

Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales¹

Validity of the Zarit Burden Interview in a sample of informal primary caregivers

*Virginia Janeth Alpuche Ramírez, Bertha Ramos del Río,
Mario Enrique Rojas Russell y Carlos Gonzalo Figueroa López²*

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue evaluar la validez de la versión española de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit. Participó una muestra de 141 cuidadores primarios informales que asistían junto con su paciente a instituciones de salud pública de la Ciudad de México, la mayoría de las cuales fueron mujeres. Se aplicaron la Encuesta de Salud para el Cuidador Primario Informal, la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit y el Cuestionario General de Salud-28. Se encontró gran correspondencia en cuanto a las características sociodemográficas de los cuidadores primarios informales de esta muestra con lo reportado en la literatura. La Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit manifestó una buena consistencia interna y validez concurrente, por lo que es un instrumento confiable para evaluar la carga en el cuidador de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

Palabras clave: Validación; Carga del cuidador; Cuidador primario informal; Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit.

ABSTRACT

The aim of this research was to determine the validity of a Spanish version of the Zarit Burden Interview. A sample of 141 informal primary caregivers that accompanied their patients to Mexican health public institutions, participated in this study. The majority in the sample were women. The Health Survey for the Informal Caregiver, the Zarit Caregiver's Burden Interview, and the General Health Questionnaire-28 were applied to the subjects. Their sociodemographic characteristics were found to be very similar to those reported in the literature. The ZCBI showed good internal consistency and construct validity. It is concluded that the ZCBI is a reliable questionnaire to evaluate the presence of burden in the informal primary caregiver of Mexican patients with chronic-degenerative diseases.

Key words: Validity; Caregiver's burden; Informal primary caregiver; Zarit Caregiver's Burden Interview.

¹ Proyecto financiado por DGAPA-UNAM, PAPIIT IN305406-2. Artículo recibido el 24 de noviembre de 2007 y aceptado el 27 de mayo de 2008.

² Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, Carrera de Psicología (Área Clínica), Programa de Psicología de la Salud, Av. Guelatao 66, Col. Ejército de Oriente, Del. Iztapalapa, 09230 México, D.F., México, tel. (55)56-23-06-53, correos electrónicos: psicsalud_feszaragoza_unam@yahoo.com.mx y yohualli13@yahoo.com.mx.

INTRODUCCIÓN

Con el progresivo envejecimiento de la población y una mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidades físicas o psíquicas, el crecimiento del número de personas dedicadas al cuidado de familiares enfermos o de personas que así lo requieren debido a su condición ha ido en aumento (Consejo Nacional de Población, 2006). Es por ello que el interés por la prestación de estos cuidados informales ha crecido durante las últimas décadas.

Actualmente existe consenso entre los investigadores de que cuidar a una persona enferma es una actividad estresante. Por lo general, los cuidadores primarios informales (CPI en lo sucesivo) llegan a tener complicaciones en su bienestar físico, psicológico y social (Montorio, Izal, López y Sánchez, 1998; Wu y Lo, 2007). La evidencia sugiere que los CPI reportan una pobre percepción de su salud y se ha demostrado que tienen una baja respuesta inmunológica (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983; cfr. Patterson y Grant, 2003; Shulz y Patterson, 2004). Específicamente, la carga y la tensión que sufren los CPI están asociadas a niveles altos de comorbilidad, siendo los más frecuentes la diabetes mellitus, el dolor crónico, los trastornos de tipo cardiovascular y los reumáticos (Bridges-Webb, Giles, Speechly, Zurynsky y Hiranmanek, 2007; Butman, Sarasola, Lon y cols., 2003; Cooper, Robertson y Livingstone, 2003; Hébert, Lévesque, Vecina y cols., 2003; Hoskins, Coleman y McNeely, 2005).

