

Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga

Pedro Fernández de Larrinoa Palacios, Silvia Martínez Rodríguez, Nuria Ortiz Marqués, María Carrasco Zabaleta, Josu Solabarrieta Eizaguirre e Ignacio Gómez Marroquín
Universidad de Deusto

El objetivo del estudio es conocer cómo percibe su estado de salud una muestra de cuidadores familiares de la provincia de Vizcaya y comparar los resultados con datos referidos a población general española. Además se pretende comprobar si existe relación entre la salud percibida y el nivel de sobrecarga. La muestra consta de 1.257 cuidadores/as de personas dependientes. Se ha utilizado un protocolo elaborado para recoger información sobre aspectos sociodemográficos, salud percibida relacionada con la calidad de vida (SF-36) y sobrecarga (Zarit Burden Inventory). Los resultados muestran que la percepción general de salud de las personas cuidadoras que han participado en el estudio es peor que la de la población general española y que esta percepción es especialmente acusada en lo que se refiere al componente de salud mental. Además, las correlaciones muestran que cuanto peor es la salud percibida mayor es la sobrecarga. Estos resultados confirman los hallazgos obtenidos en otros estudios y proporcionan claves para orientar las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras.

Family caregiver's self-perceived health status and its relation to burden. The study aims to analyze how health is self-perceived by a sample of caregivers of dependant relatives and how it compares with general Spanish population scores. The study also focuses on the relations between self-perceived health and burden. The sample comprised 1,257 caregivers living in Biscay who completed the protocol including sociodemographic data, measures of health-related quality of life (SF-36) and burden (Zarit Burden Inventory). Results show that the health perception of the caregivers taking part into the study reached lower scores in comparison to general Spanish population and that this perception was lower in mental than in physical health. Correlational data supports previous findings indicating that high levels of burden are associated with a worse perception of mental and physical health and provide information on how to guide interventions to improve family caregivers' quality of life.

Nuestra sociedad está experimentando un progresivo envejecimiento. Como consecuencia del rápido incremento del colectivo de personas mayores ha aumentado el número de ellas que se encuentran en situación de dependencia y que necesitan cuidados. Se estima que, del colectivo de personas mayores de 65 años dependientes que recibe algún tipo de cuidado, en el 84,9% de los casos el cuidado es informal (Rogerio-García, 2009), lo que indica que la familia constituye la fuente principal de apoyo en la atención a las personas dependientes.

El cuidador principal es aquella persona que dedica la mayor parte de su tiempo a atender las necesidades de la persona dependiente (Dwyer, Lee y Jankowski, 1994). Por lo general, asume tareas del cuidado, con la responsabilidad que ello implica, es percibida por los restantes miembros de la familia como responsable de la persona dependiente y no es remunerada económicamente.

Estas personas son descritas habitualmente como segundas víctimas de la enfermedad (Perlado, 1995), debido a que el problema de la dependencia no solo afecta a quien la padece, sino también a quienes tienen que facilitar las ayudas necesarias para que pueda seguir viviendo dignamente.

La sobrecarga se entiende como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado ha influido sobre diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980). Son numerosas las evidencias del impacto que genera el cuidado en la salud física y mental de la persona cuidadora (Pinquart y Sorensen, 2003). En un estudio realizado por IMSERSO (2005) se observó que el 27,5% de las personas cuidadoras consideraba que su salud se había deteriorado desde que proporcionaban cuidados a su familiar. Este trabajo del IMSERSO pone de relieve que la tarea de cuidar afecta en mayor medida a la salud psicológica, siendo un 18,1% de los sujetos de la muestra los que manifestaban sentirse deprimidos.

Hay un estudio que también analiza la percepción del estado de salud de la persona cuidadora y cómo ésta se encuentra en muchas ocasiones relacionada con su nivel de sobrecarga (Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Urizar y Kavanagh, 2005).

Los objetivos de la presente investigación son conocer cómo perciben su estado de salud las personas cuidadoras de nuestro es-

tudio y comprobar qué factores relacionados con la salud física y mental percibida se relacionan con el nivel de sobrecarga.

