-,149	,491
		Curtosis		-,466	,953

Tabla 3: Nivel de sobrecarga para la variable sexo.

En el caso de los hombres, la media en el grado de sobrecarga es 44,75 , con una desviación típica de 12,441. El valor máximo es 68 y el mínimo 30. En el caso de las mujeres, la media es de 57,41, la desviación típica 16,832, y los valores máximo y mínimo 85 y 25 respectivamente.

Una vez conocidas las medias de puntuación en hombres y mujeres para el nivel de sobrecarga, hay que analizar si la diferencia entre ambas es estadísticamente significativa. Para ello aplicamos la prueba de la T de Student.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
NIVEL SOBRECARGA	Se han asumido varianzas iguales	,582	,452	**-1,935**	28	**,063**	-12,659	6,543	-26,062	,744
	No se han asumido varianzas iguales			-2,230	16,920	,040	-12,659	5,677	-24,640	-,678

Tabla 4: Comparación medias sobrecarga en función del sexo.

El valor de la t= 1.935, con una significación= 0,063 no nos permite rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias por lo que no podemos decir que la media de del grado de sobrecarga sea estadísticamente diferente para hombres y mujeres, aunque la tendencia es a una mayor sobrecarga para las mujeres.

A continuación observaremos la distribución de la misma variable, “nivel de sobrecarga” en relación a la variable edad. Para ello tendremos en cuenta la edad recodificada en dos grupos, cuidadores con edad hasta 65 años (grupo 1) y cuidadores mayores de 65 años (grupo 2).

	EDADrecod			Estadístico	Error típ.
NIVEL SOBRECARGA	1: <ó= 65 años	Media		**59,05**	3,838
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	50,99	
			Límite superior	67,12	
		Media recortada al 5%		59,50	
		Mediana		59,00	
		Varianza		279,830	
		Desv. típ.		16,728	
		Mínimo		25	
		Máximo		85	
		Rango		60	
		Amplitud intercuartil		21	
		Asimetría		-,225	,524
		Curtosis		-,333	1,014
	2: >65 años	Media		**45,36**	3,850
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	36,79	
			Límite superior	53,94	
		Media recortada al 5%		44,96	
		Mediana		46,00	
		Varianza		163,055	
		Desv. típ.		12,769	
		Mínimo		30	
		Máximo		68	
		Rango		38	
		Amplitud intercuartil		22	
		Asimetría		,377	,661
		Curtosis		-,718	1,279

Tabla 5: Nivel de sobrecarga para la variable Edad recodificada.

La media de sobrecarga para el grupo 1 es de 59,05, con una desviación típica de 16,728, un valor máximo de 85 y un mínimo de 25. Para el grupo 2 la media está en 45,36 y la desviación típica en 12,769. Los valores máximo y mínimo para este grupo son 68 y 30 respectivamente.

Aplicaremos la prueba de la T para poder confirmar si la diferencia de medias es significativa entre grupos de edad.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
NIVEL SOBRECARGA	Se han asumido varianzas iguales	,369	,548	2,341	28	**,027**	13,689	5,846	1,713	25,665
	No se han asumido varianzas iguales			2,518	25,667	,018	13,689	5,436	2,508	24,870

Tabla 6: Comparación medias Nivel Sobrecarga para la variable edad.

La significación bilateral para un valor de la *t*= 2,341 asumiendo varianzas iguales es 0,027, por lo que podemos decir existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias y que el nivel medio de sobrecarga percibida por los cuidadores que tienen hasta 65 años es mayor al de los cuidadores mayores de 65 años.

También se va a analizar si la sobrecarga del cuidador se relaciona con las características del paciente en cuanto a edad y sexo.

		NIVEL SOBRECARGA	EDAD PACIENTE
NIVEL SOBRECARGA	Correlación de Pearson	1	-,075
	Sig. (bilateral)		,692
	N	30	30
EDAD PACIENTE	Correlación de Pearson	-,075	1
	Sig. (bilateral)	,692	
	N	30	30

Tabla 7: Sobrecarga cuidador relacionada con edad paciente

Observamos que no existe relación significativa entre la sobrecarga del cuidador y la edad del paciente.

