

# Análisis de la repercusión socio-familiar en el cuidador informal



Trabajo fin de grado

**Sara María Parrondo Rebollo**



**Universidad de Valladolid**

Facultad de Medicina

Centro de Salud Delicias II

Tutor: Daniel Araúzo Palacios

*A mi madre y a mi hermana, por apoyarme continuamente durante todos estos años. Por el camino recorrido juntas desde esa búsqueda de residencia, las visitas a esta bonita ciudad, las llamadas de llanto y los gritos de alegría.*

*A Antón, por hacerme feliz y por seguir dándole vida al proyecto más bonito, Rocha.*

*A mi tutor, el doctor Daniel Araúzo, por enseñarme la medicina de verdad y por confiar en mí cuando yo no lo hacía.*

*A ti, porque estés donde estés sabrás que por fin la peque va a ser doctora.*

## **RESUMEN**

**Introducción:** El cuidador informal es aquel que proporciona la ayuda necesaria a los pacientes crónicos sin remuneración económica. Suele tratarse de un familiar cercano al enfermo. Estos cuidadores experimentan el síndrome por sobrecarga con repercusión a nivel físico, mental y social.

**Objetivo:** Demostrar la existencia del síndrome por sobrecarga en los cuidadores informales y conocer los factores sociales y familiares de los que depende su desarrollo.

**Material y Métodos:** Revisión bibliográfica sobre el síndrome del cuidador. Estudio descriptivo transversal cuali-cuantitativo. Se emplearon como instrumentos el cuestionario de Zarit reducido y el test de APGAR familiar.

**Resultados:** Se obtiene una muestra final de 198 cuidadores informales. Un 73,7% refleja la presencia de síndrome por sobrecarga del cuidador. El 92,4% no percibe disfunción familiar. No se encuentran relaciones significativas entre el perfil del cuidador o del paciente y la presencia de sobrecarga. Se encuentra una asociación significativa entre el sexo femenino del cuidador y el síndrome por sobrecarga (OR=2,413; IC 95%: 1,132 - 5,146).

**Discusión:** Los resultados ofrecen semejanzas con la literatura. El estudio puede tener sesgos por el tamaño de la muestra y la forma online para la recogida de datos. La situación excepcional por COVID-19 ha podido distorsionar los resultados. Se debe seguir investigando sobre la repercusión de la sobrecarga en los cuidadores informales.

**Conclusión:** La mayoría de los cuidadores informales experimentan las repercusiones de la sobrecarga. Algunas intervenciones desde las consultas de atención primaria disminuyen estas consecuencias. Conocer mejor a los cuidadores informales nos ayudará en una correcta asistencia sanitaria del paciente crónico.

**Palabras clave:** Sobrecarga del cuidador, cuidador informal, disfunción familiar, cuestionario de Zarit.

## **ÍNDICE**

1. Introducción.....	5
2. Justificación.....	7
3. Marco teórico	
3.1.Síndrome de sobrecarga del cuidador.....	8
3.2.Repercusión en el paciente de la sobrecarga del cuidador.....	10
3.3.Propuestas asistenciales sobre el cuidador.....	10
4. Objetivos.....	11
5. Material y métodos	
5.1. Material y métodos antes de la emergencia nacional por COVID-19.....	11
5.2. Material y métodos durante de la emergencia nacional por COVID-19.....	12
6. Resultados.....	13
7. Discusión.....	16
8. Conclusiones.....	19
9. Bibliografía.....	20
10. Anexos.....	23

## **1. INTRODUCCIÓN**

El envejecimiento demográfico que se vive en nuestro medio ha repercutido de forma importante en el modelo de medicina que se ejerce. Este hecho supone que el número de personas mayores de 65 años es superior al de los jóvenes. Si tenemos en cuenta que la edad por sí misma es uno de los factores de riesgo para el desarrollo de muchas patologías, veremos que el número de personas que demanda atención sanitaria irá en aumento en los próximos años. Actualmente se ven pacientes más añosos y con un mayor número de patologías. Probablemente, el avance continuo de la medicina también ha permitido que muchas de las enfermedades se mantengan como crónicas en lugar de precipitar el final de la vida. Así, cada vez con más frecuencia, se ven en atención primaria los perfiles de pacientes pluripatológicos crónicos.

El aumento de este tipo de pacientes ha precipitado la necesidad de crear ciertos ítems que nos permitan reconocerlos y clasificarlos en función de su pronóstico, su cuidado, su situación y en definitiva, de sus necesidades particulares. Actualmente se considera que un paciente pluripatológico crónico es aquel que presenta dos o más enfermedades crónicas de las distintas categorías clínicas establecidas (Anexo 1. Tabla 3). Uno de los modelos que se conocen para clasificar a los pacientes de una población es el modelo de Kaiser Permanente. Este modelo estratifica a los pacientes en distintas categorías de acuerdo con la probabilidad de empeoramiento de su estado funcional. Se propone que la población está distribuida de forma piramidal (Anexo 1. Figura 2). En esta pirámide poblacional, la base la formarían un amplio grupo que por su escasa complejidad, solo precisaría asistencia sanitaria mediante prevención y promoción de la salud. Le continuaría en la pirámide una población menos numerosa de enfermos crónicos en quienes el objetivo estaría en fomentar el autocuidado y el conocimiento de su patología. Finalmente, la cúspide la formarían un limitado número de personas que padecen pluripatología crónica compleja. En este estrato de pacientes debe asegurarse una estrecha vigilancia que disminuya el número de complicaciones, ingresos y en definitiva una mala gestión asistencial y clínica del paciente (1).

Como se viene comentando, este modelo propuesto no es el que parece prevalecer en nuestro medio, sino que, el estrato medio de enfermos crónicos es cada vez más abundante. Además, la base poblacional sana es cada vez menor por lo que disminuye el número de cuidadores potenciales del grupo de enfermos crónicos.

Los enfermos crónicos y los pacientes pluripatológicos complejos pueden evolucionar adoptando niveles elevados de fragilidad y dependencia. Esto supone que se conviertan en pacientes que necesitan un mayor nivel de cuidados. En muchas ocasiones estos cuidados son difíciles de cubrir exclusivamente por los equipos asistenciales del sistema de salud. Por eso, precisan de una persona que pueda acompañarles en las necesidades básicas de la vida diaria. Estas personas son las que definimos como la figura del cuidador principal.

En nuestro medio, este rol es asumido principalmente por los familiares del paciente, definiéndolo entonces como cuidador informal y asumen hasta el 88% del cuidado total del paciente (1). Sin embargo, este cuidado suele darse de forma gradual. Al inicio, las actividades que desempeñan suelen ser acompañar al paciente al médico, recoger sus medicamentos o encargarse de pagar recibos. Con el paso del tiempo, el cuidador va aumentando las horas de dedicación hasta abarcar incluso las 24 horas del día. El poder adquisitivo de algunas familias hace que esta figura pueda ser ejercida por un profesional sanitario contratado de forma privada, denominándose así como cuidador formal. En otras ocasiones, los servicios sociales aportan un cuidador durante algunas horas del día para disminuir la carga de los familiares. En estos casos, se ha visto que el familiar no se implica de una forma tan evidente en el proceso de la enfermedad con lo que se ve reducida la afectación de su calidad de vida. De todos modos, los requisitos necesarios para que se les facilite un cuidador formal son muy estrictos y no cubren, ni muchísimo menos, a todos los cuidadores informales.

El cuidado de un familiar produce una serie de cambios que afectan al individuo y en muchas ocasiones suponen un cambio radical en su vida cotidiana. Se producen cambios a nivel emocional, en ocasiones con factores positivos y negativos. Se producen cambios también en la salud del cuidador. Esta transición también afecta a las condiciones laborales del cuidador y en ocasiones se asocia a dificultades económicas. La dedicación de su tiempo, cada vez mayor al cuidado del familiar, supone un abandono de las actividades de ocio que potencian los cambios emocionales. Los propios cambios de la rutina diaria y la afectación emocional influyen también en las relaciones familiares.

El concepto de familia hoy en día es muy amplio. Sin embargo, el nexo en común continúa en la idea de familia como el todo. Es el núcleo de personas con quién se comparte el día a día, las emociones, los conflictos y por ello también la patología. Así, cuando un miembro de la familia enferma supone una lesión en el resto del núcleo familiar, afectando consecuentemente a la estructura y organización de la familia (2). Este hecho se ha visto reflejado en los cuestionarios para la evaluación de los acontecimientos vitales estresantes como la escala de reajuste social de Holmes y Rahe. Cuando los pacientes encuestados presentan una puntuación superior a 150 unidades de cambio vital se considera que existe afectación del estado de salud o de la función familiar. Cuando esta puntuación está por encima de las 300 unidades de cambio vital puede decirse que existe un 80% de probabilidades de empeoramiento de la salud en los siguientes 2 años (Anexo 2. Tabla 4.) (3). Teniendo en cuenta esto y sabiendo que la enfermedad de un familiar supone 44 puntos en esta escala, podemos asegurar que la enfermedad de un familiar supone un factor estresante de gran importancia. En el resultado de la escala ponderan todos los acontecimientos sufridos en el último año, por lo que se sumarían también los cambios laborales, conflictos conyugales y problemas psicosomáticos generados a partir del cuidado. Todos estos ítems por tanto, incrementan el riesgo de disfunción familiar.

Gran parte de estas repercusiones dependen del contexto socio-cultural. En nuestro medio, se asume que el deber de cuidados corresponde a las familias. Los familiares no solo asumen la obligación de ofrecer la ayuda, sino que se responsabilizan también en saber cómo asistir correctamente a sus seres queridos. No somos conscientes de que el cuidado de un enfermo es una profesión y como tal precisa una preparación específica. Asumimos que el vínculo emocional hacia esa persona es suficiente para saber cuidar. Así, en muchas ocasiones, al factor estresante de la enfermedad del familiar se le suma la angustia del desconocimiento para practicar una ayuda idónea.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

La OMS define la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Si se aplica también este concepto al paciente crónico, veremos que la asistencia en ellos no está siendo óptima.