Método

Participantes y procedimiento

La muestra está formada por 1.257 cuidadores principales de personas dependientes que residen en la provincia de Vizcaya y que habían solicitado la prestación económica para cuidadores familiares acogiéndose a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a las Personas en Situación de Dependencia; personas por tanto —según dicta la Ley en cuanto a los posibles beneficiarios de ayudas— que atienden a familiares con un nivel de dependencia severo o grave. Para contactar con ellas se contó con la ayuda del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia. Durante el mes de enero y febrero de 2009 se envió por correo ordinario una carta incluyendo información sobre la investigación, un protocolo en castellano y euskera y un sobre franqueado. De forma voluntaria, los cuidadores/as contestaban el cuestionario y lo enviaban al equipo de investigación, donde era recogido e incluido para el estudio. Se enviaron un total de 1.800 cartas, de las cuales fueron respondidas 1.282 (71,2%), si bien 25 fueron descartadas para trabajos posteriores por haber sido cumplimentados en euskera. Aunque cuatro sujetos no respondieron a algunos de los datos sociodemográficos del protocolo se decidió mantenerlos en el estudio.

Con esta muestra, entre otros análisis, se han comparado los resultados obtenidos en las dimensiones de salud (SF-36) con un estudio sobre población general (Alonso et al., 1998) y otro de población de la Comunidad Autónoma Vasca (Anaitua y Quintana, 1999) para comprobar el estado de salud percibida.

Instrumentos

El protocolo incluía preguntas sobre aspectos sociodemográficos y sobre las características del cuidado que proporcionan a sus familiares, así como si éste padece demencia o no.

Además, las personas cuidadoras tenían que responder a una serie de instrumentos de medida entre los que se encontraba el SF-36 Health Survey (McHorney, Ware, Lu y Sherbourne, 1994; McHorney, Ware y Raczek, 1993) y el Zarit Burden Inventory en su adaptación española (Martin et al., 1996). Ambos instrumentos de medida fueron elegidos debido a las bondades que ofrecen, ya que permiten realizar comparaciones con la población general española y se encuentran adaptados al castellano.

Por lo que se refiere al SF-36, se empleó la versión española adaptada por Alonso, Prieto y Antó (1995). Se trata de un cuestionario autoadministrado que contiene 36 ítems que valoran ocho dimensiones del estado de salud: limitaciones para realizar actividades físicas debido a problemas de salud (FF; Función física); limitaciones para realizar actividades cotidianas debido a problemas de salud físicos (RF; Rol físico); dolores corporales (DC; Dolor corporal); estado de salud general (SG; Salud general); vitalidad (VT; vitalidad); limitación en la participación de actividades sociales debido a problemas de salud (FS; Función social); limitaciones para realizar actividades cotidianas debido a problemas emocionales (RE; Rol emocional); y salud mental general (SM; salud mental). También se pueden obtener dos componentes sumatorios: el componente de salud físico (CSF) y el componente de salud men-

tal (CSM). Para cada dimensión, los ítems se codifican, se agregan y se transforman en un rango de puntuaciones que va desde 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud). Para facilitar su interpretación se obtuvieron puntuaciones estandarizadas con los valores de las normas poblacionales como se indica en el manual de puntuación (Medical Outcomes Trust, 1996). En el presente estudio el alfa de Cronbach fue superior a ,70 en todas las dimensiones (rango de ,76 a ,93). En el trabajo original (Alonso et al., 1998) el alfa de Cronbach fue superior a ,79 en todas las dimensiones (rango de ,79 a ,96).

En relación a la escala de sobrecarga del cuidador se utilizó la adaptación española (Martin et al., 1996) del Zarit Burden Inventory. Esta prueba cuantifica el grado de sobrecarga subjetiva que padecen las personas cuidadoras de las personas dependientes y se ha señalado que es la más utilizada para evaluar la carga del cuidador (Vitaliano, Young y Russo, 1991; García-Calvete, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro, 2004). Se trata de una escala autoadministrada que consta de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten los/as cuidadores/as. Para cada una de ellas el cuidador tiene que indicar la frecuencia con la que se siente así, utilizando una escala que consta de 5 opciones de respuesta: 0 (nunca), 4 (casi siempre). Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador, la puntuación total oscila entre 0 y 88 puntos. En el presente estudio el alfa de Cronbach fue de ,89. El alfa de Cronbach en la prueba original (Martin et al., 1996) fue de ,91.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se han llevado a cabo mediante el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 15.0 para Windows. Para todas las pruebas realizadas se consideró un nivel de significación estadística de $p < ,05$ ($\alpha = 5\%$).