	SEXO PACIENTE			Estadístico	Error típ.
NIVEL SOBRECARGA	HOMBRE	Media		54,22	3,577
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	46,80	
			Límite superior	61,64	
		Media recortada al 5%		54,10	
		Mediana		57,00	
		Varianza		294,269	
		Desv. típ.		17,154	
		Mínimo		25	
		Máximo		85	
		Rango		60	
		Amplitud intercuartil		25	
		Asimetría		,002	,481
		Curtosis		-,681	,935
	MUJER	Media		53,43	5,968
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	38,83	
			Límite superior	68,03	
		Media recortada al 5%		52,75	
		Mediana		47,00	
		Varianza		249,286	
		Desv. típ.		15,789	
		Mínimo		37	
		Máximo		82	
		Rango		45	
		Amplitud intercuartil		24	
		Asimetría		1,012	,794
		Curtosis		,528	1,587

Tabla 8: Sobrecarga del cuidador en función del sexo del paciente

La media del nivel de sobrecarga de cuidadores que tienen a su cargo un paciente masculino es prácticamente la misma que la de aquellos que cuidan a un paciente femenino.

RESULTADOS DE LA ESCALA DE SALUD DEL CUIDADOR

A continuación se procederá al análisis de los resultados obtenidos a través de la escala SF-36 de salud del cuidador. A través del archivo de sintaxis SF-36 v2.SPS procederemos a transformar los datos de los 36 ítems en 8 variables que representan 8 áreas de salud:

- Función física
- Rol físico
- Dolor corporal

- Salud general
- Vitalidad
- Funcionamiento social
- Rol emocional
- Salud mental

La siguiente tabla nos muestra los valores mínimos y máximos, la media y la desviación típica de cada una de las variables.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Coef. Var.
FUNCION FISICA (0-100)	30	20,00	100,00	64,0417	23,26683	36,33
ROLE PHYSICAL (0-100)	30	,00	100,00	57,2917	29,22690	51,01
BODILY PAIN (0-100)	30	,00	84,00	**40,7333**	21,46518	52,70
GENERAL HEALTH (0-100)	30	10,00	87,00	**48,8667**	22,23190	45,49
VITALITY (0-100)	30	6,25	93,75	49,7917	24,20522	48,61
SOCIAL FUNCTIONING (0-100)	30	12,50	100,00	**67,0833**	27,75418	41,37
ROLE EMOTIONAL (0-100)	30	,00	100,00	**72,5000**	29,93847	41,29
MENTAL HEALTH (0-100)	30	15,00	90,00	58,5000	20,34826	34,78
N válido (según lista)	30					

Tabla 9: Estadísticos áreas de salud del cuidador.

Se destaca de la tabla 9 que la media más alta corresponde a la variable Rol emocional y la más baja a Dolor corporal. Hay que recordar que para la escala SF-36 mayor puntuación corresponde a mejor estado de salud, por tanto, las áreas que representan mejor salud son Rol emocional y Funcionamiento social y las de peor salud son Dolor corporal y Salud general. Asimismo los coeficientes de variación nos indican que las áreas donde hay mayor variabilidad de respuestas son Rol físico y Dolor corporal y las de menor variabilidad Función física y Salud mental, aunque la variabilidad sigue siendo de más de 30 para ambas.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
US STANDARDIZED PHYSICAL COMPONENT SCALE	30	22,67	56,50	39,6924	9,32878
US STANDARDIZED MENTAL COMPONENT SCALE	30	15,01	67,11	43,9560	13,38076
N válido (según lista)	30				

Tabla 10: estadísticos Componentes físico y mental de salud del cuidador.

La tabla anterior revela los valores mínimos, máximos, medias y desviación estándar para las medidas sumario de los componentes físico y mental.

Observamos que el componente físico tiene una media más baja que el mental, lo que significa peor salud para la parte física.

A continuación estudiaremos estas mismas variables pero en función de otras que representarán ser las variables independientes. En primer lugar estudiaremos las 8 variables (áreas de salud) en función del sexo del cuidador.

VARIABLE	SEXO	N	MEDIA	D	t	Sig
Función física	Hombre	8	68.75	23.41398	0.662	0.513
	Mujer	22	62.3295	23.52271		
Rol Físico	Hombre	8	61.7188	35.26644	0.494	0.625
	Mujer	22	55.6818	27.47490		
Dolor Corporal	Hombre	8	42.6250	13.21187	0.286	0.777
	Mujer	22	40.0455	24.00491		
Salud General	Hombre	8	60.6250	21.01658	1.815	0.080
	Mujer	22	44.5909	21.52885		
Vitalidad	Hombre	8	61.7188	22.76567	1.678	0.105
	Mujer	22	45.4545	23.71566		
Funcionamiento Social	Hombre	8	82.8125	22.09709	1.962	0.060
	Mujer	22	61.3636	27.79311		
Rol Emocional	Hombre	8	87.5000	18.89822	1.709	0.099
	Mujer	22	67.0455	31.65176		
Salud Mental	Hombre	8	72.5000	15.35299	2.463	**0.020**
	Mujer	22	53.4091	19.78373		

Tabla 11: Comparación de las medias de las áreas de salud en función del sexo.