Por una parte, la investigación de estos últimos años centrada en encontrar los ítems adecuados para definir a estos pacientes ha logrado que podamos satisfacer mejor sus necesidades específicas. Siguiendo el concepto de la OMS podemos ver que la esfera física está cubierta mediante los tratamientos sintomáticos y la terapéutica dirigida a la enfermedad crónica. En la esfera psíquica se está consiguiendo que estos pacientes tengan acceso a las unidades de psiquiatría, en caso de requerirlas, o a consultas con los psicólogos de los distintos centros. Este abordaje aún puede mejorar, pero se puede decir que los profesionales sanitarios valoran la importancia del correcto manejo psíquico en la patología crónica y se intentan ofrecer los medios de los que se dispone.

Sin embargo, la esfera social tiene deficiencias importantes en comparación con los otros dos niveles. Se ha conseguido avanzar en el cuidado de estos pacientes con una serie de estrategias implementadas pero, si atendemos al paciente como un todo, debemos atender a las disfunciones que puedan generarse en su grupo social y por ello, en su familia. Con el presente estudio se pretende valorar si la esfera social de estos pacientes está manifestando repercusiones importantes y conocer de qué dependen. En caso de confirmar la afectación de los familiares se quiere demostrar la necesidad de continuar mejorando las medidas asistenciales que se practican con ellos.

La variación del momento para la realización del estudio es probablemente incluso oportuna. La emergencia de salud pública internacional por el brote del nuevo coronavirus declarada a finales de Enero, ha supuesto un cambio importante en la rutina de toda la población y también en la de los cuidadores. Las primeras noticias de la llegada del nuevo virus provocaron en estos cuidadores un aumento de la incertidumbre y angustia sobre el cuidado que ejercen. Muchos de ellos aumentaron la frecuencia de sus visitas al médico con dudas sobre la mejor atención que podrían ofrecer a sus familiares. La llegada de los primeros casos positivos a la península el 24 de Febrero potenció este miedo. Durante este periodo muchos de ellos ya recomendaban a los

pacientes a quienes cuidaban limitar las salidas del hogar puesto que sabían que atendían a un grupo de riesgo. Este hecho ya aumentó la carga de trabajo del cuidador porque estaban sumando a sus actividades previas todo lo que precisase el familiar del exterior. Finalmente, tras la declaración del estado de alerta con entrada en vigor el 14 de Marzo, la situación para muchos de estos individuos probablemente haya supuesto un aumento de la sobrecarga en sus cuidados. Muchos de estos cuidadores se han desplazado de sus hogares para convivir con quienes reciben sus ayudas. Otros, están aumentando las medidas de seguridad hasta niveles extremos por proteger la salud de sus familiares más que por la suya propia. En el supuesto más delicado, incluso estos cuidadores están en sus casas aislados sin su familiar porque éste se ha contagiado y está ingresado, o porque ha fallecido.

Es por todas estas razones que el momento de valorar la sobrecarga en los cuidadores puede considerarse incluso oportuno ante la situación de emergencia nacional que vivimos por COVID-19.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 SOBRECARGA DEL CUIDADOR:**

En base a la documentación encontrada se puede definir el síndrome por sobrecarga del cuidador como el resultado a nivel físico, mental y social de las repercusiones que se suceden por el cuidado.

La sobrecarga del cuidador no está relacionada con la edad, el sexo o el nivel educativo sino con el grado de dolor, la disfunción cognitiva y el estado funcional del paciente (4,5). Por ello se entiende que la sobrecarga no depende del perfil del cuidador sino del perfil del paciente cuidado. Sin embargo, A, Cichy KE et al. (6) reflejan en su estudio que los cuidadores más jóvenes muestran menor carga en la asistencia y menor tensión física que los más añosos, aunque defienden que el estrés por la situación económica es mayor en los primeros. A su vez, Bhan N et al. (7) aseguran que la carga del cuidador aparece por igual en hombres y en mujeres, aunque el nivel de ésta parece ser más elevado y con una presentación más heterogénea en las mujeres. Además, se ha documentado que la sobrecarga aparece con mayor frecuencia en cuidadores que residen en zonas urbanas, con escaso apoyo social y bajo nivel socioeconómico. También se ha descrito que la sobrecarga es más evidente en cuidadores de pacientes con patologías más graves y que por tanto, precisen un mayor tiempo de cuidado (8, 9,10). Por ello, las características del cuidador y del paciente que recibe la ayuda pueden influir en el desarrollo del síndrome, pero aún se debe investigar para lograr una mayor evidencia de las relaciones entre las variables.

La sobrecarga del cuidador genera un síndrome muy amplio y heterogéneo que dificulta su reconocimiento y definición.



A nivel físico, en países con ingresos bajos se ha visto que los cuidadores tienen mayor probabilidad de padecer angina, artritis, asma, dolor de espalda, cambios de peso, diabetes, osteoporosis y otras enfermedades metabólicas. De todos modos, esta predisposición física parece estar favorecida por los factores estresantes, los síntomas depresivos, y las conductas poco saludables derivadas del cuidado (11,12). En contraposición, Jacob L et al. Indican que en estos países el cuidado de un familiar aumenta el nivel de actividad física. Explican que la necesidad de desplazarse para acompañar a sus familiares al hospital y la conciencia que adquieren al ver a sus allegados tan enfermos pueden explicar el aumento de la actividad física (13). Pero no todos los tipos de actividad física son beneficiosos para la salud porque también reconocen que el cuidado de pacientes con grandes dependencias puede suponer una actividad excesiva que repercuta negativamente en el estado físico. Las consecuencias de todos estos cambios metabólicos se reflejan en varias patologías. Los cuidadores con sobrecarga presentan un alto riesgo de sufrir enfermedad coronaria no mortal (10). También, padecen con frecuencia fracturas de fragilidad causadas por el cuidado. Además estas fracturas no terminan de consolidar porque frecuentemente priorizan la asistencia del familiar a su salud ósea (14).

A nivel psíquico, la sobrecarga se ha relacionado con la depresión. Se ha documentado que en estos casos la clínica inicial se manifiesta con anhedonia y evoluciona posteriormente con la sintomatología clásica depresiva (15). Además, se ha visto que el desarrollo de esta depresión es mayor en individuos jóvenes, en áreas rurales, en sujetos con escaso apoyo social, en cuidados prolongados en el tiempo y en cuidadores con menos habilidades para la resolución de conflictos (16). Sin embargo, parecen factores generales de riesgo depresivo por tener un perfil de afrontamiento más débil. Por ello, en este caso no se puede concluir que el desarrollo de depresión por sobrecarga en el cuidador dependa del perfil de estos individuos. Este síndrome puede generar también una disminución en la calidad del sueño, tanto a nivel objetivo como subjetivo, con la consecuente alteración en algunas vías hipotálamo-hipofisarias (17). La esfera psíquica se caracteriza también por la aparición de sentimientos de culpa y fracaso que aumentan cuando la situación requiere ingreso del familiar en un centro residencial (18).

En el nivel socio-familiar, se han visto repercusiones de la sobrecarga en la actividad laboral. Los cuidadores en muchas ocasiones tienen que reducir sus jornadas de trabajo con las consecuentes pérdidas económicas que ello conlleva. En el supuesto de poder compaginar el cuidado del familiar con su actividad laboral suelen documentar una doble carga de trabajo y en muchas ocasiones la disminución del rendimiento en ambas tareas con el empeoramiento percibido del estado de salud (19). El cambio de rol a cuidador implica asumir nuevas responsabilidades que impactan profundamente en el ambiente del hogar, en las actividades de ocio y en las relaciones socio-familiares. Incluso, tras la muerte del familiar la función del cuidador implica decisiones legales y económicas que potencian el síndrome por sobrecarga (18).

### 3.2 REPERCUSIÓN EN EL PACIENTE DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Los cuidadores experimentan sensaciones de desconfianza y angustia con el cuidado de sus familiares. Se ha visto que estas percepciones aumentan cuanto menor es el conocimiento que tienen de la enfermedad de su familiar y de los cuidados que precisa. Esos sentimientos de angustia son mayores cuando no hay apoyo del equipo asistencial, en cuidadores más jóvenes y en individuos sin empleo. Estas sensaciones son consecuencia directa del cuidado y es una forma de expresión del síndrome del cuidador. Se ha descrito que cuanto mayor es la sobrecarga peor es el cuidado del enfermo y por tanto mayor es la mortalidad de la patología que padecen (20-21). Por ello las repercusiones sobre los cuidadores también influyen en los enfermos. Esta es una de las causas que explican que sea necesario el abordaje de los cuidadores cuando se atiende en consulta a un paciente crónico.

### 3.3 PROPUESTAS ASISTENCIALES SOBRE EL CUIDADOR

Educación sobre la enfermedad. El conocimiento de la enfermedad por parte del cuidador es imprescindible para evitar una mayor sobrecarga. También necesitan aprender a realizar correctamente los cuidados que requieren sus pacientes. El apoyo puede ser una de las estrategias para ofertar en los cuidadores de pacientes con demencia. Se trata de un programa de autoayuda en línea diseñado por la OMS para capacitar y apoyar a los cuidadores. La limitación que tenemos en nuestro medio es que necesita adaptación cultural y actualmente no está disponible en castellano (22).

Intervenciones en el ejercicio físico. La práctica de ejercicio mejora la salud física y psicológica del cuidador (23). Incluso los autores que indican que el cuidador ejerce mayor actividad física que el resto de individuos recomiendan fomentar esta intervención. Parece que el aumento de actividad física se relaciona con un incremento en la percepción de satisfacción con la vida y bienestar del individuo. Se ha descrito también una reducción de la mortalidad prematura por el incremento de actividad física en los cuidadores. Además se ha demostrado una asociación positiva entre el ejercicio físico y la capacidad de afrontamiento de los problemas (13).

Terapias. Se propone que mediante terapia cognitivo-conductual se ofrezcan habilidades para el afrontamiento de problemas ya que esta intervención ha demostrado una disminución de los síntomas depresivos (16, 24). Recomiendan también capacitar al cuidador para aprender a afrontar el proceso de enfermedad y prepararle para asumir el final de la vida de su familiar. Se insiste también en la importancia de acompañar en el duelo si fuese necesario (18, 25).

Asistencia y apoyo a nivel familiar. El mayor peso de la carga recae en el cuidador principal pero el resto de miembros de la familia suelen actuar como cuidadores secundarios. Aunque estos sujetos no experimentan los mismos niveles de sobrecarga que el cuidador principal, se ha visto que el núcleo familiar puede verse afectado (2). Por ello recomiendan ofertar las ayudas y asistencias a todo el núcleo familiar.