Se han realizado análisis descriptivos de las variables sociodemográficas más importantes de las personas cuidadoras, así como de la escala SF-36. Se empleó la prueba t-Student para comparar las puntuaciones de las dimensiones del SF-36 de las personas cuidadoras con respecto a la población general española y de la Comunidad Autónoma Vasca.

Además, se llevaron a cabo correlaciones entre la escala de Zarit y las ocho dimensiones de la escala SF-36. Por último, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple por pasos hacia delante controlando la edad, introduciéndose los componentes físico y mental de la escala SF-36 como variables predictoras o independientes y la puntuación total de la escala de sobrecarga Zarit como variable dependiente.

Por último, se ha llevado a cabo un análisis (t-Student) para comparar el estado de salud percibida entre las personas cuidadoras que cuidan de personas con demencia y sin demencia.

Resultados

En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas más importantes de la muestra.

En relación a la salud percibida, las puntuaciones medias de cada una de las dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36 se reflejan en la tabla 2. Como puede observarse, las mayores puntuaciones se obtienen en las dimensiones Función física (FF) y Rol físico (RF) y las menores puntuaciones pertenecen a las dimensiones Vitalidad (VT), Salud general (SG), Dolor corporal (DC)

Tabla 1

Características sociodemográficas de las personas cuidadoras principales

Características	Cuidadores	
	n	Porcentaje (%)
<i>Género</i>		
Mujer	1000	79,8
Hombre	253	20,2
<i>Estado civil</i>		
Soltero/a	208	16,6
Casado/a	916	73,2
Viudo/a	63	5
Separado/a-Divorciado/a	60	4,8
Otros	5	0,4
<i>Nivel de estudios</i>		
Menos de primarios	205	16,4
Primarios	624	50
Bachiller superior	278	22,3
Estudios superiores	141	11,3
<i>Desde cuándo proporciona cuidados la PC</i>		
Hace días	9	0,7
Hace semanas	2	0,2
Hace meses	23	1,8
Hace años	1217	93,3
<i>Frecuencia del cuidado</i>		
Permanentemente, gran parte del día	1072	85,9
Algunas horas al día	142	11,4
Algunas horas cada semana	27	2,2
Algunos días de cada mes	7	0,6
<i>Edad</i>	M= 59,17 (SD= 13,14)	

M: media; SD: desviación estándar

y Salud mental (SM). Además, las personas cuidadoras presentan una menor puntuación en el componente de salud mental (CSM), por lo que perciben peor su estado de salud mental que su estado de salud físico. En esa misma tabla queda reflejado que las personas cuidadoras de este estudio presentan una peor percepción de su estado de salud en comparación con la población de referencia española y de la Comunidad Autónoma Vasca, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones de salud ($p \leq .001$).

En la tabla 3 se observan correlaciones negativas estadísticamente significativas ($p \leq .001$) en todas las dimensiones de salud (SF-36) y la sobrecarga (Zarit). Estos resultados indican que cuanto mayor es la puntuación en las dimensiones de salud —reflejando un mejor estado de salud percibido—, menores son las puntuaciones y la sobrecarga percibida.

La tabla 4 muestra el análisis de regresión lineal múltiple que se ha realizado, en donde los componentes físico y mental del Cuestionario SF-36 se han introducido como variables predictoras de la puntuación total del Zarit, escala de sobrecarga del cuidador. Tanto el componente físico como el componente mental de la escala SF-36 han sido variables predictoras de la sobrecarga del cuidador. La edad de las personas cuidadoras ha sido controlada, de manera que esta variable no está ejerciendo influencia en los resultados. En esta misma tabla se observa que la escala de sobrecarga está inversamente relacionada con el componente físico ($\beta = -.34$, $p = .000$) y mental ($\beta = -.60$, $p = .000$), es decir, cuanto más elevada es la puntuación de sobrecarga en el Zarit, menor es la puntuación de los componentes físico y mental de salud. Estas variables explican el 34% de la varianza de la carga percibida (R^2 corregida = 0,34).