La percepción de carga del CPI afecta de manera significativa la prestación de servicios de larga estancia, así como la calidad de vida de los cuidadores (cfr. Montorio y cols., 1998). El concepto de carga se remonta a los años sesenta, cuando Grad y Sainsbury (1963) se interesaron en conocer cómo afectaba a la familia y a la vida doméstica la convivencia con pacientes psiquiátricos. Posteriormente, el impacto de esta forma de asistencia implicó la necesidad de evaluar sus efectos, y a su vez puso de manifiesto las dificultades conceptuales en torno al término "carga", las que fueron el origen de la primera distinción entre "carga objetiva" y "carga subjetiva" (Montorio y cols., 1998).

La carga objetiva tiene que ver con la dedicación al desempeño del rol de cuidador y se relaciona fundamentalmente con variables del paciente y con las características que determinan la demanda de cuidados; el tiempo de dedicación, la carga física, las actividades objetivas que desempeña el cuidador y la exposición a situaciones estresantes en relación con los cuidados, son ejemplos de indicadores de carga objetiva utilizados frecuentemente. A su vez, la carga subjetiva se ha definido como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, y se relaciona con la forma en que se percibe la situación, tanto con las dificultades como con las recompensas (Montorio y cols., 1998; García, Mateo y Maroto, 2004).

A pesar de la ambigüedad del concepto, la carga es comúnmente planteada dentro del contexto del modelo cognitivo-conductual del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) (cfr. Losada y Montorio, 2005; Losada, Montorio, Izal y Márquez, 2006). De este modo, la carga es vista como la evaluación o percepción que el cuidador tiene de las demandas del medio relacionadas con su rol como cuidador, y los recursos con los que cuenta para satisfacer dichas demandas (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980). Siguiendo este enfoque, Zarit diseñó la Entrevista de Carga del Cuidador (ECCZ), uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la carga subjetiva del cuidador. Se ha comprobado que los cuidadores con mayor nivel de carga, medida mediante este instrumento, muestran peor autopercepción de salud y mayor probabilidad de tener trastornos emocionales (García y cols., 2004).

Distintos estudios muestran la utilidad del instrumento, los que coinciden en que la carga subjetiva es un buen indicador de los efectos en el cuidado. Se ha reportado que la puntuación de carga obtenida en la ECCZ es un mejor predictor de institucionalización que el estado mental o los problemas de conducta del receptor de cuidados (Barro, Garrido, Díaz, Casquero y Riera, 2004; Mittelman, Roth, Haley y Zarit, 2004; Montorio y cols., 1998).

El instrumento original de Zarit y cols. (1980) consistía en un cuestionario de 29 ítems. Evaluaba los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona mayor y receptor del

cuidado. El instrumento se aplicó a 29 cuidadores primarios de personas adultas con demencia senil. Las respuestas a los reactivos se sumaban para obtener un índice único de la carga. Distintos trabajos que han utilizado este instrumento informan de una buena consistencia interna, que oscila entre .83 y .91 en el alfa de Cronbach (Bédard, Molloy, Squire y cols., 2001; Montorio y cols., 1998; Zarit y cols., 1980). En una revisión del instrumento, Zarit, Orr y Zarit (1985) redujeron el número de reactivos a 22, los que han mostrado una consistencia interna con valores alfa de Cronbach de entre .79 y .92 (cfr. Montorio y cols., 1998). Respecto de la validez de constructo, existen datos en relación a tres dimensiones, que regularmente se refieren al impacto que tiene el cuidar de alguien, los recursos de afrontamiento para cuidar y la relación interpersonal cuidador-paciente. Las puntuaciones de carga correlacionan significativa y positivamente con la calidad de la relación entre el cuidador y el receptor de cuidados, los síntomas psiquiátricos, el estado de ánimo y la salud física (Montorio y cols., 1998).

Montorio y cols. (1998) validaron la ECCZ de 22 reactivos. Utilizaron una muestra de 62 cuidadores primarios de personas mayores dependientes, residentes en Madrid. Evaluaron, además de la carga del cuidador, diferentes aspectos relacionados con los estresores del cuidado, así como los efectos del cuidado sobre el cuidador. Sus resultados mostraron la presencia de tres dimensiones subyacentes a la carga del cuidador: impacto del cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia. En conjunto, los tres factores explicaron el 55% de la varianza, siendo el factor "impacto" el que explicó el mayor porcentaje (33.2%). En cuanto al análisis de las propiedades psicométricas, tanto la carga global como las tres subdimensiones derivadas a partir del análisis factorial tuvieron una aceptable consistencia interna, que osciló entre .69 y .90 en el índice alfa de Cronbach.