#### **4. OBJETIVOS**

Con el presente trabajo final de grado el objetivo principal está en evaluar si existe sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes crónicos.

A su vez se pretenden cumplir los siguientes objetivos secundarios:

- Valorar si el cuidador percibe disfunción familiar desde el inicio del cuidado.
- Establecer el perfil del cuidador informal predominante en nuestro medio (sexo, edad y parentesco con el paciente).
- Establecer el perfil del paciente que recibe cuidados informales en nuestro medio (sexo, edad, dependencia y número de patologías que condicionan el cuidado)
- Valorar si la sobrecarga está relacionada con el sexo del cuidador.
- Valorar si la sobrecarga está relacionada con el sexo del paciente cuidado.
- Valorar si la sobrecarga está relacionada con la dependencia del paciente.
- Valorar si la sobrecarga está relacionada con el parentesco entre el enfermo y el cuidador.
- Valorar si la sobrecarga está relacionada con la edad del cuidador.
- Valorar si la sobrecarga está relacionada con la edad del paciente cuidado.

Con los objetivos secundarios al comienzo del trabajo se pretendía conocer el perfil de cuidadores y pacientes del área básica de salud Delicias II. Esta información se emplearía como factores predictores del cuidador y del paciente que precise cuidados. Este conocimiento podría ser aplicado posteriormente a la asistencia sanitaria para la prevención de la sobrecarga del cuidador.

#### **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

##### **5.1 MATERIAL Y MÉTODOS ANTES DE LA EMERGENCIA NACIONAL POR COVID-19.**

Se proponía un estudio descriptivo, de corte transversal, cualicuantitativo. El objeto de estudio del trabajo eran los cuidadores informales. Se consideraba como cuidador informal a aquella persona que ofrece la mayor parte de los cuidados que requiere un paciente crónico sin remuneración económica. La población del estudio eran los cuidadores informales de los pacientes con pluripatología crónica del cupo de pacientes del Dr. Daniel Araúzo del centro de salud Delicias II.

El muestreo fue intencionado sobre los cuidadores de pacientes con pluripatología crónica definidos entre los grados 2 y 3 de la clasificación hospitalaria de los pacientes de Castilla y León basada en las categorías CRG (26) (Anexo 3). Los instrumentos empleados fueron el cuestionario de Zarit reducido y el test de APGAR familiar. A la recogida de estos datos se sumarían las variables sexo y edad del paciente cuidado y sexo y edad del cuidador extraídas a partir de la historia clínica registrada en el sistema Medora. Los cuestionarios se fueron pasando a los cuidadores durante las consultas a las que asistían acompañando a su familiar o mediante citación expresa para la realización de los mismos. Tras la recogida de datos, las respuestas serían volcadas al software SPSS para el análisis estadístico de las variables.

El día 14 de Marzo de 2020, tras la declaración del estado de alerta nacional por COVID-19, la muestra lograda era demasiado pequeña por lo que se decidió comenzar una línea de investigación telemática.

## 5.2 MATERIAL Y MÉTODOS DURANTE LA EMERGENCIA NACIONAL POR COVID-19.

Se optó por continuar el estudio descriptivo cualicuantitativo y completarlo con una revisión bibliográfica sobre lo publicado recientemente en relación con el síndrome de la sobrecarga del cuidador.

Se revisó la bibliografía sobre el cuidador informal en las bases de datos PubMed, Uptodate y Google scholar. Esta búsqueda permitió definir el marco teórico sobre el que se trabaja y la evidencia disponible actualizada.

El objeto de estudio del trabajo continuaron siendo los cuidadores informales. En este caso la población estudiada fueron los cuidadores informales de pacientes con patología crónica residentes en España. El muestreo se ha llevado a cabo sobre los cuidadores de pacientes crónicos que han respondido a la encuesta online (Anexo 4). Como criterio de inclusión a la muestra se requirió el ser cuidador informal de un paciente con patología crónica. Se consideraron cuidadores informales a aquellas personas que brindaban la mayor parte de los cuidados requeridos por los enfermos crónicos sin remuneración económica. Se consideró patología crónica al diagnóstico médico de alguna de las siguientes patologías: hipertensión arterial, dislipemia, demencia, cáncer, asma, EPOC o dependencia del paciente. La dependencia fue definida como necesidad de cuidado en alguno de los ítems que componen las actividades básicas de la vida diaria. El único criterio de exclusión empleado fue descartar a aquellos cuidadores que no dieron su consentimiento al tratamiento de los datos.

Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de Zarit reducido y el test de APGAR familiar. Ambos se recogieron de forma conjunta con los datos epidemiológicos, las patologías de los familiares a los que cuidan y el consentimiento informado para la participación en el proyecto. La recogida de los datos se hizo mediante un cuestionario de Google encuestas. Dicho cuestionario se publicó y compartió por otros usuarios en las redes sociales Whatsapp, Telegram, Instagram, Facebook y Twitter. El cuestionario también fue ofertado vía redes sociales por las asociaciones españolas contra el cáncer de Ourense y Valladolid a sus usuarios. El cuestionario estuvo disponible durante 15 días para su cumplimentación. La información recibida se volcó al sistema de software SPSS para ser estudiada.

La duración completa del trabajo incluyendo el periodo previo a la emergencia nacional y el periodo posterior fue de 7 meses (Desde noviembre de 2019 hasta mayo de 2020).

## **6. RESULTADOS**

Fueron encuestados en el estudio un total de 202 cuidadores informales. Cuatro de ellos fueron excluidos del análisis por no conceder el consentimiento informado para el tratamiento de los datos. El tamaño final de la muestra fue de n=198 cuidadores informales.

Los datos recogidos fueron transformados en las siguientes variables de estudio:

- Variables cuantitativas:
  - Resultado del cuestionario de Zarit reducido: Es el resultado de la suma de los puntos obtenidos en cada pregunta del cuestionario.
  - Resultado del test de APGAR familiar: Es el resultado de la suma de los puntos obtenidos en cada pregunta del cuestionario.
  - Edad del encuestado.
  - Edad del paciente.
- Variables cualitativas:
  - Sexo del encuestado: Incluyendo el valor “0” para la etiqueta “mujer” y el valor “1” para la etiqueta “hombre”.
  - Sexo del paciente: Incluyendo el valor “0” para la etiqueta “mujer” y el valor “1” para la etiqueta “hombre”.
  - Sobrecarga del cuidador: Considerando la presencia de sobrecarga en aquellos cuidadores que obtuvieron un resultado en el cuestionario de Zarit reducido igual o superior a 17 puntos y la ausencia de la misma en los que presentaron menos de 17 puntos.
  - Disfunción familiar: Considerando la ausencia de disfunción familiar en aquellos cuidadores que obtuvieron un resultado en el test de APGAR familiar superior o igual a 17 puntos y la presencia de la misma en los que presentaron menos de 17 puntos.
  - Dependencia: Se recogió la presencia de dependencia en el paciente cuidado con el valor de “1” y la ausencia de la misma con el valor de “2”.
  - Parentesco del paciente respecto del cuidador.
  - Código de la provincia de residencia del cuidador.
  - Número total de enfermedades del paciente. Se obtuvo mediante la suma de las respuestas positivas recogidas en el cuestionario, sumando el valor de “1” por la presencia de cada enfermedad crónica. Se tuvieron en cuenta enfermedades cardiovasculares, dislipemia, diabetes mellitus, enfermedades oncológicas, depresión, EPOC o asma y demencia.

Los cuidadores encuestados reflejaron una edad media de 47 años con una desviación estándar de 13,69 años. La edad más repetida entre los cuidadores fue de 50 años (Anexo 5. Figura 4). Un 81,8% de los cuidadores reflejaron ser mujeres (Figura 1). El 50,5% los cuidadores señalaron Madrid como provincia de residencia, seguidos de un 12,6% para Ourense, un 6,1% que contestó Valladolid, un 4,5 % indicó Burgos y un 4,5% respondió Palencia (Anexo 5. Figura 5).

## SEXO DEL CUIDADOR

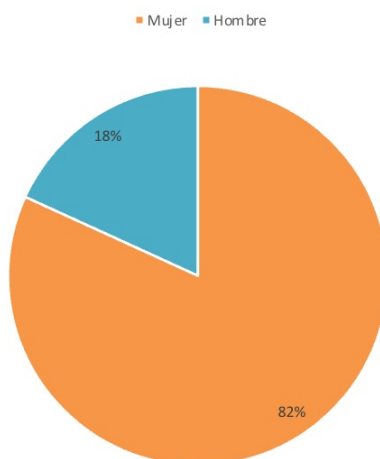


Figura 1. Sexo del cuidador. Gráfico de elaboración propia.

El tipo de paciente que recibe los cuidados en el estudio refleja una edad media de 77,56 años con una desviación estándar de 15,52 años. La edad más repetida entre los pacientes fue de 86 años (Anexo 5. Figura 6). Un 61,6% fueron mujeres (Anexo 5. Figura 7). El parentesco más repetido entre los que recibían los cuidados fue el de padre o madre del cuidador con un 65,7%, seguido de un 13,6% de respuestas para el parentesco de abuelo o abuela y un 8,1% en el caso de marido o mujer (Anexo 5. Figura 8). Estos pacientes presentaron una media de 2,14 enfermedades crónicas siendo mayoritaria la patología cardiovascular. El 71,7% de los pacientes que recibían los cuidados presentaron algún grado de dependencia (Anexo 5. Figura 9).

El cuestionario de Zarit reducido obtuvo un resultado medio de 20,6 puntos con una desviación estándar de 5,8 puntos reflejando este dato la presencia de sobrecarga en un 73,7% de los cuidadores (Anexo 5. Figura 9).

El test de APGAR familiar obtuvo un resultado medio de 27,08 puntos con una desviación estándar de 6,8 puntos reflejando, en este caso, la ausencia de percepción de disfunción familiar hasta en un 92,4% de los cuidadores (Anexo 5. Figura 9).

La primera hipótesis planteada sobre la relación entre el sexo del cuidador y el síndrome por sobrecarga fue probada mediante un análisis por tablas de contingencia y el cálculo de su Odds Ratio. Los resultados de la muestra nos indican que del total de mujeres un 77,2% ha presentado síndrome por sobrecarga mientras que en el caso de los hombres se ha dado en el 58,3%. (Anexo 5. Figura 10). Existe una asociación estadísticamente significativa entre la sobrecarga del cuidador y el sexo del mismo ( $X^2(1)=5,39$ ,  $p<0,05$ ) (Tabla 1). El resultado de su Odds Ratio (OR=2,413; IC 95%: 1,132 - 5,146) nos indica que entre aquellos que sí han desarrollado sobrecarga existe 2,41 veces mayor probabilidad de que sean mujeres, lo que podría convertir el sexo femenino del cuidador en un factor predictivo significativo del síndrome por sobrecarga (Tabla 2).