Por último, en la tabla 5 se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p \leq .05$) en ninguna de las 8 dimensiones del SF-36 en relación a las personas cuidadoras que lo hacen de pacientes con y sin demencia.

Tabla 2

Dimensiones y componentes sumatorios del SF-36 de las personas cuidadoras; diferencias con respecto a la población general española¹ y la población de la Comunidad Autónoma Vasca²

	Personas cuidadoras (A)	Población general (B) n= 9151	Población CAV (C) n= 3949	Valor p*	
				A vs B	A vs C
	M±SD	M±SD	M±SD		
FF (n= 1249)	75,3 ± 24,8	84,7 ± 24	87,2 ± 20,3	,000***	,000***
RF (n= 1232)	70,7 ± 41,5	83,2 ± 36,2	87,3 ± 30,1	,000***	,000***
DC (n= 1245)	56,05 ± 26,6	79,0 ± 27,9	79,6 ± 24,9	,000***	,000***
SG (n= 1226)	53,1 ± 21,04	68,3 ± 22,3	67,3 ± 19,6	,000***	,000***
VT (n= 1253)	48,9 ± 21,3	66,9 ± 22,1	65,2 ± 19,2	,000***	,000***
FS (n= 1253)	67,8 ± 28,4	90,1 ± 20	89,8 ± 18,6	,000***	,000***
RE (n= 1232)	60,6 ± 45,8	88,6 ± 30,1	92,2 ± 23,8	,000***	,000***
SM (n= 1244)	57,5 ± 20,7	73,3 ± 20,1	71,7 ± 17,7	,000***	,000***
CSF (n= 1178)	46,04 ± 10,1				
CSM (n= 1178)	39,7 ± 13,8				

* Prueba t Student para una muestra

¹ Alonso et al. (1998); ² Anaitua & Quintana (1999)

M: media; SD: desviación típica; FF: Función física; RF: Rol físico; DC: Dolor corporal; SG: Salud general; VT: Vitalidad; FS: Función social; RE: Rol emocional; SM: Salud mental; CSF: Componente sumatorio físico; CSM: Componente sumatorio mental

*** $p \leq .001$

Tabla 3
Correlaciones de Pearson entre las dimensiones del SF-36 y la puntuación de sobrecarga total del Zarit

	FF	RF	CD	SG	VT	FS	RE	SM
Zarit	-.22***	-.32***	-.36***	-.48***	-.52***	-.51***	-.44***	-.57***

FF: Función física; RF: Rol físico; DC: Dolor corporal; SG: Salud general; VT: Vitalidad; FS: Función social; RE: Rol emocional ; SM: Salud mental; CSF: Componente sumatorio físico; CSM: Componente sumatorio mental
*** $p \leq .001$

Tabla 4
Análisis de regresión múltiple por pasos hacia adelante. Factores relacionados con la sobrecarga del cuidador medida a través del ZBI

Variable	Escala de sobrecarga ZBI		
	Beta	t	p-valor
SF-36 Componente mental	-.60	-8,91	.00***
SF-36 Componente físico	-.34	-21,72	.00***

Coefficiente de correlación múltiple (R)= 0,59; coeficiente de determinación (R²)= 0,34

Tabla 5
Diferencias en las 8 dimensiones del SF-36 en las personas cuidadoras que cuidan de personas con y sin demencia

	Presencia de demencia	Ausencia de demencia	Valor-p
	M±SD	M±SD	
FF	76,18±24,11	74,66±25,33	.31
RF	72,33±40,50	69,21±42,27	.22
DC	54,86±25,64	56,26±26,96	.38
SG	53,24±20,66	52,67±21,28	.66
VT	48,36±21,35	48,79±21,37	.74
FS	66,50±28,40	68,16±28,64	.33
RE	60,81±46,14	60,21±45,89	.83
SM	57,20±20,28	57,62±21,03	.74

FF: Función física; RF: Rol físico; DC: Dolor corporal; SG: Salud general; VT: Vitalidad; FS: Función social; RE: Rol emocional ; SM: Salud mental