El interés por validar la versión de Montorio y cols. (1998) de la ECCZ nace de la necesidad de contar con instrumentos psicológicos con cualidades psicométricas adecuadas a nuestra población y que permitan identificar factores psicosociales relacionados con la salud o la enfermedad de los cuidadores primarios informales que cuidan o asisten las necesidades de sus pacientes. De esta

manera, el propósito del trabajo fue evaluar la validez de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit, en la versión española de Montorio y cols. (1998), aplicada a CPI que cuidan, sin remuneración económica alguna, a pacientes cuya enfermedad les impide ser independientes y autosuficientes en el cuidado de su enfermedad.

MÉTODO

Participantes

Participó en el estudio una muestra intencional de 141 CPI que asistían junto con sus pacientes a instituciones de salud pública de la Ciudad de México. La muestra se compuso de 113 mujeres y 28 hombres, con una edad promedio de 48.8 (D.E. = 14.19), en su mayoría con educación primaria (29.8%), casadas (73%) y que se dedicaban principalmente al hogar (49.6%). Las personas que asumían el rol de cuidadores fueron principalmente los hijos (39%), el cónyuge (28.4%) o los padres (14.9%). Las enfermedades crónico-degenerativas por las cuales los receptores de cuidado o pacientes recibían ayuda fueron principalmente del sistema respiratorio (46.1%) o cardiocirculatorio (21.3%), o alguna otra enfermedad crónico-degenerativa (31.2%). El CPI compartía el domicilio con su paciente (78%) y no recibía remuneración económica por su labor (93.6%); además, dedicaba al cuidado de aquél entre 12 y 24 horas diarias (37.6%), aun cuando podía combinar su actividad como cuidador con sus tareas domésticas (20.6%).

Escenarios

Los instrumentos se aplicaron en las instalaciones de la Unidad 503 de Cardiología del Hospital General de México, Clínica de EPOC del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Centro Médico Siglo XXI (Unidad de Pediatría), Programa de Atención Domiciliaría de las Unidades de Medicina Familiar 21 y 73 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Esclerosis Múltiple Asociación Civil (EMAC) y Clínica de la Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza (Universidad Nacional Autónoma de México), Programa "Cuidado del Adulto Mayor".

Instrumentos

Los instrumentos aplicados a los CPI fueron los siguientes:

Encuesta de Salud para el Cuidador Primario Informal (ES-CPI). Esta encuesta fue diseñada por Ramos, Barcelata, Alpuche, Islas y Salgado (2006). Permite obtener la información necesaria para describir las características sociodemográficas del CPI. Incluye 73 ítems, los cuales están organizados en cinco apartados: 1) Características sociodemográficas del cuidador, 2) Cuidado del paciente, 3) Apoyo social percibido, 4) Prácticas preventivas de salud y 5) Percepción de salud.

Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ). Se utilizó la versión española de Montorio y cols. (1998). Consta de 22 ítems que miden la carga percibida por el cuidador a través una escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). El entrevistado debe señalar la frecuencia con la que se siente identificado con las afirmaciones. Sumando los 22 reactivos, se obtiene un índice único de la carga con un rango de puntuación de 0-88.

Cuestionario de Percepción de Estrés (CPE). Se utilizó el Cuestionario de Percepción de Estrés de Cohen y cols. (1983) en una adaptación a población mexicana, no clínica, de Rojas (2001) quien obtuvo un alfa de Cronbach de .83. El instrumento evalúa el nivel de control de estrés percibido por el sujeto, y fue utilizado en este estudio para obtener la validez de constructo. Consta de diez ítems que se califican en una escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre); la sumatoria de los ítems tiene un rango de 0 a 40.

