

Indicadores psicométricos de la *Zarit Burden Interview* aplican en ancianos cuidadores de otros ancianos¹

Mariana Bianchi²

Leticia Decimo Flesch³

Erika Valeska da Costa Alves²

Samila Sathler Taveres Batistoni⁴

Anita Liberalesso Neri⁵

Objetivo: obtener indicadores psicométricos de validez de constructo y consistencia interna de la escala de sobrecarga de cuidadores *Zarit Burden Interview* y describir asociaciones de ésta con medidas referentes a demandas de cuidado, estrategias de enfrentamiento y depresión, en cuidadores ancianos. Método: estudio descriptivo, transversal y correlacional. Ciento veinte y un cuidadores ancianos ($P = 70,5 \pm 7,2$ años, 73% femenino) compusieron una muestra de conveniencia, los que respondieron a protocolos de investigación, para levantamiento de demandas de cuidado de naturaleza física y cognitiva, a través de: la *Zarit Burden Interview* (ZBI), el Inventario de Estrategias de Enfrentamiento de California y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15). Resultados: la ZBI reveló buenos índices de consistencia interna para los tres factores resultantes del análisis factorial que explicaron 44% de la variabilidad. La ZBI se correlacionó positivamente con demandas de cuidado específicas ($p < 0,001$): depresión ($p = 0,006$) y uso de estrategias de enfrentamiento disfuncionales ($p = 0,0007$). Conclusión: la ZBI se revela interesante para explicar los cuidadores ancianos y las asociaciones entre altos grados de sobrecarga, enfrentamiento disfuncional y depresión; los resultados apuntan un escenario peculiar de vulnerabilidad a la que éste anciano, que cuida de otro anciano, puede estar expuesto.

Descriptores: Cuidadores; Anciano; Estrés Psicológico; Depresión; Geriátrica.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Indicadores de sobrecarga, estrategias de enfrentamiento e síntomas depresivos em idosos que cuidam de outros idosos", presentada en la Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

² Estudiante de doctorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Estudiante de doctorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil. Profesor Asistente, Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza, Ceará, Brasil.

⁴ Profesor Asistente, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁵ Profesor Titular, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Cómo citar este artículo

Bianchi M, Flesch LD, Alves EVC, Batistoni SST, Neri AL. Zarit Burden Interview Psychometric Indicators Applied in Older People Caregivers of Other Elderly. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2835. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1379.2835>.

URL

mes día año

Introducción

La percepción de sobrecarga relatada por los cuidadores de ancianos es tomada en la literatura gerontológica como una variable importante en la comprensión de los resultados de la salud del cuidador y de la calidad del cuidado prestado por éste⁽¹⁾. La sobrecarga percibida es un indicador psicológico que designa las actitudes y respuestas emocionales del cuidador a las exigencias del cuidar; es considerado un concepto multidimensional y multifacético⁽²⁾, que considera evaluaciones cognitivas negativas referentes al contexto y la prestación de cuidados y a las alteraciones en el estado de bienestar y del *self*⁽³⁾.

Por ser esencialmente fruto de evaluación subjetiva, la percepción de sobrecarga es afectada por un conjunto de otras condiciones y evaluaciones, como el número de demandas de cuidado, las alteraciones en rutinas y papeles, y las expectativas de resultados. En especial, las evaluaciones de los recursos disponibles para ejercer el cuidado y las estrategias de enfrentamiento utilizadas, por los cuidadores, pueden influenciar el entendimiento de la competencia del cuidador frente a sus demandas de actividades, minimizando o ampliando el entendimiento de sobrecarga⁽⁴⁾.

Cuidar de ancianos y asumir el papel de cuidador expone a las personas, de cualquier edad, a la posibilidad de percibirse sobrecargadas. Entre tanto, asumir ese papel siendo también anciano, puede configurar un escenario peculiar de demandas, una vez que las variables relativas al envejecimiento personal pueden interactuar con el estrés proveniente de la situación de cuidar. El cuidador anciano y sus peculiaridades como las percepciones de sobrecarga, de recursos de enfrentamiento y de la descripción de sus niveles de bienestar, son todavía temas poco explorados en la literatura de investigación, en las cuales faltan evidencias que orienten la atención del cuidado a esos ancianos. Por consecuencia, no existen medidas de autorrelato desarrolladas especialmente para ese grupo etario de cuidadores.

Por la razón expuesta, el presente estudio buscó alcanzar dos objetivos principales. El primero de ellos se refiere a identificar indicadores de validez de constructo y de consistencia interna de uno de los instrumentos más utilizados en Brasil para medir la sobrecarga en cuidadores de ancianos, que es la *Zarit Burden Interview* (ZBI)⁽⁵⁻⁶⁾. También, es importante reconocer por medio del examen psicométrico, si existen posibles peculiaridades en el constructo de sobrecarga cuando relatados por cuidadores ancianos, que prestan cuidados a ancianos con diferentes demandas, no apenas en el contexto de la enfermedad de Alzheimer en la cual

su utilización es más común. Un segundo objetivo del estudio fue describir una muestra de ancianos cuidadores e identificar asociaciones entre sus características sociodemográficas, demandas de cuidado, sobrecarga, estrategias de enfrentamiento y depresión, objetivando la ampliación de evidencias y contribuciones para la temática, en Brasil.