Podemos observar que en todas la áreas la puntuación media es superior en hombres, lo que de entrada significaría mejor estado de salud. Aplicamos la prueba de la t de Student y encontramos diferencias significativas entre las medias de hombres y mujeres para la variable Salud Mental (los hombres presentan mejor salud mental que las mujeres) y diferencias que están cerca

de ser estadísticamente significativas para las variables Funcionamiento Social, Salud General y Rol Emocional, siendo en todos los casos superior en los hombres.

A continuación realizaremos el mismo análisis pero buscando las diferencias ligadas al sexo en las variables sumario física y mental.

VARIABLE	SEXO	N	MEDIA	D	t	Sig
Compon. Físico Escala	Hombre	8	39.8303	11.21320	0.48	0.962
	Mujer	22	39.6423	23.52271		
Compon. Mental Escala	Hombre	8	53.2347	8.58439	2.487	**0.019**
	Mujer	22	40.5820	13.34031		

Tabla 12: Comparación medias sumarios físico y mental para la variable sexo.

En la tabla 12 observamos que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres para la medida sumario del componente físico de la escala pero sí para el mental, siendo superior en el caso de los hombres.

El siguiente paso será buscar la posible relación de las 8 variables componentes de la escala de salud del cuidador y las dos variables sumario física y mental con otras dos variables que se considerarán independientes, la edad y el grado de sobrecarga percibida del cuidador. Como todas las variables son cuantitativas, realizaremos correlaciones de Pearson para ver la posible asociación. Los coeficientes de determinación R^2 nos indican qué porcentaje de la variabilidad de la variable dependiente (variables de salud) viene dado por la variable independiente (edad y nivel de sobrecarga).

VARIABLE		EDAD	NIVEL DE SOBRECARGA
Función Física	Correl. Pearson	-0.300	-0.133
	Sig	0.107	0.484
Rol Físico	Correl. Pearson	-0.163	-0.113
	Sig	0.389	0.550
Dolor Corporal	Correl. Pearson	-0.167	-0.025
	Sig	0.379	0.896
Salud General	Correl. Pearson	0.127	-0.426
	Sig	0.505	**0.019**
	R^2	-	0,181
Vitalidad	Correl. Pearson	0.149	-0.432
	Sig	0.505	**0.017**
	R^2	-	0,186
Funcionamiento Social	Correl. Pearson	0.2	-0.444
	Sig	0.916	**0.014**
	R^2	-	0,197
Rol Emocional	Correl. Pearson	0.072	-0.412
	Sig	0.707	**0.024**
	R^2	-	0,169
Salud Mental	Correl. Pearson	0.196	-0.541
	Sig	0.298	**0.002**
	R^2	-	0,292
Sumario Componente Físico	Correl. Pearson	-0.288	0.017
	Sig	0.123	0.929
Sumario Componente Mental	Correl. Pearson	0.228	-0.570
	Sig	0.226	**0.001**
	R^2	-	0,324
Nivel de Sobrecarga	Correl. Pearson	-0.389	1
	Sig	**0.034**	-
	R^2	0,151	-

Tabla 13: Relación variables de salud con la Edad y el Nivel de Sobrecarga.

Para la variable edad no encontramos diferencias estadísticamente significativas ligadas a las variables de salud, pero sí las encontramos en relación al nivel de sobrecarga, como ya habíamos visto anteriormente. Con una significación de 0,034 el coeficiente de correlación de Pearson tiene un

valor de – 0,389 siendo la correlación significante a un nivel de 0,05. El signo negativo nos indica relación inversa, es decir, a mayor edad, menor carga percibida.

Si tenemos en cuenta la variable Nivel de sobrecarga como variable independiente y buscamos correlaciones con las variables de salud del cuidador, encontramos las siguientes relaciones significativas:

- Con la Salud general, con un nivel de confianza del 95% y significación de 0,019: a mayor nivel de sobrecarga, peor salud general.
- Con Vitalidad, con un nivel del confianza del 95% y significación de 0,017: a mayor nivel de sobrecarga, menor vitalidad.
- Con Funcionamiento social, con un nivel de confianza del 95% y significación de 0,014: a mayor nivel de sobrecarga, peor funcionamiento social.
- Con Rol emocional, con un nivel de confianza del 95% y significación de 0,024: a mayor nivel de sobrecarga, peor rol emocional.
- Con Salud mental, con un nivel de confianza del 99% y significación de 0,002: a mayor nivel de sobrecarga, peor salud mental.
- Con el componente mental estandarizado de la escala, con un nivel de confianza del 99% y significación de 0,001: a mayor nivel de sobrecarga, menor puntuación para el componente mental.