Cuestionario General de Salud (GHQ-28). Se aplicó el Cuestionario General de Salud de Goldberg (Goldeberg, 1972) en su versión validada en población mexicana, no clínica, por Romero y Medina-Mora (1987). El GHQ se utilizó en este estudio como variable criterio para obtener la validez concurrente de la ECCZ. El instrumento consta de cuatro subescalas (ideación suicida, depresión leve, síntomas somáticos y ansiedad). Consta de 28 ítems con una escala de respuesta tipo Likert que va de 1 (no, en absoluto) a 4 (mucho más que lo habitual).

Procedimiento

Se aplicaron los instrumentos a lo largo de seis meses. A los cuidadores se les explicaba el objetivo del estudio y se les solicitaba que firmaran una hoja de consentimiento informado. La aplicación fue personal. Cada aplicación fue realizada en una sesión de aproximadamente 20 minutos mientras el paciente pasaba a consulta, o previamente a una charla para cuidadores.

RESULTADOS

Para el análisis de los datos se usó el paquete estadístico SPSS, versión 12.0, para Windows. Inicialmente, se hizo un análisis descriptivo de las variables de estudio, y después un análisis exploratorio para identificar la distribución de los datos y sus rangos percentilares (Tabla 1). La prueba de normalidad (Kolmogorov-Smirnov) para cada instrumento mostró que los datos del GHQ y el CPE no se distribuyeron normalmente.

Tabla 1. Percentiles seleccionados para la ECCZ, GHQ y CPE.

Percentiles	ECCZ	GHQ-28	CPE
	E L	E L	E L
10	9	37.2	6.20
25	16	44	11
50	27	50	18
75	40	57.5	22
90	49	69	25

E L = Escala de respuesta tipo Likert.

En la Tabla 1 se observa que los percentiles de la ECCZ muestran valores relativamente bajos para las puntuaciones de la carga, en comparación con un estudio sobre cuidadores de enfermos con Alz-

heimer reportado por Martín, Salvadó, Nadal y cols. (1996). También se obtuvieron los puntos de corte para el GHQ y el CPE; para este último, se toma en cuenta que a menor percepción de estrés (califica-

ciones bajas en la escala de respuesta), mayor es la percepción de control. En la Tabla 2 se muestran los porcentajes de respuesta que se obtuvie-

ron en cada una de las preguntas que componen el ECCZ; se puede observar que la muestra tendía a responder con el valor más bajo: “nunca”.

Tabla 2. Frecuencia de respuestas por ítem de la Entrevista de Carga del Cuidador (N = 141).

ÍTEM	Porcentaje por respuesta				
	0	1	2	3	4
1. ¿Cree que su paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?	39.7	15.6	29.1	9.9	5.7
2. ¿Cree que por el tiempo que dedica a su paciente no tiene suficiente tiempo para Ud.?	32.0	10.6	37.6	15.6	3.5
3. ¿Se siente agobiado por cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades con su familia o trabajo?	37.6	12.1	22.7	19.1	8.5
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su paciente?	76.6	9.9	11.3	1.4	0.7
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su paciente?	62.4	16.3	19.1	1.4	0.7
6. ¿Piensa que su paciente afecta negativamente su relación con otros miembros de su familia? (pareja, hijos...)	62.4	12.8	17.7	3.5	3.5
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su paciente?	24.1	7.1	31.9	15.6	21.3
8. ¿Cree que su paciente depende de Ud.?	15.6	8.5	19.9	19.1	36.9
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente?	49.6	16.3	26.2	4.3	3.5
10. Cree que la salud de Ud. se ha deteriorado por cuidar a su paciente?	55.3	12.1	23.4	7.8	1.4
11. ¿Cree que su intimidad se ha visto afectada por cuidar de su paciente?	56.7	9.2	20.6	7.1	6.4
12. ¿Cree que su vida social se ha deteriorado por cuidar a su familiar?	53.2	11.3	25.5	6.4	3.5
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades al cuidar de su paciente?	68.1	17.0	12.8	1.4	0.7
14. ¿Cree que su paciente espera que Ud. sea la única persona que le cuide, como si nadie más pudiera hacerlo?	31.2	9.9	19.9	9.9	29.1
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su paciente y además cubrir otros gastos?	17.7	11.3	24.1	17.0	29.8
16. ¿Cree que no será capaz de cuidar de su paciente por mucho más tiempo?	44.0	22.7	22.7	7.8	2.8
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida personal desde que inició la enfermedad y el cuidado de su paciente?	53.2	14.2	24.1	2.8	5.7
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su paciente a otra persona?	50.4	14.9	25.5	6.4	2.8
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente?	61.0	15.6	17.7	3.5	2.1
20. ¿Cree que debería hacer más por su paciente?	21.3	6.4	37.6	18.4	16.3
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su paciente?	17.0	7.1	41.1	14.9	19.9
22. En resumen, ¿se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su paciente?	33.3	12.8	31.2	10.6	12.1