Discusión y conclusiones

Muchos estudios indican que, en la mayoría de las ocasiones, la cuidadora principal es una mujer, habitualmente la esposa o la hija de la persona receptora del cuidado; que lleva proporcionando atención a su familiar desde hace meses o años y generalmente vive con la persona cuidada (Andrén y Elmstahl, 2008; Blanes, Carmagnani y Ferreira, 2007; Miura, Arai y Yamasaki, 2005; Martínez-Martin et al., 2007; Rivera-Navarro et al., 2009; Unalan et al., 2001; Zarit, Todd y Zarit, 1986). En nuestro estudio, encontramos un perfil similar: una mujer, casada, con estudios primarios y con una edad media de alrededor de 60 años que cuida permanentemente a lo largo del día de su familiar y lleva años realizando dicha labor. Este perfil coincide en gran parte con el presentado por IMSERSO (2005) a nivel nacional y confirma la tradición o costumbre social que tiende a considerar a la mujer como la respon-

sable del cuidado. De hecho, el estudio realizado por el IMSERSO (2005) recoge cómo un 21% de las personas cuidadoras considera que es preferible que el cuidado lo realice una mujer, y un 26% prefiere que sea una hija la que cuide de ellos si lo necesitasen frente al 5% que opta por hijos o hijas indistintamente.

Por lo que se refiere al estado de salud de las personas receptoras de cuidados, éstas no padecen una enfermedad en común, debido al criterio elegido para formar la muestra, según el cual han sido incluidas personas perceptoras de la prestación económica para cuidadores en el entorno familiar a través de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y la Atención a las Personas en situación de dependencia, independientemente de la patología de la persona dependiente. Hay estudios sobre personas cuidadoras que se centran en patologías concretas, pero otros estudios, como éste, no lo hacen (Miura et al., 2005). En nuestro caso la mayoría de las personas cuidadas padecen alguna lesión del sistema nervioso central y/o con déficits neurocognitivos. Sin duda alguna, cuidar de un familiar con demencia tiene un gran impacto en la salud de la persona cuidadora, de ahí la importancia de estudiar la situación de estas personas (Zarit et al., 1986), sin embargo, en nuestro estudio no hemos podido concluir que los cuidadores/as de personas con demencia presenten una peor percepción de su salud que los que no cuidan de personas con esta patología. Tal vez la dificultad para confirmar esta relación se deba a la imprecisión de la recogida del dato, ya que la información sobre el diagnóstico de demencia en la persona receptora de cuidado era proporcionada por los propios familiares cuidadores participantes en el estudio, con el consiguiente riesgo de error.

Con respecto a la salud percibida por las personas cuidadoras, se observa una valoración más negativa de todas las dimensiones de salud del SF-36 en comparación con la población general, siendo estos resultados consistentes con otros estudios centrados en cuidadores de personas dependientes con diferentes patologías (Li, Lee, Lin y Amidon, 2004; Patti et al., 2007; Pinquart y Sörensen, 2003; Seguí, Ortiz-Tallo y de Diego, 2008; Ünalán et al., 2001). Estos resultados sugieren un evidente impacto de la labor de cuidado en la calidad de vida de la persona cuidadora, por lo que los servicios comunitarios no deberían de orientarse únicamente a las personas receptoras cuidadas, sino que también deberían centrarse en las personas cuidadoras.

Aunque este peor estado de salud se percibe en todas las dimensiones del SF-36, se observa una valoración más negativa en las dimensiones de vitalidad, dolor corporal, salud general y salud mental, coincidiendo con los resultados aportados por otros estudios (Blanes, Carmagnani y Ferreira, 2007; Patti et al., 2007). Además, observamos una peor percepción de la salud mental en comparación con la salud física. De hecho, son escasos los estudios que encuentran un mayor impacto en el componente físico que en el componente mental (Blanes et al., 2007) y la gran mayoría de la literatura apoya los resultados encontrados en nuestro estudio (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro, 2004; Li, Lee, Lin y Amidon, 2004; Rebollo et al., 2005), concluyendo que los cuidadores tienden a tener más afectada la salud mental que la salud física (Belasco y Sesso, 2002).