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,391a	1	0,020		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	4,463	1	0,035		
Razón de verosimilitud	5,014	1	0,025		
Prueba de Fisher				0,035	0,020
Asociación lineal por lineal	5,364	1	0,021		
N de casos válidos	198				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,45.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 1. Prueba de Chi-Cuadrado para las variables sexo del cuidador y síndrome por sobrecarga. Tabla de elaboración propia.

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para SEXO_ENCUESTADO (Mujer / Hombre)	2,413	1,132	5,146
Para cohorte SíndromeSobrecarga = Si	1,323	0,991	1,765
Para cohorte SíndromeSobrecarga = No	0,548	0,340	0,885
N de casos válidos	198		

Tabla 2. Estimación de riesgo para las variables sexo del cuidador y síndrome por sobrecarga. Tabla de elaboración propia.

Entre los encuestados que cuidaban de mujeres, un 76,2% presentó síndrome por sobrecarga frente a un 69,7% en los que cuidaban de pacientes varones. El sexo del paciente no mostró una asociación significativa con la sobrecarga del cuidador ( $X^2(1)=1,019$ ,  $p>0,05$ ). (Anexo 5. Tabla 6. Figura 10).

Entre los cuidadores que ofrecían el cuidado a pacientes con dependencia, un 75,4% presentó síndrome por sobrecarga frente a un 69,6% en los que cuidaron de pacientes independientes. La presencia de algún grado de dependencia en el paciente que recibe cuidados no mostró una asociación significativa con la sobrecarga del cuidador ( $X^2(1)=0,676$ ,  $p>0,05$ ). (Anexo 5. Tabla 7. Figura 10)

Entre los cuidadores que percibieron disfunción familiar, un 80% desarrolló síndrome por sobrecarga frente a un 73,2% en los cuidadores que no la manifestaron. No pudo establecerse una asociación significativa entre la disfunción familiar percibida y la presencia del síndrome ( $X^2(1)=0,329$ ,  $p>0,05$ ). (Anexo 5. Tabla 8. Figura 10)

Entre los encuestados que cuidaban de su padre o madre, un 75,4% demostró síndrome por sobrecarga del cuidador. En aquellos que cuidaban de su abuelo o abuela, se manifestó en un 74,1%. No pudieron establecerse relaciones significativas entre el tipo de parentesco del paciente al que se cuida y el síndrome ( $X^2(6)=4,571$ ,  $p>0,05$ ). (Anexo 5. Tabla 9. Figura 10)

Entre los encuestados en los que se evidenció síndrome por sobrecarga, la edad media de los cuidadores fue de 46 años frente a una edad media de 48 años en los que no se presencié (Anexo 5. Tabla 10). La muestra resultó en una media similar en ambos grupos por lo que se asumieron varianzas iguales con una significación de 0,883 (Anexo 5. Tabla 11). No pudo establecerse una relación significativa entre la edad del cuidador y la sobrecarga del mismo.

Entre los cuidadores que tenían el síndrome, la edad media de los pacientes que cuidaron fue de 77 años frente a una media de 78 años en el grupo de cuidadores que no presentaron sobrecarga. Se registraron edades similares en ambos grupos por lo que se asumieron varianzas iguales con una significación de 0,626 (Anexo 5. Tabla 12). No pudo establecerse una relación significativa entre la edad del paciente a quién se ofrecen los cuidados y la sobrecarga del cuidador.

## **7. DISCUSIÓN**

La repercusión física, mental y socio-familiar en el cuidador informal es evidente en nuestro medio. En el estudio se ha visto que una gran mayoría de los cuidadores están sometidos a esta sobrecarga y, por tanto, a todas sus consecuencias. En muchas ocasiones no son conscientes de lo que están viviendo porque se sienten con esta obligación del cuidado y pueden llegar a asumir como normales muchos de los cambios por los que pasan. De hecho, muchos de ellos no saben qué es la sobrecarga del cuidador. Antes de la emergencia nacional se pudo ver que durante las entrevistas la mayoría de ellos tenían dudas en la última pregunta del cuestionario de Zarit reducido porque no comprendían qué significaba “sentirse muy sobrecargado”.

Los sanitarios estamos en continuo contacto con estos cuidadores. Muchas veces incluso más que con el propio paciente, ya que suelen ser quienes van a la consulta a pedir la renovación de las recetas y consejos sobre el cuidado. Tenemos que aprovechar esta ventaja y aprender cómo ayudarles y acompañarles. Podría ser interesante investigar cómo se sienten los profesionales sanitarios en estas situaciones y conocer si piensan que tienen las herramientas necesarias para aconsejar y apoyar a los cuidadores. La figura del sanitario es imprescindible para evitar la sobrecarga por lo que deberíamos emplear las visitas a la consulta para prevenir el desarrollo de la misma.



El conocimiento del perfil del cuidador que desarrolla el síndrome sería clave para poder saber sobre quién hay que actuar. Sin embargo, tras la revisión bibliográfica realizada se comprueba que no tenemos ningún perfil que parezca relacionarse con el desarrollo de sobrecarga. No existe una relación clara con el sexo ni con la edad del cuidador (4,18). En nuestra muestra, puede verse una relación entre el sexo femenino del cuidador y la presencia de sobrecarga. En algunos artículos de la literatura se dice que la presencia de sobrecarga no depende del sexo pero sí depende el grado de la misma (7). Este hecho podría explicar los resultados en la muestra. Desde la consejería de salud de Castilla y León se recomienda para la atención de los cuidadores utilizar el cuestionario de Zarit reducido como primera prueba en atención primaria, y en caso de ser positivo, emplear el cuestionario de Zarit completo. (27, 28). El primer test diagnostica muy bien a cuidadores con sobrecarga elevada. Puede que el cuestionario empleado en el estudio para valorar la sobrecarga haya captado solo a los pacientes con mayor nivel de ésta y por ello en su mayoría hayan sido mujeres.

Tampoco podemos emplear el perfil del paciente que recibe los cuidados como indicador para el desarrollo de sobrecarga ya que, tanto la literatura como la muestra, nos indican que no existen relaciones significativas. Los resultados del estudio reflejan cierta mayoría de mujeres que precisan cuidados. Es probable que este dato responda a la realidad de que las mujeres en nuestro medio viven más años que los hombres. Por eso, son potencialmente quienes más vayan a necesitar un cuidador. Es importante destacar que en la literatura se indica que la disfunción cognitiva y funcional puede influir en el desarrollo de sobrecarga. Sin embargo, en nuestra muestra la dependencia del paciente y la sobrecarga no tienen relación significativa. Este resultado puede estar alterado por la forma de recogida del dato. En el estudio pedimos al cuidador que nos contestase si su paciente tenía dependencia o no, indicándole qué suponía la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Se trata de un dato recogido de forma subjetiva e interpretado por su cuidador, por lo que el resultado puede estar alterado. Lo que se puede concluir por la revisión de la literatura es que una de las patologías que más parece relacionarse con el síndrome por sobrecarga es la demencia. Es por ello que esta enfermedad sí podría suponer un factor predictivo para el síndrome del cuidador.

La repercusión social se ha descrito también como una doble carga en aquellos pacientes que trabajan fuera de casa y en los cuidados informales (12). En el estudio la mayoría de los encuestados reflejaron actividades laborales del sector servicios por lo que se trataba de una población activa. Se sospecha que este doble trabajo haya influido en los resultados. No podemos asumir que el perfil del cuidador sea el del trabajador activo porque la muestra ha sido obtenida mediante encuestas online. El cuidador jubilado quizás no haya podido acceder a la encuesta por el desconocimiento de los medios online y las redes sociales. Por tanto, no podemos asumir que en población no activa no exista sobrecarga.

En la literatura se ha descrito que la transición al rol de cuidador implica cambios en las relaciones familiares. En nuestra muestra se ha visto que una gran mayoría de cuidadores no perciben disfunción familiar. Por una parte, el resultado puede explicarse por el vínculo más fuerte que puede generar la enfermedad en la familia. Se ha descrito que incluso puede mejorar las relaciones. Por otra parte, el test de APGAR fue ofertado durante una emergencia internacional que ha impactado emocionalmente a todos. Están siendo momentos de echarnos de menos, de querer aún más a la familia y de darnos cuenta de lo importante que son nuestros familiares en el día a día. Al tratarse de un test subjetivo puede haberse distorsionado el resultado. Habría sido muy interesante conocer las respuestas de dicho test antes de la emergencia y durante la misma. Además, en la recogida presencial que se hizo al principio del trabajo, muchos de los encuestados nos reflejaban ciertas dificultades con el test. En particular, las dudas surgían con las preguntas referidas al dinero y los espacios de la casa (Anexo 4). Quizás esto también nos indique que algunas respuestas han sido contestadas sin comprenderse.

De todos modos la muestra obtenida puede no ser representativa de la población de cuidadores puesto que se trata de una muestra pequeña y no delimitada a un territorio en particular. El trabajo planteado al comienzo del proyecto sí pretendía haber ofrecido resultados significativos para la población del área básica de salud.

Se debe seguir estudiando la repercusión de la sobrecarga en los cuidadores para poder conocer las necesidades que debemos cubrir en cada territorio. Además de reducir todas las consecuencias en el cuidador, con una buena intervención estamos proporcionando un mejor cuidado en el paciente crónico. Por esto, la intervención sobre el cuidador, ofrece promoción de la salud en él y terapéutica en el paciente crónico.