0 = Nunca; 1 = Casi nunca; 2 = Algunas veces; 3 = Frecuentemente; 4 = Siempre.

Se hizo un análisis factorial para la ECCZ utilizando el método de componentes principales con rotación varimax. La medida de adecuación muestral KMO (.865) fue significativa. El ítem 14 no alcanzó valor interpretativo ni se comportó satisfactoriamente en esta muestra, por lo que se retiró del análisis de consistencia interna del factor 1

(Impacto del cuidador). En este estudio, los tres factores explican en total 50.39% de la varianza, mientras que el factor 1 es el que explica el mayor porcentaje (24.49%) de varianza. En la Tabla 3 se muestra la fiabilidad de cada subdimensión; así, el factor Impacto del cuidado obtuvo el alfa más alto y el factor Autoeficacia el más bajo.

Tabla 3. Estructura factorial, varianza porcentual y confiabilidad de cada subescala de la ECCZ.

FACTOR	ÍTEMS	% de varianza	% de varianza acumulada	Alfa de Cronbach
1. Impacto del cuidado	2, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 22	24.5	24.5	.88
2. Relación interpersonal	1, 4, 5, 6, 9, 13	16.3	40.8	.77
3. Expectativas de autoeficacia	15, 20, 21	9.5	50.4	.64

Aun cuando la estructura factorial varía con lo que reportan Montorio y cols. (1998), se ha mantenido el concepto que engloba cada factor. De tal forma, el factor 1, Impacto del cuidado sobre el cuidador, se refiere principalmente a las valoraciones que hace el cuidador respecto de la prestación de cuidados, como falta de tiempo libre, deterioro de su salud, falta de intimidad, sensación de pérdida de control de su vida, deterioro de su vida social, etcétera. El factor 2, Relación interpersonal cuidador-paciente, está representado por aquellos elementos referidos a la relación que el cuidador mantiene con su familiar o paciente, como

sentimientos de vergüenza, enfado o tensión. El factor 3, Expectativas de autoeficacia, refleja creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar, el deber de hacerlo, el si podría hacerlo mejor, la falta de recursos económicos y la creencia de que solo él puede hacerlo (Montorio y cols., 1998).

Se obtuvo una buena confiabilidad (.90) para los 21 reactivos de la ECCZ (excluyendo el ítem 14). También se calculó el índice alfa de Cronbach para el CPE y el GHQ, así como para cada una de sus subdimensiones (Tabla 4).

Tabla 4. Propiedades psicométricas del ECCZ, CPE y GHQ-28, con sus respectivas subdimensiones.

VARIABLE	No. Ítems	Alfa	Media (D.E.)	Min.-Max.	Kolmogorov-Smirnov (p)
ECCZ*	21	.90	28.6 (15.9)	1-78	.067
CPE	10	.85	16.89 (7.20)	0-37	.007
GHQ	28	.86	8.50 (5.31)	0-24	.000
Ideación suicida	7	.85	0.58 (1.39)	0-7	.000
Depresión leve	7	.77	4.18 (2.13)	0-7	.000
Síntomas somáticos	7	.87	2.25 (2.40)	0-7	.000
Ansiedad	7	.69	1.43 (1.64)	0-7	.000

* El ítem 14 se eliminó para los análisis de consistencia interna y normalidad.