RESULTADOS REFERENTES A LOS PACIENTES

RESULTADOS DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La muestra de pacientes se distribuye por sexo de la siguiente manera:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HOMBRE	23	76,7	76,7	76,7
	MUJER	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabla 14: Sexo de la muestra de pacientes.

La media de edad de la muestra es 34 años, con una desviación típica de 7,23. El valor mínimo es 20 y el máximo 48 años, con una amplitud de 28.

RESULTADOS DE DATOS DEL PACIENTE RELACIONADOS CON EL CUIDADOR

En primer lugar se analizará si la salud del cuidador guarda relación en algún aspecto con las variables de edad y sexo del paciente.

	SEXO PACIENTE	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
US STANDARDIZED PHYSICAL COMPONENT SCALE	HOMBRE	23	39,5664	9,74616	2,03221
	MUJER	7	40,1066	8,48986	3,20886

Tabla 15: Medias componente físico escala salud según sexo del paciente

La tabla 15 muestra la media de pacientes hombres y pacientes mujeres para la medida sumario Componente Físico de la escala de salud del cuidador.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
US STANDARDIZED PHYSICAL COMPONENT SCALE	Se han asumido varianzas iguales	,769	,388	-,132	28	**,896**	-,54023	4,09692	-8,93240	7,85194
	No se han asumido varianzas iguales			-,142	11,283	,889	-,54023	3,79825	-8,87459	7,79414

Tabla 16: Comparación medias componente físico por sexo paciente

Vemos que son valores bastante aproximados y, tal como comprobamos en la tabla 16, no existen diferencias significativas entre ellas.

	SEXO PACIENTE	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
US STANDARDIZED MENTAL COMPONENT SCALE	HOMBRE	23	42,1160	14,48813	3,02098
	MUJER	7	50,0019	6,33272	2,39354

Tabla 17: Medias Componente mental escala salud según sexo del paciente

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
US STANDARDIZED MENTAL COMPONENT SCALE	Se han asumido varianzas iguales	5,743	,023	-1,387	28	**,176**	-7,88593	5,68620	-19,53359	3,76172
	No se han asumido varianzas iguales			-2,046	23,841	,052	-7,88593	3,85427	-15,84355	,07169

Tabla 18: Comparación medias componente mental por sexo paciente

Realizando el mismo análisis para la variable sumario Componente Mental de la escala, vemos que en este caso tampoco hay diferencias estadísticamente significativas entre las medias en función del sexo del paciente pero la tendencia es a presentar una mejor salud mental los cuidadores de pacientes de sexo femenino. La Tabla 17 nos muestra las medias y la tabla 18 la prueba t de Student aplicada con una significación bilateral de 0,176.

A continuación se buscará la posible asociación entre la edad del paciente y la salud física y mental del cuidador. Aplicaremos el coeficiente de correlación de Pearson entre la variable Edad del paciente y las variables sumario física y mental de salud del cuidador.

		US STANDARDIZED PHYSICAL COMPONENT SCALE	EDAD PACIENTE
US STANDARDIZED PHYSICAL COMPONENT SCALE	Correlación de Pearson	1	-,091
	Sig. (bilateral)		,633
	N	30	30
EDAD PACIENTE	Correlación de Pearson	-,091	1
	Sig. (bilateral)	,633	
	N	30	30

Tabla 19: Correlación edad paciente con salud física cuidador

		EDAD PACIENTE	US STANDARDIZED MENTAL COMPONENT SCALE
EDAD PACIENTE	Correlación de Pearson	1	-,051
	Sig. (bilateral)		,790
	N	30	30
US STANDARDIZED MENTAL COMPONENT SCALE	Correlación de Pearson	-,051	1
	Sig. (bilateral)	,790	
	N	30	30

Tabla 20: Correlación edad paciente con salud mental cuidador.

Las tablas 19 y 20 nos muestran que no hay asociación significativa entre dichas variables.

DISCUSIÓN

En primer lugar, si nos fijamos en la muestra de cuidadores, llama la atención que sólo 8 son hombres frente a 22 mujeres. Esto no es un hecho casual, ya que al seleccionar la muestra se ha puesto de manifiesto que sólo una pequeña parte de los enfermos esquizofrénicos tienen como cuidador principal al padre. Además, los cuidadores de sexo masculino de la muestra tienen de media más edad que las mujeres. Esto podría deberse a que el hombre asume el papel de cuidador principal más tardíamente que la mujer, pudiendo ser la falta de salud de ésta última la que ocasionara la inversión de roles. Esta tendencia está en consonancia con otros estudios revisados sobre cuidadores informales de enfermos esquizofrénicos (22, 28, 39)

Aunque observando el grado de sobrecarga que experimentan hombres y mujeres cuidadores no hemos hallado diferencias estadísticamente significativas, sí que se observa una clara tendencia hacia una mayor sobrecarga de la mujer cuidadora, lo que concuerda con lo expuesto por Maurin y Barmann en su revisión (22). Esto podría estar relacionado con lo expuesto anteriormente respecto del hombre como cuidador principal. Otro factor que podría contribuir a aumentar la sobrecarga percibida por la mujer podría ser el hecho de que ésta, además del papel de cuidadora principal del hijo enfermo, asuma la gran mayoría de las tareas del hogar. El aumento del tamaño muestral permitirá confirmar dicha tendencia.