Los resultados también muestran que todas las dimensiones del SF-36 correlacionan de forma negativa y significativa con la escala de sobrecarga de Zarit, al igual que sucede en otros estudios (Martínez-Martin et al., 2007; Miura et al., 2005; Rivera-Navarro et al., 2009). En un trabajo reciente realizado por Andren y Elmstahl (2008) también correlacionaron ambas variables utilizando

instrumentos de medida diferentes a nuestro trabajo para medir la sobrecarga y la salud percibida. Para medir la sobrecarga utilizaron la escala Caregiver Burden Scale (Elmstahl, Malmberg y Annerstedt, 1996) y para medir la salud percibida utilizaron la escala Nottingham Health Profile (Hunt y Wiklund, 1987). A pesar de ello, la correlación también era significativa. Se puede concluir, por lo tanto, que un peor estado de salud percibido por la persona cuidadora se relaciona con una mayor sobrecarga percibida.

Además, el análisis de regresión lineal múltiple muestra que, tras controlar la edad de las personas cuidadoras, los componentes de salud físico y mental del SF-36 están relacionadas de forma significativa con la percepción de carga. Nuestros resultados coinciden con otros estudios en los cuales los análisis de regresión también mostraron que la salud percibida por las personas cuidadoras era un predictor importante de la sobrecarga (Andren y Elmstahl, 2008; Gutierrez-Maldonado et al., 2005). Estos últimos autores también destacan otras variables predictoras de la sobrecarga como el apoyo social, tanto familiar como el de los amigos, así como la situación económica, las cuales podrían ser estudiadas en futuras investigaciones. Los resultados de nuestro estudio muestran, además, que la salud mental es un predictor más fuerte que la salud física. Algunos estudios encontraron una asociación más débil entre la salud física y la sobrecarga de las personas cuidadoras (Martínez-Martin et al., 2007; Miura et al., 2005), otros estudios concluyen que tanto la salud física como la mental son un predictor muy importante de la sobrecarga (Ho, Chan, Lau y Woo, 2007; Vitaliano, Russo y Young, 1991).

Una de las limitaciones de nuestro trabajo está relacionada con la muestra. La situación que viven algunas personas cuidadoras (falta de tiempo, bajo nivel de formación, ausencia de apoyo en las tareas de cuidado) puede haber dificultado su participación en el estudio contribuyendo a sesgarla. Otro aspecto, también en este

sentido, es que todas las personas incluidas tienen una dependencia severa y grave, de manera que los datos no se pueden generalizar al total de personas cuidadoras.

Una de las ventajas de la muestra utilizada es su tamaño, ya que en la mayoría de los estudios el número de participantes es mucho menor que en este trabajo (Andrén y Elmstahl, 2008; Blanes et al., 2007; Miller, Bishop, Herman y Stein, 2007; Patti et al., 2007; Pozzilli et al., 2004; Rivera-Navarro et al., 2009; Seguí, Ortiz-Tallo y de Diego, 2008; Ünalán et al., 2001). Otra ventaja de nuestro estudio es el haber utilizado para medir la sobrecarga y la calidad de vida relacionada con la salud percibida instrumentos que han sido adecuados y que, por tanto, permiten establecer comparaciones con la población normal como son el SF-36 (Alonso, Prieto y Antó, 1995) y la escala de sobrecarga Zarit (Martin et al., 1996).

Hay que decir que, a pesar de que los resultados desvelan una mayor relación entre la sobrecarga y la salud mental —frente a la salud física—, los resultados sobre esta última también son significativos y por ello se le debería prestar la suficiente atención. Quedan todavía muchos aspectos relacionados con la salud, la sobrecarga y otros aspectos de las personas cuidadoras sobre los que seguir investigando. Tal vez una de las más importantes fuera obtener perfiles que permitan —más allá del perfil general de persona cuidadora— individualizar las intervenciones y así aumentar su eficacia. En futuras investigaciones se tratará de analizar con mayor precisión la relación entre la carga y la salud desde esta atención a la singularidad de cada persona cuidadora.

Agradecimientos

Los autores agradecen su colaboración al Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia.