Para respaldar la validez de constructo, se hizo una correlación de Spearman entre el CPE y la carga, obteniéndose $r_s = .679$ ($p < .01$). En cuanto a la validez concurrente, se hizo la misma operación

entre el GHQ y sus subdimensiones (ideación suicida, depresión leve, síntomas somáticos y ansiedad) con la carga, de la que se obtuvo $r_s = .704$ ($p < .01$) (Tabla 5).

Tabla 5. Matriz de correlaciones entre la percepción de carga y sus subdimensiones con la percepción de estrés, la percepción de salud y sus subescalas.

Variable	Percepción de carga (ECCZ)	Impacto	Relación interpersonal	Autoeficacia
Percepción de estrés (CPE)	.68**	.62**	.60**	.45**
Percepción de salud (GHQ)	.63**	.62**	.41**	.40**
Ideación suicida	.34**	.30**	.30**	.28**
Depresión leve	.28**	.28**	.24**	.07
Síntomas somáticos	.62**	.65**	.38**	.34
Ansiedad	.51**	.50**	.36**	.36**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

DISCUSIÓN

Al describir las características demográficas y psicosociales de los CPI que componen esta muestra, es posible percatarse que existe una gran correspondencia con lo reportado en la literatura; sin embargo, las diferencias en la edad y en la enferme-

dad crónica del paciente al que cuidan influyen en buena medida en el comportamiento del instrumento. Los pacientes con enfermedades del sistema respiratorio (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y del sistema circulatorio (cardiopatías, hipertensión, etc.) manifiestan eventos agudos, por lo que el cuidador tiene que

estar dedicado al paciente por completo; pero la mayor parte del tiempo los pacientes no son totalmente dependientes y sólo requieren de la compañía y vigilancia eventual de su cuidador, a diferencia de un paciente con Alzheimer, que depende totalmente de su cuidador para sus actividades instrumentales y de la vida diaria. Estas diferencias en la edad y el tipo de enfermedad crónica del paciente pueden ser los factores que expliquen las bajas puntuaciones totales de la carga, comparadas con las que reportan Martín y cols. (1996), Bañobre, Vázquez, Outeiriño y cols. (2005) y Eunhyung y Robinson (2005). Otro factor que pudo influir en el tipo de respuesta, y que se refleja en una seria tendencia a contestar con el valor más bajo (nunca), es la deseabilidad social, ya que preguntas como “¿Se siente avergonzado por la conducta de su paciente?”, “¿Se siente enfadado cuando está cerca de su paciente?”, “¿Piensa que su paciente afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?”, “¿Cree que la salud de Ud. se ha deteriorado por cuidar a su paciente?” y “¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente?” pueden comprometer emocionalmente la respuesta del cuidador y, por lo tanto, hacer que dé una respuesta socialmente deseable.

Al hacer el análisis factorial, se puede apreciar que los factores identificados explicaron 50.4% de la varianza del instrumento. Al igual que lo reportado por Montorio y cols. (1998), la dimensión Impacto es la que mejor explica el modelo. Por otro lado, la dimensión Relación interpersonal que se obtuvo en esta muestra tiene mayor variabilidad, lo que indica que el tipo de relación que mantenga el cuidador con su paciente tiene mayor peso para explicar la carga que en la población española. La dimensión Autoeficacia sigue siendo la que peor explica la variabilidad, con tan solo 9.5% de la varianza; ello puede deberse principalmente al constructo del factor. Al hacer el análisis de consistencia interna, se retiró el ítem 14, obteniéndose una alfa de Cronbach de .90. La fiabilidad de cada dimensión subyacente a la carga osciló entre .88 y .64, siendo la más baja la de Autoeficacia, influida por el número de ítems que la componen. Las confiabilidades del CPE y del GHQ fueron aceptables.