En cuanto a la variable Edad, se ha encontrado que los cuidadores de mayor edad presentan menor sobrecarga percibida que los de menor edad. Esto está en clara relación con la influencia de la variable sexo, ya que los hombres, que han manifestado menor sobrecarga, son los componentes de la muestra de más edad. Otro factor que podría contribuir a este hecho es la duplicidad de papeles de los cuidadores menores de 65 años que trabajan fuera de casa y además asumen el rol de cuidador. Por otro lado, los progenitores de edad más avanzada pueden tener más asumido el papel de cuidador del hijo enfermo y

por tanto percibir menor sobrecarga derivada del rol. Foldemo (29) apunta que los padres de pacientes más jóvenes valoran el cuidado más negativamente que los padres de pacientes de más edad. En nuestro estudio se han encontrado diferencias significativas en la sobrecarga experimentada por cuidadores en función de su edad pero no si lo que tenemos en cuenta es la edad del paciente que tienen a su cargo.

Tampoco el sexo del paciente ha resultado ser un factor predictor de la sobrecarga del cuidador, en la misma línea que el análisis de Leal (28) que afirma que muchos estudios no han encontrado diferencias significativas en el grado de sobrecarga relacionado con el sexo del paciente.

Para conocer las vivencias de hombres y mujeres del papel de cuidador de un enfermo esquizofrénico y poder identificar factores que influyen en la sobrecarga, habría que realizar un estudio de tipo cualitativo que permitiera profundizar en este tema.

Estudios anteriores muestran que el malestar psicológico derivado del rol cuidador tiene un efecto negativo sobre el bienestar de los padres que cuidan a sus hijos enfermos (18, 35, 36, 37, 38). En la misma línea hemos encontrado resultados que relacionan la sobrecarga del cuidador con la salud del mismo, en el sentido de a mayor nivel de sobrecarga percibida, peor estado de salud. Se ha observado que los cuidadores de la muestra que han manifestado mayor sobrecarga, han demostrado peor estado de salud en las áreas de Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional y Salud Mental. Estas 5 variables de salud correlacionan positivamente con la variable sumario Componente Mental, para la que también se ha encontrado asociación significativa en relación a la sobrecarga (a mayor sobrecarga, peor estado de Salud Mental).

Vemos que la sobrecarga percibida por el cuidador no correlaciona con las variables de salud de tipo más físico (Función Física, Rol Físico y Dolor Corporal) por lo que podemos decir que la percepción de sobrecarga genera mayor malestar psicológico o emocional en los cuidadores de nuestra muestra pero no tanto a nivel físico.

Las relaciones encontradas entre la sobrecarga y la salud del cuidador confirman la hipótesis planteada: una alta carga percibida por el cuidador se relaciona directamente con puntuaciones más bajas en la valoración de su salud.

En cuanto a las características del propio cuidador (edad y sexo) y los resultados de salud, se ha visto que la edad no es un factor condicionante, ya que no se han encontrado diferencias significativas entre la salud percibida por los cuidadores de mayor y de menor edad.

No podemos decir lo mismo para la variable Sexo. Los hombres han puntuado más alto en todas las áreas de salud, manifestando por tanto una tendencia hacia mejor estado de salud, dándose los resultados más similares entre sexos en la variable Dolor Corporal. Para la variable de Salud Mental se han

encontrado diferencias estadísticamente significativas que confirman una mejor salud en el grupo de cuidadores masculino. Esto está relacionado con el resultado comentado anteriormente de tendencia a una menor sobrecarga en los cuidadores hombres (menor sobrecarga, mejor estado de salud). El resultado está en la línea del trabajo de Magaña et al (39) que relaciona la carga percibida derivada del cuidado con un mayor malestar psicológico del cuidador. De nuevo recordamos que el aumento del tamaño muestral ayudará a confirmar dichos resultados.

Al igual que se ha hecho con la variable Sobrecarga, hemos relacionado la salud del cuidador con la edad y el sexo del paciente. En cuanto a la edad no se ha encontrado relación alguna con la salud del cuidador. Tampoco en cuanto al sexo se ha encontrado relación significativa, pero la tendencia es hacia una peor salud mental para los cuidadores de pacientes de sexo masculino.