Es recomendable establecer ciertas intervenciones como protocolo desde atención primaria ya que, en muchas ocasiones, toda la familia corresponde al mismo cupo y tienen el mismo médico de familia. Pueden ser intervenciones muy sencillas y económicamente asequibles. Simplemente dedicando un par de minutos de la entrevista a preguntar “¿Cómo están las cosas en casa?”, o bien, “¿Cómo se encuentra usted como cuidador?” Se puede obtener mucha información sobre la repercusión del cuidado. Cuando se consigue integrar al cuidador en las entrevistas del paciente pluripatológico se puede ir viendo la evolución del proceso. Debido a la patología crónica de sus familiares suelen acudir reiteradamente a la consulta por lo que el seguimiento puede ser bastante sencillo. En cada visita se debe recomendar la actividad física y el apoyo a los demás familiares. En función de la evolución del cuidador puede incluso derivarse a los especialistas de psiquiatría o psicología si la repercusión empieza a ser desmesurada. Desde las consultas en las que se haga el diagnóstico de la enfermedad crónica como cardiología, cuidados paliativos o neurología también sería interesante ofertar una formación específica para los cuidadores informales. No pretenden ser cursos de formación a nivel sanitario, sino ofrecer una visión general de la enfermedad y los cuidados básicos necesarios que permitan al cuidador capacitarle y evitar su angustia ante el desconocimiento.

## **8. CONCLUSIONES**

El envejecimiento de la población está generando un aumento en el número de pacientes pluripatológicos crónicos con lo que se espera un crecimiento de cuidadores informales.

Los resultados sugieren que existe síndrome por sobrecarga en una gran mayoría de los cuidadores informales.

Este síndrome se manifiesta con patología a nivel físico, mental y social.

No existen diferencias entre los distintos perfiles de cuidadores y la presencia del síndrome por sobrecarga. Tampoco se ha evidenciado relación entre los diferentes tipos de pacientes y la sobrecarga de sus cuidadores.

La mayoría de los cuidadores entrevistados no percibía disfunción familiar.

Deben establecerse intervenciones desde atención primaria y otros servicios de patología crónica para reducir las repercusiones en el cuidador informal. Estas medidas permiten una mejor asistencia en el paciente crónico pluripatológico y previene del síndrome por sobrecarga al cuidador.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Coello P, Bernabeu Wittel M, Casariego Vales E, Rico Blázquez M, Rotaeché del Campo R, Sánchez Gómez S. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. [Internet]. SemFYC, SEMI y faecap. [citado 20 de Enero de 2020] Disponible en: <https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/05/DesarrolloGuiasPluripatologia.pdf>.
2. Blanton S, Clark PC, Cotsonis G, Dunbar SB. Factors associated with depressive symptoms of carepartners of stroke survivors after discharge from rehabilitation therapy. *Top Stroke Rehabil.* 2020 Mar 12;;1-11. doi: 10.1080/10749357.2020.1738678.
3. The Holmes-Rahe Stress Inventory [Internet]. The American Institute of Stress. [citado 22 de Abril de 2020] Disponible en: <https://www.stress.org/holmes-rahe-stress-inventory>
4. Luo J, Zhou Y, Liu H, Hu J. Factors related to the burden of family caregivers of elderly patients with spinal Tumours in Northwest China. *BMC Neurol.* 2020;20(1):69. Published 2020 Feb 28. doi:10.1186/s12883-020-01652-0.
5. Oliveira R, Teodoro T, Botelho A. Non-Monetary Costs of Informal Caregiving in Dementia: The Caregiving Burden. *Acta Med Port.* 2020 Apr 1;33(4):289. doi: 10.20344/amp.13474.
6. A, Cichy KE, Dellmann-Jenkins M, Blankemeyer M. Age Differences and Similarities in Associated Stressors and Outcomes Among Young, Midlife, and Older Adult Family Caregivers. *Int J Aging Hum Dev.* 2020 Feb 14;;91415020905265. doi: 10.1177/0091415020905265.
7. Bhan N, Rao N, Raj A. Gender Differences in the Associations between Informal Caregiving and Wellbeing in Low- and Middle-Income Countries. *J Womens Health (Larchmt).* 2020 Mar 10;. doi: 10.1089/jwh.2019.7769.
8. Shrestha D, Rathi S, Grover S, Taneja S, Duseja A, Chawla YK, et al. Factors Affecting Psychological Burden on the Informal Caregiver of Patients With Cirrhosis: Looking Beyond the Patient. *J Clin Exp Hepatol.* 2020 Jan-Feb;10(1):9-16. doi: 10.1016/j.jceh.2019.06.002.
9. Koopman E, Heemskerk M, van der Beek AJ, Coenen P. Factors associated with caregiver burden among adult (19-64 years) informal caregivers - An analysis from Dutch Municipal Health Service data. *Health Soc Care Community.* 2020 Mar 23;. doi: 10.1111/hsc.12982.
10. Ueshima H, Yozu A, Takahashi H, Noguchi H, Tamiya N. The association between activities of daily living and long hours of care provided by informal caregivers using a nationally representative survey in Japan. *SSM Popul Health.* 2020 Aug;11:100565. doi: 10.1016/j.ssmph.2020.100565.
11. Louis Jacob, PhD, Hans Oh, PhD, Jae Il Shin, MD, PhD, Josep Maria Haro, MD, PhD, Davy Vancampfort, PhD, Brendon Stubbs, PhD, et al. Informal Caregiving, Chronic Physical Conditions, and Physical Multimorbidity in 48 Low- and Middle-Income Countries, *The Journals of Gerontology: Series A*, , glaa017, <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa017>.
12. Chen L, Fan H, Chu L. The Double-Burden Effect: Does the Combination of Informal Care and Work Cause Adverse Health Outcomes Among Females in China?. *J Aging Health.* 2020 Apr 6;;898264320910916. doi: 10.1177/0898264320910916.

13. Jacob L, Smith L, Jackson SE, Shin JI, Haro JM, Vancampfort D, et al. Informal caregiving and physical activity among 204,315 adults in 38 low- and middle-income countries: A cross-sectional study. *Prev Med*. 2020 Mar;132:106007. doi: 10.1016/j.ypmed.2020.106007.
14. Sale, J., Frankel, L., Paiva, J. et al. Having caregiving responsibilities affects management of fragility fractures and bone health. *Osteoporos Int* (2020). <https://doi.org/10.1007/s00198-020-05385-1>.
15. França AB, Gordon AL, Samra R, Rodolpho Duarte ES, Jacinto AF. Symptoms of mood disorders in family carers of older people with dementia who experience caregiver burden: a network approach. *Age Ageing*. 2020 Feb 22;. doi: 10.1093/ageing/afaa008.
16. Grant JS, Graven LJ, Abbott L, Schluck G. Predictors of Depressive Symptoms in Heart Failure Caregivers. *Home Healthc Now*. 2020 Jan/Feb;38(1):40-47. doi: 10.1097/NHH.0000000000000838.
17. Hoyt, M.A., Mazza, M.C., Ahmad, Z. et al. Sleep Quality in Young Adult Informal Caregivers: Understanding Psychological and Biological Processes. *Int.J. Behav. Med.* (2020). <https://doi.org/10.1007/s12529-019-09842>
18. Oliveira R, Teodoro T, Botelho A. Non-Monetary Costs of Informal Caregiving in Dementia: The Caregiving Burden. *Acta Med Port*. 2020 Apr 1;33(4):289. doi: 10.20344/amp.13474.
19. Chen L, Fan H, Chu L. The Double-Burden Effect: Does the Combination of Informal Care and Work Cause Adverse Health Outcomes Among Females in China?. *J Aging Health*. 2020 Apr 6;:898264320910916. doi: 10.1177/0898264320910916.
20. Vellone E, Biagioli V, Durante A, Buck HG, Iovino P, Tomietto M, et al. The Influence of Caregiver Preparedness on Caregiver Contributions to Self-care in Heart Failure and the Mediating Role of Caregiver Confidence. *J Cardiovasc Nurs*. 2020 Feb 20;. doi: 10.1097/JCN.0000000000000632
21. Pristavec T, Luth EA. Informal Caregiver Burden and Benefits and Older Adult Mortality: A Survival Analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020 Jan 6;. doi: 10.1093/geronb/gbaa001.
22. Teles S, Napolskij MS, Paúl C, Ferreira A, Seeher K. Training and support for caregivers of people with dementia: The process of culturally adapting the World Health Organization iSupport programme to Portugal. *Dementia (London)*. 2020 Mar 9;:1471301220910333. doi: 10.1177/1471301220910333.
23. Madruga, M.; Prieto, J.; Rohlf, P.; Gusi, N. Cost-Effectiveness and Effects of a Home-Based Exercise Intervention for Female Caregivers of Relatives with Dementia: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Healthcare* 2020, 8, 54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32155761>
24. Vázquez FL, López L, Torres ÁJ, Otero P, Blanco V, Díaz O, et al. Analysis of the Components of a Cognitive-Behavioral Intervention for the prevention of Depression Administered via Conference Call to Nonprofessional Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 20;17(6). doi: 10.3390/ijerph17062067.

25. Ramos-Campos M, Redolat R, Mesa-Gresa P. The Mediational Role of Burden and Perceived Stress in Subjective Memory Complaints in Informal Cancer Caregivers. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 25;17(7). doi: 10.3390/ijerph17072190.
26. Molleda González S, Araúzo Palacios D (dir), Casado V (dir). Análisis de la complejidad en los pacientes adscritos a un cupo médico y grado de correlación con la pluripatología crónica. [Trabajo final de grado en internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid, 2019 [citado 22 de Enero de 2020].
27. Delgado-gonzález, E, González-esteban, M.P, Ballesteros-Álvaro , A.M, Pérez-alonso, J, Mediavilla, M.E. ¿Existen instrumentos válidos para medir el síndrome del cuidador familiar? Una revisión sistemática de la literatura. *Evidentia*.2011;8(33).
28. Kühnel MB, Ramsenthaler C, Bausewein C, Fegg M, Hodiament F. Validation of two short versions of the Zarit Burden Interview in the palliative care setting: a questionnaire to assess the burden of informal caregivers. *Support Care Cancer*. 2020 Feb 15;. doi: 10.1007/s00520-019-05288-w.
29. Suarez Cuba Miguel A., Alcalá Espinoza Matilde. Apgar familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Méd. La Paz [Internet]*. 2014 [citado 2020 Enero 20] ; 20(1): 53-57. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es).