Referencias

- Alonso, J., Prieto, L., y Antó, M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., y De La Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 111, 410-416.
- Andren, S., y Elmstahl, S. (2008). Effective psychosocial intervention for family caregivers lengthens time elapsed before nursing home placement of individuals with dementia: A five year follow-up study. *International Psychogeriatrics*, 20, 1177-1192.
- Belasco, A.G., y Sesso, R. (2002). Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 39, 805-812.
- Blanes, L., Carmagnani, M.I., y Ferreira, L.M. (2007). Health-related quality of life of primary caregivers of persons with paraplegia. *Spinal Cord*, 45, 399-403.
- Dwyer, J., Lee, G., y Jankowski, T. (1994). Reciprocity, elder satisfaction, and caregiver stress and burden: The exchange of aid in the family caregiving relationship. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 35-43.
- Elmstahl, S., Malmberg, B., y Annerstedt, L. (1996). Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 77, 177-182.
- García-Calvente, M.M., Mateo-Rodríguez, I., y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18 Supl (2), 83-92.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., y Kavanagh, D.J. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 899-904.
- Hunt, S., y Wiklund, I. (1987). Cross-cultural variation in the weighting of health statements: A comparison of English and Swedish valuation. *Health Policy*, 8, 227-235.
- IMSERSO (2005). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Li, T.C., Lee, Y.D., Lin, C.C., y Amidon, R.L. (2004). Quality of life of primary caregivers of elderly with cerebrovascular disease or diabetes hospitalized for acute care: Assessment of well-being and functioning using the SF-36 Health Questionnaire. *Quality of Life Research*, 13, 1081-1088.
- McHorney, C.A., Ware, J.E., Lu, R., y Sherbourne, C.D. (1994). The MOS 36-item short form health survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32, 40-66.
- McHorney, C.A., Ware, J.E., y Raczek, A.E. (1993). The MOS 36-item short form health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31, 247-263.
- Martin, M., Salvado, I., Nadal, S., Muji, L.C., Rico, J.M., Lanz, P., y Tausing M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.

- Martínez-Martín, P., Joao, M., Frades-Payo, B., Bayés, A., Fernández-García, J.M., Benito-León, J., y Catalan, M.J. (2007). Caregiver burden in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 22, 924-931.
- Medical Outcomes Trust (1996). Puntuación del cuestionario de salud SF-36. Versión española (España).
- Miller, I.W., Bishop, D.S., Herman, D.S., y Stein, M.D. (2007). Relationship quality among HIV patients and their caregivers. *AIDS Care*, 19, 203-211.
- Miura, H., Arai, Y., y Yamasaki, K. (2005). Feelings of burden and health-related quality of life among family caregivers looking after the impaired elderly. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 59, 551-555.
- Patti, F., Amato, M.P., Battaglia, M.A., Pitaro, M., Russo, P., Solaro, C., y Trojano, M. (2007). Caregiver quality of life in multiple sclerosis: A multicentre Italian Study. *Multiple Sclerosis*, 13, 412-419.
- Perlado, F. (1995). Apoyo a los cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista de Gerontología*. Monográfico, 47-53.
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.
- Pozzilli, C., Palmisano, L., Mainero, C., Tomassini, V., Marinelli, F., Ristori, G., y Battaglia, M.A. (2004). Relationship between emotional distress in caregivers and health status in persons with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 10, 442-446.
- Rebollo, P., Alonso, J., Ramon, I., Vilagut, G., Santed, R., Pujol, R., y Dying Elderly in Catalonia Study group (2005). Health-related quality of life during the bereavement period of caregivers of a deceased elderly person. *Quality of Life Research*, 14, 501-509.
- Rivera-Navarro, J., Benito-León, J., Oreja-Guevara, C., Pardo, J., Dib, W.B., Orts, E., y Belló, M. (2009). Burden and health-related quality of life of Spanish caregivers of persons with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 15, 1347-1355.
- Rogero-García, J. (2009). La distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 393-405.
- Seguí, J.D., Ortiz-Tallo, M., y de Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de Psicología*, 24, 100-105.
- Ünalán, H., Gençosmanoglu, B., Akgün, K., Karamehmetoglu, S., Tuna, H., Önes, K., y Tuzun, F. (2001). Quality of life of primary caregivers of spinal cord injury survivors living in the community: Controlled study with short form-36 questionnaire. *Spinal Cord*, 39, 318-322.
- Vitaliano, P., Russo, J., y Young, S. M. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology of Aging*, 6, 392-402.
- Vitaliano, P.P., Young, H.M., y Russo, J. (1991). Burden: A review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *Gerontologist*, 31, 67-75.
- Zarit, S.H., Reever, K.E., y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.
- Zarit, S.H., Todd, P., y Zarit, J. (1986). Subjective burden of husbands and wives caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist*, 26, 260-266.