Se ha tenido en cuenta durante todo el proceso de estudio que al tratarse de un pilotaje los resultados podrían estar condicionados por un tamaño muestral reducido. Está en proyecto ampliar el estudio en el tiempo y en tamaño muestral para poder confirmar todos aquellos resultados que, sin llegar a tener una significación suficiente, han mostrado una tendencia determinada hacia alguna de las variables estudiadas.

CONCLUSIONES

El presente trabajo nos ha aportado algunos datos que vienen a corroborar los resultados de investigaciones anteriores y otros nuevos sobre todo en torno a la salud del cuidador del enfermo esquizofrénico en relación con la sobrecarga percibida:

- Existe una tendencia hacia una mayor sobrecarga por parte de la madre cuidadora de un hijo esquizofrénico en relación al padre.

- Los padres cuidadores de mayor edad presentan una menor sobrecarga que los de menor edad.

- Se ha observado que a mayor nivel de sobrecarga percibida por el cuidador, peor estado de salud en las áreas de Salud General, Vitalidad, Funcionamiento Social, Rol Emocional y Salud Mental.

- Los cuidadores de sexo masculino (en nuestro caso padres) presentan mejor Salud Mental que los de sexo femenino (madres).

- En cuanto al sexo del paciente, se ha observado una tendencia hacia peor estado de Salud Mental para cuidadores de enfermos de sexo masculino.

.

Estudios de tipo cualitativo ayudarían a conocer la vivencia del cuidado de hombres y mujeres, personas de más edad, padres de hijos que aún no tienen una larga trayectoria de enfermedad, etc.

Los resultados obtenidos señalan áreas de salud que se ven claramente afectadas negativamente por un mayor sentimiento de sobrecarga. Estas áreas están en relación directa con la salud mental del cuidador. Sabemos que los padres estresados manifiestan su estrés en la interacción con sus familiares, repercutiendo así en el resultado para el paciente. Si los progenitores viven negativamente el papel de cuidadores y esto repercute en su propia salud mental, el resultado final se traduce en un perjuicio para el paciente que no puede recibir el cuidado adecuado que se espera de la familia.

Adelantarnos y prevenir esta situación es un reto para el trabajo diario de los profesionales de la salud mental. Si contemplamos al paciente y a la familia como un todo, la orientación y el soporte a la familia forma parte de nuestra labor tanto como la atención directa al enfermo. Los resultados de este trabajo nos alertan de la necesidad de atender a la familia en su propio beneficio y en el del paciente y resaltan la importancia de promover y generalizar los grupos psicoeducativos enfocados a familias para tratar de disminuir el sentimiento de sobrecarga.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shinnar A, Rothbard A, Kanter R, Jung Y. An Empirical Literature Review of Definitions of Severe and Persistent Mental Illness. Am J Psychiatry. 1990 December;147(12):1602-8.
2. Cabrera M, GraneroM. Evaluación del impacto familiar ocasionado por la presencia de un miembro con trastorno mental grave. En: Actas del XXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental (Las Palmas de Gran Canaria, Marzo 2007). 2007, P 83-104.
3. Pichot P, López-Ibor J, Valdés M. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: MASSON, S.A.; 1995.
4. Ley General de Sanidad. España, Ley 14/1986, de 25 de Abril (BOE 101/1986 de 29-04-1986).
5. Bermejo C, Martínez M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. Nure Investig. Diciembre 04-Enero 05(11).
6. Otero V, Rebolledo S. Evaluación de la carga familiar en pacientes esquizofrénicos después de un programa de rehabilitación. Psiquiat Pública. 1993 Julio-Agosto;5(4).
7. Beperet M, Nadal S, Martínez A, Pérez-Nievas F, Salvador L, Romero C y grupo Psicost. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. An Sist Sanit Navar. 2000;23(Supl 1):101-10.
8. Pérez J, Abanto J, Labarta J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). Aten Primaria. 1996;18(4):194-202.
9. Vázquez MA, Casals JL, Aguilar P, Aparicio P, Estévanez F, Luque A, et al. Aportación para el diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol de cuidador. Enferm clín. 2005;15(2):63-70.
10. Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, et al. Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patiens with dementia. JAMA. 2002;287(16):2090-7.
11. López SR, Moral MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. Enferm Comunitaria. 2005;1(1):12-7.
12. Segura J, Bastida N, Martí N, Riba M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Atención Primaria. 1998;21(7):431-6.
13. Schene A. Objective and subjective dimensions of family burden. Soc Psych Psychiatr Epidemiol. 1990;25:289-97.
14. Devi J, Ruiz-Almazán I. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. Rev Multidisc Geront. 2002;12(1):31-7.
15. Son J, Erno A, Shea D, Femia E, Zarit S, Parris-Stephens M. The Caregiver Stress Process and Health Outcomes. J Aging Health. 2007;19(6):871-87.
16. Greenberger H, Litwin H. Can burdened caregivers be effective facilitators of elder care-recipient health care? J Adv Nurs. 2003;41(4):332-41.
17. Pearlin L, Mullan J, Semple S, Skaff M. Caregiving and the Stress Process: an overview of concepts and their measures. Gerontologist. 1990;30(5):583-94.
18. Maurin J, Barmann C. Burden of Mental Illness on the Family: a Critical Review. Arch Psychiat Nurs. 1990 April;IV(2):99-107.
19. Perlick D, Rosenheck R, Clarkin J, Raue P, Sirey J. Impact of Family Burden and Patient Symptom Status on Clinical Outcome in Bipolar Affective Disorder J Nerv Ment Dis. 2001;189:31-7.