## 10. ANEXOS

### 10.1 PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

El paciente debe presentar enfermedades crónicas definidas en dos o más de las siguientes categorías:
<b>CATEGORÍA A</b>
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA <sup>a</sup> (síntomas con actividad física habitual). <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica.
<b>CATEGORÍA B</b>
<input type="checkbox"/> Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas. <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (> 1,4 mg/dl en hombres o > 1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria <sup>b</sup> , mantenidas durante tres meses.
<b>CATEGORÍA C</b>
<input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC <sup>c</sup> (disnea a paso habitual en llano) o FEV1 < 65 %, o SaO <sub>2</sub> ≤ 90 %.
<b>CATEGORÍA D</b>
<input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria crónica intestinal. <input type="checkbox"/> Hepatopatía crónica con hipertensión portal <sup>d</sup> .
<b>CATEGORÍA E</b>
<input type="checkbox"/> Ataque cerebrovascular. <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60). <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con cinco o más errores).
<b>CATEGORÍA F</b>
<input type="checkbox"/> Arteriopatía periférica sintomática. <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.
<b>CATEGORÍA G</b>
<input type="checkbox"/> Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina < 10 mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses. <input type="checkbox"/> Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
<b>CATEGORÍA H</b>
<input type="checkbox"/> Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60).

<sup>a</sup> Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

<sup>b</sup> Índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria > 3 mg/dl en muestra de orina o albúmina > 300 mg/día en orina de 24 horas o > 200 µg/min.

<sup>c</sup> Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria, o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.

<sup>d</sup> Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

Tabla 3. Categorías para la definición del paciente pluripatológico. (1)



Figura 2. Modelo de Kaiser Permanente. (1)

## 10. 2. ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL DE HOLMES Y RAHE.

LIFE EVENT	MEAN VALUE
1. Death of spouse	100
2. Divorce	73
3. Marital Separation from mate	65
4. Detention in jail or other institution	63
5. Death of a close family member	63
6. Major personal injury or illness	53
7. Marriage	50
8. Being fired at work	47
9. Marital reconciliation with mate	45
10. Retirement from work	45
11. Major change in the health or behavior of a family member	44
12. Pregnancy	40
13. Sexual Difficulties	39
14. Gaining a new family member (i.e. ... birth, adoption, older adult moving in, etc.)	39
15. Major business readjustment	39
16. Major change in financial state (i.e. ... a lot worse or better off than usual)	38
17. Death of a close friend	37
18. Changing to a different line of work	36
19. Major change in the number of arguments w/spouse (i.e. ... either a lot more or a lot less than usual regarding child rearing, personal habits, etc.)	35
20. Taking on a mortgage (for home, business, etc. ... )	31
21. Foreclosure on a mortgage or loan	30
22. Major change in responsibilities at work (i.e. promotion, demotion, etc.)	29
23. Son or daughter leaving home (marriage, attending college, joined mil.)	29
24. In-law troubles	29
25. Outstanding personal achievement	28
26. Spouse beginning or ceasing work outside the home	26
27. Beginning or ceasing formal schooling	26
28. Major change in living condition (new home, remodeling, deterioration of neighborhood or home etc.)	25
29. Revision of personal habits (dress manners, associations, quitting smoking)	24
30. Troubles with the boss	23
31. Major changes in working hours or conditions	20
32. Changes in residence	20
33. Changing to a new school	20
34. Major change in usual type and/or amount of recreation	19
35. Major change in church activity (i.e. ... a lot more or less than usual)	19
36. Major change in social activities (clubs, movies, visiting, etc.)	18
37. Taking on a loan (car, tv, freezer, etc.)	17
38. Major change in sleeping habits (a lot more or a lot less than usual)	16
39. Major change in number of family get-togethers ("")	15
40. Major change in eating habits (a lot more or less food intake, or very different meal hours or surroundings)	15
41. Vacation	13
42. Major holidays	12
43. Minor violations of the law (traffic tickets, jaywalking, disturbing the peace, etc.)	11

Tabla 4. Escala de reajuste social de Holmes y Rahe. (3)



### 10. 3. CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES.

Objetivo intervención	Ámbito		Tipo de intervención
Pacientes <b>pluripatológicos severos</b> con necesidades de atención sanitaria elevadas y con frecuencia con necesidades sociales	Atención compartida por atención primaria, hospital y servicios sociales (Hospital, UCSS, Domicilio/Residencia)	<b>G3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria compartida con atención especializada (UCA) según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos y, con la participación de los recursos sociales en cualquiera de sus ámbitos.</li> <li>- Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.</li> </ul>
Pacientes <b>pluripatológicos estables o con una patología en estado avanzado</b> con necesidades de atención sanitaria moderada	Atención primaria + apoyos puntuales de especializada + atención domicilio/comunitario (Protocolo)	<b>G2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria con apoyos puntuales del médico de atención especializada según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos.</li> <li>- Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.</li> </ul>
Pacientes con una <b>patología en estadio estable o inicial</b> con baja necesidad de atención sanitaria	Atención primaria + domicilio/comunitario (Protocolo)	<b>G1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención y control del proceso clínico en el marco de la atención primaria, según protocolo siguiendo la metodología de gestión de procesos.</li> <li>- Promoción de la responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su problema de salud</li> </ul>
Personas <b>sanas o con procesos agudos</b> no significativos	Atención primaria + domicilio/comunitario	<b>G0</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoción y prevención primaria con control de factores de riesgo (Ej.: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud-PAPPS- de atención primaria).</li> <li>- Promoción de la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud.</li> </ul>

Tabla 5. Clasificación hospitalaria de los pacientes de Castilla y León basada en las categorías CRG. (26).

### 10.4. CUESTIONARIO ONLINE.

## Trabajo Final de Grado “Análisis de la repercusión socio-familiar en el cuidador informal”

¡Hola! Mi nombre es Sara María Parrondo Rebollo. Soy estudiante de sexto de medicina en la Universidad de Valladolid. Este es mi último año de carrera y estoy haciendo el trabajo final sobre el cuidador informal. Por eso si cuidas de algún familiar anciano o convives con alguien que tenga varias patologías (Hipertensión Arterial, infartos, ictus, insuficiencia renal, enfermedades reumatológicas, enfermedades degenerativas...) te invito a contestar esta encuesta. Se adjunta la hoja de información complementaria a la encuesta.

Muchas gracias, un saludo y mucho ánimo.  
(Tiempo aproximado de duración 6 minutos)

\*Obligatorio

**HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPACIÓN EN EL TRABAJO FINAL DE GRADO "ANÁLISIS DE LA REPERCUSIÓN SOCIO-FAMILIAR EN EL CUIDADOR INFORMAL"**

Investigador principal: Sara María Parrondo Rebollo. Estudiante 6º Grado de Medicina en la Universidad de Valladolid. (Sara\_parrondo@hotmail.com)  
Tutor: Daniel Araúzo Palacios. Médico especialista en medicina familiar y comunitaria en C.S. Delicias II. Centro: C.S. Delicias II (Valladolid)

**INTRODUCCIÓN:**

Soy Sara María Parrondo Rebollo, estudiante de la Universidad de Valladolid en el grado de Medicina. Estoy realizando un trabajo de investigación sobre el cuidador informal y la repercusión que tiene sobre esta figura el cuidado de un familiar. Usted es uno de los cuidadores a los que hemos solicitado participar en este proyecto porque reúne los criterios de inclusión.

**ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE SU PARTICIPACIÓN:**

Su participación es totalmente voluntaria. Puede retirarse del estudio cuando quiera y sin tener que dar explicaciones.

La información obtenida se almacenará como base de datos en soporte informático registrada según la legislación vigente sobre la protección de datos de carácter personal. Los datos registrados serán tratados estadísticamente de forma codificada.

Es posible que los estudios realizados aporten información relevante sobre su salud o la de sus familiares. Usted tiene derecho a conocerla y transmitirla a sus familiares si así lo desea.

**DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:**

Antes de ofrecer su consentimiento a participar en el estudio es importante que lea y entienda la siguiente información sobre los procedimientos que se proponen. El documento describe el objetivo, procedimientos y beneficios del estudio. Describe también su derecho a abandonar el estudio cuando usted lo decida.

Objetivos de la investigación

Objetivos principales: Evaluar la sobrecarga del cuidador principal de pacientes con varias patologías.

Objetivos secundarios:

- Analizar el nivel de sobrecarga en función del sexo y edad del cuidador principal.
- Analizar el nivel de sobrecarga en función del sexo y edad del paciente cuidado.
- Evaluar la percepción de disfunción familiar en el cuidador principal.

Procedimientos de la investigación:

Los datos recogidos de la encuesta serán estudiados estadísticamente para dar respuesta a los objetivos propuestos. Estos datos serán tratados de forma anónima y cumpliendo los principios éticos en medicina.

Beneficios del estudio:

Se buscan conocer las carencias en la asistencia del paciente anciano o con pluripatología mediante el abordaje de sus familias. Se pretende conocer las necesidades que debemos cubrir en los cuidadores informales. Buscamos saber si se necesita mayor apoyo psicológico, médico o formativo en los cuidadores.

2. ¿He leído la hoja de información del estudio, y he podido hacer las preguntas que me han surgido sobre el estudio al investigador principal ([sara\\_parrondo@hotmail.com](mailto:sara_parrondo@hotmail.com))? Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación. \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

**Escala de Zarit Reducida**

El cuidador debe responder a cada una de las preguntas con las opciones:

- 1) "Nunca"
- 2) "Casi nunca"
- 3) "A veces"
- 4) "Bastantes veces"
- 5) "Casi siempre"

3. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo? \*

Marca solo un óvalo.

- 1    2    3    4    5
- Nunca      Casi siempre

4. ¿Se siente estresado al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades? \*

Marca solo un óvalo.

- 1    2    3    4    5
- Nunca      Casi siempre

5. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con sus amigos u otros miembros de su familia de forma negativa? \*

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Casi siempre

6. ¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente? \*

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Casi siempre

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

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Casi siempre

8. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó? \*

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Casi siempre

9. En general, ¿Se siente muy sobrecargado al tener que cuidar de su familiar/paciente? \*

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Casi siempre

### Apgar Familiar

El cuidador debe responder a cada una de las preguntas con las siguientes opciones:  
0) "Nunca"  
1) "Casi nunca"  
2) "Algunas veces"  
3) "Casi siempre"  
4) "Siempre"

10. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad \*

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

11. Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas \*

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

12. Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades \*

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

13. Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor... \*

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

14. Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos \*

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

15. Me satisface como compartimos en mi familia los espacios de la casa.

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

16. Me satisface como compartimos en mi familia el dinero \*

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siemore

17. ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quién pueda buscar cuando necesite ayuda? \*

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

18. Estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigos (as) \*

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Siempre

Datos estadísticos

Responda a las siguientes preguntas:

19. Edad del encuestado/a \*

\_\_\_\_\_

20. Edad del paciente al que cuida \*

\_\_\_\_\_

21. Sexo del encuestado/a \*

Marca solo un óvalo.