Además del análisis factorial, se utilizó el CPE para respaldar la validez de constructo ya que tal

instrumento ha sido validado en población mexicana no clínica por Rojas (2001) y Zamora y Rojas (2006), y el constructo de percepción de estrés es muy similar al de percepción de carga. La asociación entre ambos fue positiva y significativa, lo que indica una adecuada validez de constructo. El GHQ ayudó a evaluar el estado de salud actual del individuo, y por eso se optó por correlacionarlo con la percepción de carga, obteniéndose una buena validez concurrente. Se observó que la carga se asocia con todas las subdimensiones del GHQ, siendo las de Síntomas somáticos y Ansiedad las que mantienen una mejor relación. En este caso, la carga puede ser un buen indicador de que hay problemas en la salud del cuidador, puesto que entre mayor es la carga, mayor será la presencia de síntomas somáticos, tales como dolores de cabeza, palpitaciones, dificultades para dormir o tensión muscular, entre otros.

Con el fin de que el instrumento ayude a los investigadores a tomar decisiones exitosas y determinar un tratamiento psicológico adecuado para los cuidadores (considerándose dicho tratamiento en un sentido amplio), se recomienda hacer un análisis confirmatorio de la ECCZ, así como una versión corta de este instrumento, pues hay ítems dentro de la estructura factorial con cargas factoriales muy bajas, los que, de ser retiradas, podrían mejorar la confiabilidad de aquél.

En cuanto a las limitaciones del estudio, una de ellas fue la falta de instrumentos que evaluaran la capacidad funcional básica e instrumental del paciente, así como el deterioro cognitivo y la severidad de los problemas de conducta de la persona cuidada. Se sabe que estas variables intervienen en la determinación de la carga total del cuidador; es decir, la dependencia física y mental, propias de la enfermedad, desempeñan un papel importante en cuanto a qué tanta carga perciben los cuidadores (García y cols., 2004; Libro Blanco, 2004; Mittelman y cols., 2004; Schulz y Patterson, 2004; Wu y Lo, 2007). También se sugiere hacer estudios donde se comparen los resultados que se obtuvieron de la ECCZ con otros instrumentos que evalúen la carga subjetiva y objetiva del cuidador. Tal es el caso de la Escala de Carga (The Burden Scale) de Schott-Baer, Fisher y Gregory (1995), el Inventario de Carga del Cuidador (Caregiver Burden Inventory) de Novak y

Guest (1989) o el Índice de Esfuerzo del Cuidador (Caregiver Strain Index) de Robinson (1983), con el fin de averiguar si estos instrumentos son mejores o igualmente sensibles para detectar la carga del CPI y con un espectro más amplio (Burns, Lawlor y Craig, 1999).

Cabe aclarar que, si bien a lo largo del texto se ha citado al instrumento como “entrevista de carga”, sus características son propias de una escala de evaluación, pues permite un escalamiento acumulativo de sus ítems, dando puntuaciones globales al final de la evaluación que pretenden re-

velar diferentes niveles de carga. A futuro se debe referir el instrumento como una escala y no como una entrevista.

Los cuidadores primarios informales son un sector ignorado por los profesionales de la salud. Conocer instrumentos como la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit contribuye al entendimiento del porqué se necesitan espacios donde los cuidadores puedan recibir información, atención e incluso entrenamiento en habilidades para cuidar mejor, pero principalmente para cuidarse mejor.