20. Magliano L, Fadden G, Economou M, Xavier M, Held T, Guarneri M, et al. Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patiens with schizophrenia: results of BIOMED I study. Soc Psych Psychiatr Epidemiol. 1998;33:405-12.
21. Wearden A, Tarrier N, Barrowclough C, Zastowny T, Armstrong A. A review of expressed emotion research in health care. Clin Psychol Rev. 2002;20(5):633-66.
22. Grandón P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatiens: burden and predictor variables. Psychiat Res. 2008;158:335-43.
23. Barrowclough C, Tarrier N. Psychosocial interventions with families and their effects on the course of schizophrenia: a review. Psychol Med. 1984;14:629-42.
24. Foldemo A, Gullberg M, Ek AC, Bogren L. Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. Soc Psych Psychiatr Epidemiol. 2005;40:133-8.
25. Leal M, Sales R, Ibañez E, Giner J, Leal C. Evaluation of the effect of a psychoeducational program on the burden in informal caregivers of patiens with schizophrenia. Actas Esp Psiquiatr. 2008;36(2):63-9.
26. Shene A, vanWijngaarden B, Koeter M. Family Caregiving in Schizophrenia: Domains and Distress. Schizophr Bull. 1998;24(4):609-18.
27. Lieberman M, Fisher L. The impact of cronic illness on the health and well-being of family members. Gerontologist. 1995;35:94-102.
28. Leff J. Working with the Families of Schizophrenic Patiens. Br J Psychiatry. 1994;164(23):71-6.
29. Gubman G, Tessler R, Willis G. Living with the mentally ill: factors affecting household complaints. Schizophr Bull. 1987;13:727-36.
30. Magaña S, Ramírez J, Hernández M, Cortez R. Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. Psychiat Serv. 2007;58(3):378-84.
31. Shulz R, Beach S. Caregiving as a risk factor for mortality. JAMA. 1999;282:2215-9.
32. Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives or the impaired elderly: correlates of feeling of burden. Gerontologist. 1980;20:649-54.
33. Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 3ª ed. Barcelona: Edimac; 2002.
34. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji L, Rico J, Lanz-Taussing M. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Gerontol. 1996;6:338-46.
35. Alonso J, Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005;19(2):135-50.
36. Alonso J, Prieto L, Antó J. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin. 1995;104:771-6.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA CARGA PERCIBIDA POR EL CUIDADOR DEL ENFERMO ESQUIZOFRÉNICO Y LAS REPERCUSIONES EN SU SALUD

Datos del paciente
Apellidos: Nombre:

Datos del cuidador principal
DNI:
Apellidos: Nombre:

Los abajo firmantes declaramos que se nos ha ofertado la posibilidad de participar en un estudio de investigación. Nos consideramos informados de la metodología y los propósitos del estudio y de la necesidad de responder a unos cuestionarios donde se valorarán las necesidades del paciente esquizofrénico en distintas áreas, la carga percibida por el cuidador principal y el estado de salud del mismo.

Las respuestas las realizarán el paciente y el cuidador de forma independiente. Por las características del estudio no existen riesgos o efectos perjudiciales ni para el paciente ni para el cuidador. La colaboración será libre y voluntaria, no sujeta a ninguna retribución económica, pudiéndose suspender en cualquier momento cuando alguna de las partes lo decida. Se garantiza que la utilización de los datos y resultados del estudio serán confidenciales. Recibo copia del impreso y consiento en participar.

Reus, a _____de_____de 200 .

Firma del paciente: Firma del cuidador: Firma del informante:

ANEXO 2

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT
Indicación: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectos de trastornos mentales.
Codificación proceso: 00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA).

Administración: consta de 22 ítemes relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Autoadminsitrada.