Hombre

Mujer

22. Sexo del paciente al que cuida \*

Marca solo un óvalo.

Hombre

Mujer

23. Profesión o actividad que desarrolla el encuestado/a \*

\_\_\_\_\_

24. Parentesco del encuestado/a con el paciente \*

Marca solo un óvalo.

Marido/ Mujer

Hija/hijo

Hermanos

Sobrinos

Nietos

Pareja

Padre/madre

Otro: \_\_\_\_\_

25. Código Postal del encuestado/a \*

\_\_\_\_\_

**Patologías del paciente al que cuida**

Responda a las siguientes preguntas sobre las enfermedades que padece el paciente al que cuida. Se consideran enfermedades que padece aquellas de las que su médico le haya diagnosticado o tome algún tratamiento.

26. ¿Padece su paciente Hipertensión arterial? (Toma Enalapril, Seguril (Furosemida), Propanolol, Verapamilo o algún otro antihipertensivo) \*

Marca solo un óvalo.

Sí

No

27. ¿Padece su paciente Diabetes Mellitus? (Toma Metformina, Repaglinida, Pioglitazona, Insulina u otro antidiabético) \*

Marca solo un óvalo.

Sí

No

28. ¿Padece su paciente dislipemia? (Más conocido como colesterol. Toma Estatinas, Fibratos o sigue alguna dieta marcada por su médico). \*

Marca solo un óvalo.

Sí

No

29. ¿Padece su paciente algún tipo de Demencia? (Alzheimer, demencia vascular... "se le olvidan las cosas que sabía hacer previamente") \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

30. ¿Padece su paciente algún tipo de dependencia? (Necesita ayuda para caminar, necesita su presencia para vestirse, asearse, cocinar...) \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

31. ¿Padece su paciente alguna enfermedad respiratoria tipo EPOC o Asma? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

32. ¿Padece su paciente algún tipo de Cáncer? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

33. ¿Padece su paciente algún otro tipo de enfermedad crónica no nombrada anteriormente?

---

---

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Figura 3. Cuestionario Google. Incluye el cuestionario de Zarit reducido y el test de APGAR familiar. (27, 29)

10. 5. RESULTADOS.

**EDAD DEL CUIDADOR**

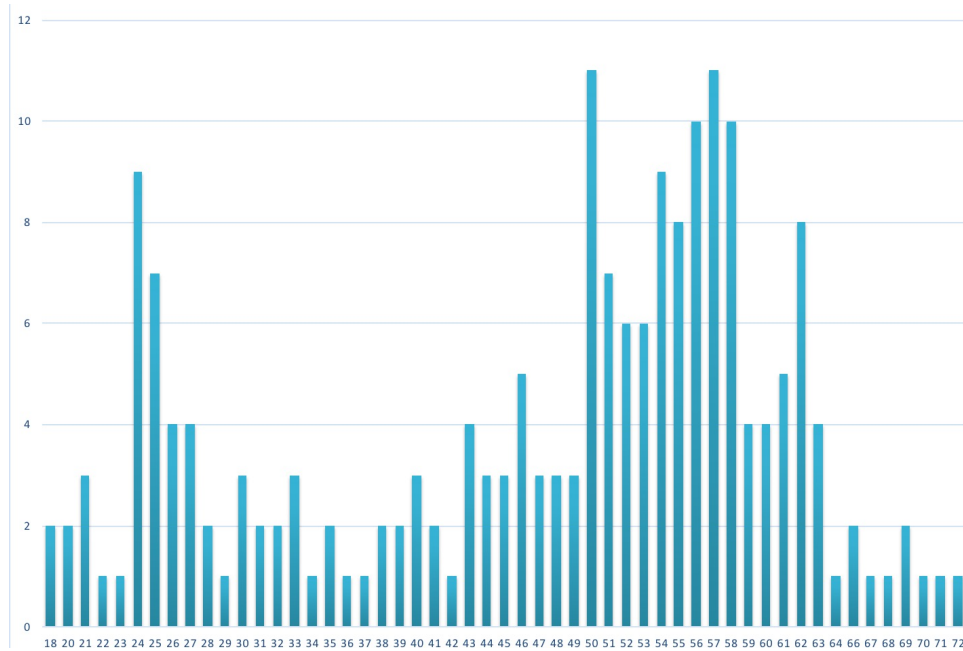


Figura 4. Representación gráfica para la variable “edad del cuidador”. Gráfico de elaboración propia.

**PROVINCIA DEL CUIDADOR**

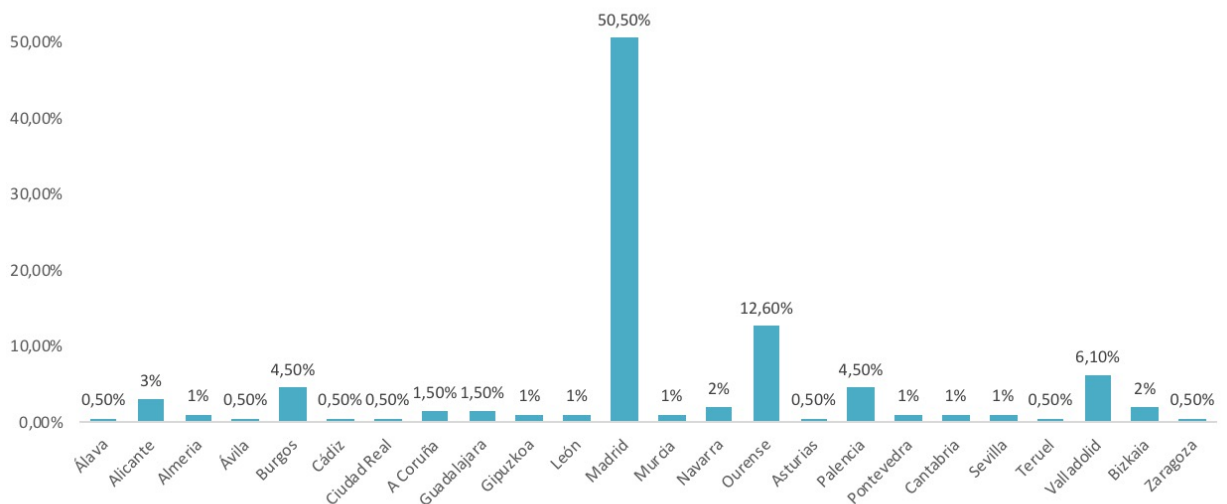


Figura 5. Gráfico de barras para la variable “Provincia de residencia del cuidador”. Gráfico de elaboración propia.

## EDAD DEL PACIENTE QUE RECIBE LOS CUIDADOS

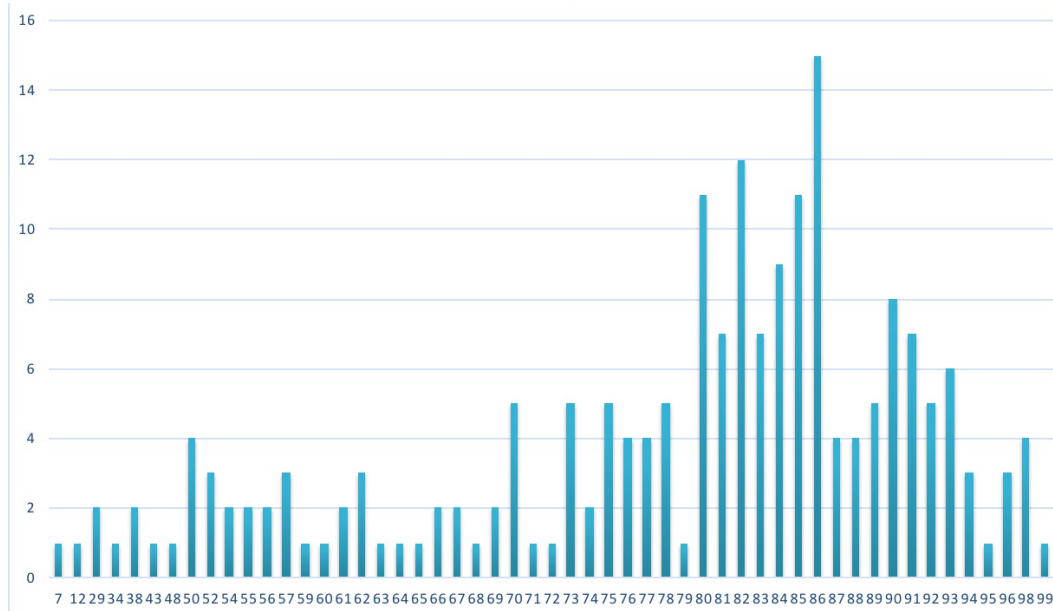


Figura 6. Representación gráfica para la variable “edad del paciente cuidado”. Gráfico de elaboración propia.

## SEXO DEL PACIENTE CUIDADO

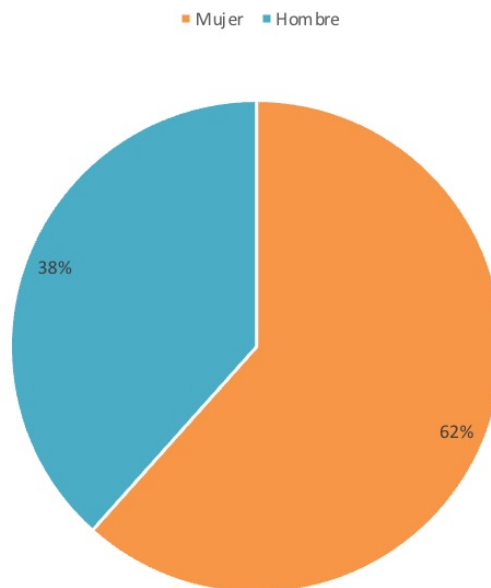


Figura 7. Sexo del paciente que recibe los cuidados. Gráfico de elaboración propia.