REFERENCIAS

- Babarro, A.A., Garrido, B.A., Díaz, P.A., Casquero, R.R. y Riera, P.M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria*, 33(2), 61-68.
- Bañobre, G.A., Vázquez, R.J., Outeiriño, N.S., Rodríguez, G.M., González, P.M., Graña, Á.J. et al. (2005). Efectividad de la intervención educativa en cuidadores de pacientes dependientes en diálisis y valoración de la carga. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 8(2), 156-165.
- Bédard, M., Molloy, W., Squire, L., Doboys, S., Lever, A.J. y O'Donnell, M. (2001). The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *The Gerontologist*, 41(5), 652-656.
- Bridges-Webb, Ch., Giles, B., Speechly, C., Zurynsky, Y. y Hiranek, N. (2007). Patients with dementia and their carers. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1114, 130-136.
- Burns, A., Lawlor, B. y Craig, S. (1999). *Assessment scales in old age psychiatry*. London: Martin Dunitz.
- Butman, J., Sarasola, D., Lon, L., Serrano, C., Arizaga, R., Taragano, F.E. et al. (2003). Impacto económico de la enfermedad de Alzheimer: resultados preliminares en Buenos Aires. *Revista Neurológica Argentina*, 28(1), 16-23
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Consejo Nacional de Población (2006). *Proyecciones de la población de México 2005-2050*. México: Autor. Disponible en línea: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/proy/Proy05-50.pdf>.
- Cooper, C., Robertson, M.M. y Livingston, G. (2003). Psychological morbidity and caregiver burden in patents of children with toilette's disorder and psychiatric comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1370-1375.
- Eunkyung, Y. y Robinson, M. (2005). Psychometric properties of the Korean version of the Zarit Burden Interview (K-ZBI): preliminary analyses. *Society for Social Work and Research*. Disponible en línea: <http://sswr.confex.com/sswr/2005/techprogram/P263.HTM>.
- García C., M.M., Mateo R., I. y Maroto N., G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida en las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.2), 83-92.
- Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Grad, J. y Sainsbury, P. (1963). Mental illness and the family. *Lancet*, 1, 544-547.
- Hébert, R., Lévesque, L., Vézina, J., Lavoie, J.P., Ducharme, F., Gendron, C. et al. (2003). Efficacy of a psychoeducative group program for caregivers of demented persons living at home: A randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology, Series B*, 58(1), 858-867.
- Hoskins, S. Coleman, M. y McNeely, D. (2005). Stress in carers of individuals with dementia and community mental health teams: An uncontrolled evaluation study. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 325-333.
- Lazaruz, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Libro Blanco (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid. Disponible en línea: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/libro-blanco-dependencia.html> (Última actualización, 21 de abril de 2006).
- Losada B., A. y Montorio C., I. (2005). Pasado, presente y futuro de las intervenciones psicoeducativas para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 40(Supl. 3), 30-39.

- Losada B., A., Montorio, C.I., Izal F.T., M. y Márquez, G.M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia: El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: IMSERSO (Col. Estudios, Serie Dependencia).
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M. y Taussing, 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.
- Mittelman, M.S., Roth, D.L., Haley, W.E. y Zarit, S.H. (2004). Effects of a caregiver intervention on negative caregiver appraisals of behavior problems in patients with Alzheimer's disease: results of a randomized trial. *The Journals of Gerontology*, 59B(1), 27-34.
- Montorio C., I., Izal F.T., M., López L., A. y Sánchez C., M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248.
- Novak, M. y Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist*, 29(6), 798-803.
- Patterson, T.L. y Grant, I. (2003). Interventions for caregiving in dementia: physical outcomes. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 629-633.
- Ramos del R., B., Barcelata, J., Alpuche R., V.J., Islas S., N.L. y Salgado G., A. (2006). *Evaluación diagnóstica del síndrome de burnout y entrenamiento para el manejo del estrés en cuidadores primarios informales de enfermos crónico degenerativos*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Rojas, M.E. (2001, junio). *Inventario para medir el estrés basado en la percepción de control*. Memorias del I Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud. Veracruz, Ver., México.
- Romero M., M. y Medina-Mora, M.E. (1987). Validez de una versión del Cuestionario General de Salud para detectar psicopatología en estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 10(3), 90-97.
- Schott-Baer, D., Fisher, L. y Gregory, A. (1995). Dependent care, caregiver burden, hardiness, and self-care agency of caregivers. *Cancer Nursing*, 18, 299-305.
- Schulz, R. y Patterson, T.I. (2004). Caregiving in geriatric psychiatry. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 234-237.
- Wu, T. y Lo, K. (2007). Healthy aging for caregivers: What are their needs? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1114, 326-336.
- Zamora, M. y Rojas, M. (2006, octubre). *Migración y estrés como predictores del fracaso escolar en estudiantes de bachillerato*. Memorias del III Congreso Internacional de Psicología Social y II Congreso de Identidad y Exclusión Social. Puebla, México.
- Zarit, S., Orr, N. y Zarit, J. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. New York: New York University Press.
- Zarit, H.S., Reever, E.K. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.