Interpretación:

- <47: No sobrecarga
- 47 a 55: Sobrecarga leve
- >55: Sobrecarga intensa

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

OPCIONES
1= Nunca **2**= Rara vez **3**= Algunas veces **4**=Bastantes veces **5**=Casi siempre

ANEXO 3

11549035

Datos para el estudio

Día:	Mes:		Año: (20...)	Número identificador:
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ Enero	☐ Julio	0 ☐☐	0 ☐☐☐☐☐☐☐☐
☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	☐ Febrero	☐ Agosto	1 ☐☐	1 ☐☐☐☐☐☐☐☐
☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15	☐ Marzo	☐ Septiembre	2 ☐☐	2 ☐☐☐☐☐☐☐☐
☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20	☐ Abril	☐ Octubre	3 ☐☐	3 ☐☐☐☐☐☐☐☐
☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25	☐ Mayo	☐ Noviembre	4 ☐☐	4 ☐☐☐☐☐☐☐☐
☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30	☐ Junio	☐ Diciembre	5 ☐☐	5 ☐☐☐☐☐☐☐☐
☐ 31			6 ☐☐	6 ☐☐☐☐☐☐☐☐
			7 ☐☐	7 ☐☐☐☐☐☐☐☐
			8 ☐☐	8 ☐☐☐☐☐☐☐☐
			9 ☐☐	9 ☐☐☐☐☐☐☐☐

Cuestionario de Salud
SF-36 (versión 2)

Versión española de SF-36v2™ Health Survey © 1996, 2000
adaptada por J. Alonso y cols 2003.

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS)
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios
c/Doctor Aiguader, 80 E-08003 Barcelona
Tel. (+34) 93 225 75 53, Fax (+34) 93 221 40 02
www.imim.es

IMAS
Institut Municipal
d'Investigació Mèdica. IMIM

Este instrumento ha superado los estándares de calidad del **Medical Outcome Trust** y de la Red Cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (**Red IRYSS**).
El cuestionario y su material de soporte están disponibles en BiblioPRO, la biblioteca virtual de la Red IRYSS (www.redirysss.net).

11549035

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una ☒ la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2000 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust, and QualityMetric Incorporated.
SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust. (SF-36v2 Escuela, España (Español) Versión 2.0)

11549035

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c Coger o llevar la bolsa de la compra.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d Subir varios pisos por la escalera.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e Subir un sólo piso por la escalera.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
f Agacharse o arrodillarse.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
g Caminar un kilómetro o más	☐ 1	☐ 2	☐ 3
h Caminar varios centenares de metros.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
i Caminar unos 100 metros.	☐ 1	☐ 2	☐ 3
j Bañarse o vestirse por sí mismo.	☐ 1	☐ 2	☐ 3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2002 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust, and QualityMetric Incorporated.
SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust. (SF-36v2 Estándar, Español (España) Versión 2.0)

11549035

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2003 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated.
SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust. (SF-36v2 Estándar, España (Español) Versión 2.0)

11549035

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b estuvo muy nervioso?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d se sintió calmado y tranquilo?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
e tuvo mucha energía?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
f se sintió desanimado y deprimido?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
g se sintió agotado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
h se sintió feliz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
i se sintió cansado?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más facilmente que otras personas	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b Estoy tan sano como cualquiera	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c Creo que mi salud va a empeorar	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d Mi salud es excelente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Gracias por contestar a estas preguntas

SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2007 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust, and QualityMetric Incorporated.
SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust. (SF-36v2 Estándar, España (Español) Versión 2.0)

11549035

OBTENCIÓN AUTOMÁTICA DE LAS PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO

Este cuestionario ha sido diseñado con un software de captura automática de las respuestas (TeleForm®), que hace posible obtener rápidamente y sin errores una base de datos con las puntuaciones mediante lectura por escáner.

Si desea utilizar este servicio de Obtención de las puntuaciones y entrada de datos póngase en contacto con :

BiblioPRO@imim.es

MUY IMPORTANTE

Si desea utilizar este servicio **no debe realizar modificaciones** del cuestionario (la impresión debe ser clara y absolutamente fiel al documento PDF descargado).

El **código digital** y los **puntos de anclaje** (los cuatro cuadrados negros de las esquinas) deben de estar **bien definidos** para poder escanear satisfactoriamente el cuestionario. Tenga mucho cuidado con los dos cuadrados inferiores, si quedaran recortados por un error de impresión no se podría capturar la información.

Para obtener más información sobre este servicio y sus tarifas consulte la sección de "Puntuaciones" de la página principal de BiblioPRO en **www.rediryss.net**

Esta página NO es necesaria para el estudio ni para la captura de datos.
Aconsejamos no incluir ésta hoja en los cuestionarios del estudio.