### PARENTESCO DEL PACIENTE CON EL CUIDADOR

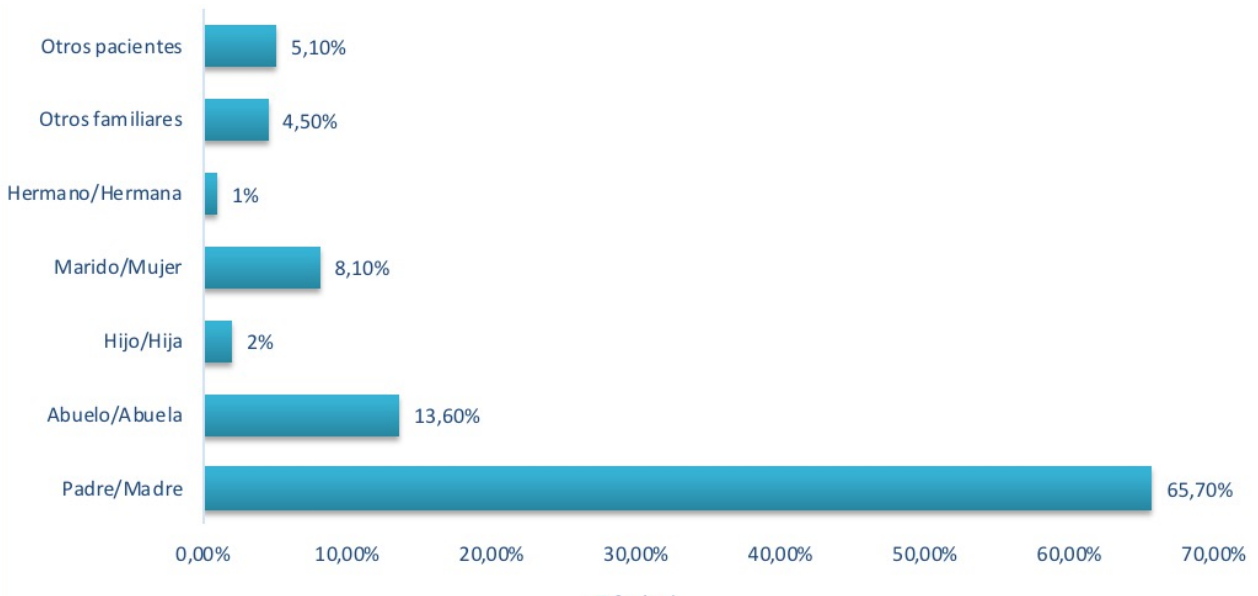


Figura 8. Parentesco del paciente con el cuidador. Gráfico de elaboración propia.

### SOBRECARGA, DEPENDENCIA Y DISFUNCIÓN FAMILIAR

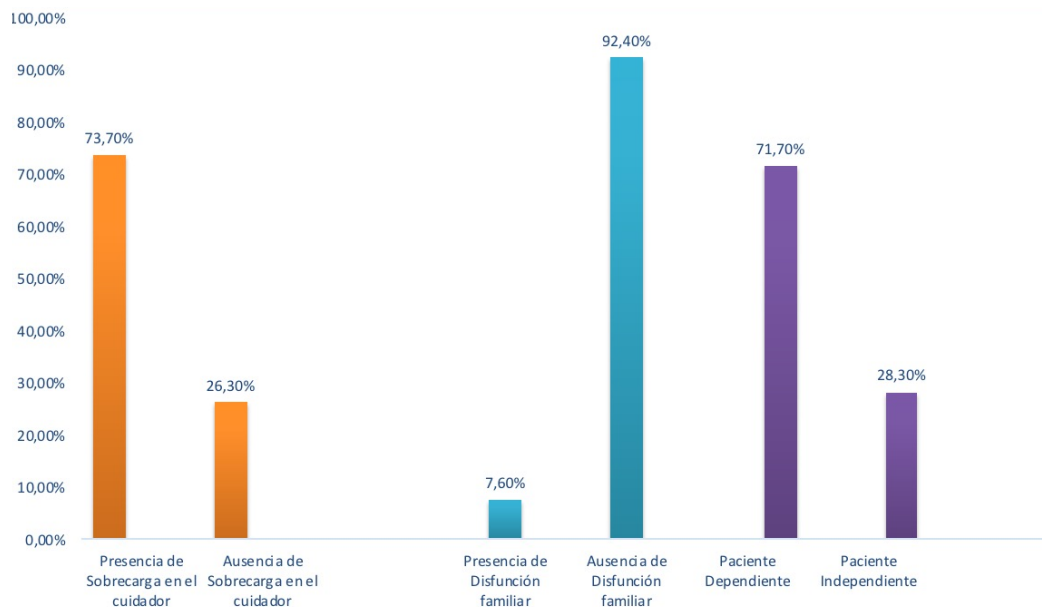


Figura 9. Gráficos de barras para las variables Dependencia en el paciente, Sobrecarga del cuidador y Disfunción familiar. Gráficos de elaboración propia.

## SÍNDROME POR SOBRECARGA DEL CUIDADOR SEGÚN DISTINTAS VARIABLES

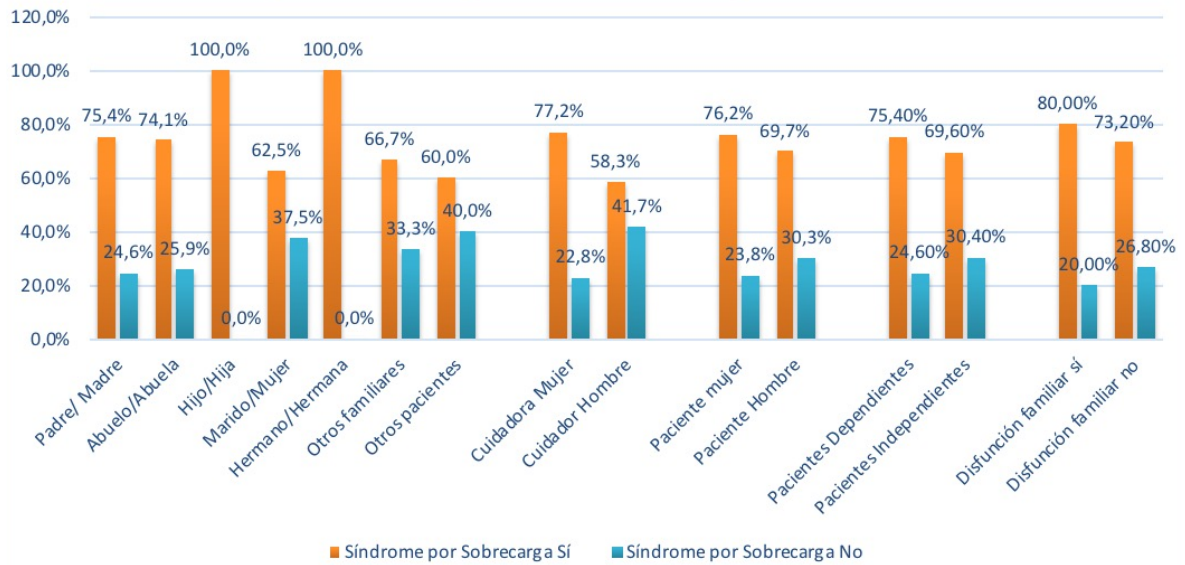


Figura 10. Síndrome por sobrecarga del cuidador en función del parentesco, sexo del cuidador, sexo del paciente, dependencia del paciente y disfunción familiar. Gráfico de elaboración propia.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,019a	1	0,313		
Corrección de continuidad	0,712	1	0,399		
Razón de verosimilitud	1,009	1	0,315		
Prueba exacta de Fisher				0,324	0,199
Asociación lineal por lineal	1,014	1	0,314		
N de casos válidos	198				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 19,96.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 6. Prueba de Chi-cuadrado para las variables sexo del paciente y síndrome por sobrecarga del cuidador. Gráfico de elaboración propia.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,676a	1	0,411		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	0,413	1	0,520		
Razón de verosimilitud	0,664	1	0,415		
Prueba exacta de Fisher				0,474	0,258
Asociación lineal por lineal	0,673	1	0,412		
N de casos válidos	198				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,71.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 7. Prueba de Chi-cuadrado para las variables dependencia del paciente y síndrome por sobrecarga del cuidador. Gráfico de elaboración propia.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,329a	1	0,566		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	0,072	1	0,789		
Razón de verosimilitud	0,347	1	0,556		
Prueba exacta de Fisher				0,763	0,410
Asociación lineal por lineal	0,327	1	0,567		
N de casos válidos	198				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,94.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 8. Prueba de Chi-cuadrado para las variables disfunción familiar y síndrome por sobrecarga del cuidador. Gráfico de elaboración propia.

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	4,571a	6	0,600	
Razón de verosimilitud	5,922	6	0,432	
Asociación lineal por lineal	1,321	1	0,250	
N de casos válidos	198			

a. 7 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,53.

Tabla 9. Prueba de Chi-cuadrado para las variables parentesco y síndrome por sobrecarga del cuidador. Gráfico de elaboración propia.

Prueba para una muestra								
		Valor de prueba = 0						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia		
						Inferior	Superior	
Síndrome por sobrecarga sí	Edad cuidador	41,543	145	0,000	46,568	44,35	48,78	
	Edad del paciente	57,700	145	0,000	77,205	74,56	79,85	
Síndrome por sobrecarga no	Edad del cuidador	24,521	51	0,000	48,173	44,23	52,12	
	Edad del paciente	41,470	51	0,000	78,558	74,75	82,36	

Tabla 10. Prueba para una muestra para las variables edad del cuidador y edad del paciente en función de la sobrecarga del cuidador. Tabla de elaboración propia.

Prueba de muestras independientes											
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior	
Edad del cuidador	Se asumen varianzas iguales	0,022	0,883	-0,725	196	0,469	-1,605	2,214	-5,971	2,762	
	No se asumen varianzas iguales			-0,709	86,394	0,480	-1,605	2,262	-6,101	2,892	

Tabla 11. Prueba de muestras independientes para las variables edad del cuidador y síndrome por sobrecarga. Tabla de elaboración propia.

Prueba de muestras independientes											
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior	
Edad del paciente	Se asumen varianzas iguales	0,238	0,626	-0,538	196	0,591	-1,352	2,512	-6,306	3,602	
	No se asumen varianzas iguales			-0,583	105,359	0,561	-1,352	2,319	-5,951	3,246	

Tabla 12. Prueba de muestras independientes para las variables edad del paciente y síndrome por sobrecarga. Tabla de elaboración propia.