Método

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y correlacional, realizado a partir de datos parciales del estudio denominado "Bienestar psicológico de ancianos que cuidan de otros ancianos en el contexto de la familia"; este fue realizado por un grupo de investigadores del Programa de Postgraduación en Gerontología de la Unicamp. Se investigó una muestra de 121 cuidadores reclutados a partir de indicaciones de profesionales vinculados a servicios públicos y privados destinados a ancianos, la que fue realizada en cuatro municipios de Sao Paulo. Fueron incluidos cuidadores con 60 años o más, que ejercían el cuidado informal de un familiar anciano enfermo, en el contexto domiciliario y con algún grado de dependencia, desde hace seis meses o más; los incluidos concordaron en participar de la investigación. Fueron excluidos los cuidadores con sospecha de disminución cognitiva, según normas establecidas por el instrumento de rastreo cognitivo CASI-S para uso en Brasil (*Cognitive Abilities Screening Instrument – Short Form*)⁽⁷⁾. La recolección de datos fue realizada en el período de octubre de 2014 a julio de 2015, después de la aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estatal de Campinas (CAAE: 35868514.8.0000.5404). Después que el cuidador firmó el Término de Consentimiento Libre e Informado, las entrevistas fueron realizadas, por investigadores entrenados, en los propios servicios de salud o en el domicilio del cuidador según la preferencia del entrevistado, las tuvieron una duración promedio de 60 minutos. Al final de la entrevista, fue ofrecido al cuidador un manual informativo sobre estrategias de comunicación con personas ancianas, elaborado por los investigadores, en agradecimiento a su participación.

Para el presente estudio, se utilizó, el protocolo de investigación del estudio mayor; las siguientes variables e instrumentos fueron consideradas:

a) Datos sociodemográficos y relativos al papel del cuidador para caracterización de la muestra en términos de: sexo, edad, escolaridad, renta, residencia conjunta, vínculo familiar con el anciano objeto de cuidados, tiempo en que ejerce el cuidado y si es el cuidador principal del anciano.

b) Demandas de cuidado para el levantamiento de la intensidad de la ayuda en actividades de la vida cotidiana y de demandas de naturaleza cognitiva: b.1) Intensidad de la ayuda: identificada a partir de una adaptación de los Inventarios de Actividades de la vida Diaria⁽⁸⁾, como bañarse, vestirse, usar el inodoro, transferencia, control del esfínter y alimentación; y Actividades Instrumentales de la vida diaria⁽⁹⁾, como uso del teléfono, transporte, hacer compras, preparación de alimentos, tareas domésticas, uso de medicación y administración del dinero. Después del llenado de cada ítem de los ya referidos, se añadió la pregunta “¿Usted es la principal fuente de ayuda en esa tarea?” a la cual se atribuye un punto a cada respuesta afirmativa. Así, la intensidad de ayuda podría variar de 0 a 13 puntos, dependiendo de cuanta ayuda es utilizada por el cuidador. b.2) Demandas cognitivas identificadas a partir de la aplicación de la *Clinical Dementia Rating* (CDR)⁽¹⁰⁾. Instrumento originalmente utilizado para el rastreo y clasificación de cuadros demenciales, fue utilizado en este estudio para evaluación del cuidador a respecto de la funcionalidad cognitiva del anciano dependiente, en los dominios: memoria; orientación; juzgamiento y solución de problemas; relaciones comunitarias; hogar y pasatiempos; y, cuidados personales, generando la siguiente interpretación de su puntuación: 0 = normal, 0,5 = cuestionable, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave.

c) Sobrecarga Percibida identificada por medio de la *Zarit Burden Interview* (ZBI), escala compuesta por 22 ítems con cinco puntos cada uno (0 = nunca a 4 = siempre), variando de 0 a 88; la puntuación refleja el nivel de sobrecarga del cuidador, cuanto mayor es el puntaje, mayor será la sobrecarga percibida. La ZBI fue validada para Brasil – con muestra de cuidadores de ancianos con cuadros psiquiátricos – por Scazufca y colaboradores⁽⁶⁾ y será utilizada en el presente estudio de investigación de indicadores psicométricos, cuando aplicada a ancianos que cuidan de otros ancianos con dependencias de diversas naturalezas.

d) Inventario de Estrategias de Enfrentamiento⁽¹¹⁾: elaborado específicamente para ancianos con la finalidad de investigar las formas de reacción en situaciones que ejercen demanda especial sobre los recursos adaptativos y que requieren la adopción de estrategias que permitan hacer frente a las exigencias internas y externas, que caracterizan esas situaciones y así ajustarse a ellas. Este instrumento fue validado en Brasil⁽¹²⁾ y está compuesto por 19 ítems de cuatro puntos cada uno (nunca = 0, de vez en cuando = 1, casi siempre = 2 y siempre = 3). La puntuación es realizada a partir de los promedios ponderados de los factores o dominios que la componen. Para el

presente estudio serán calculados los promedios en los dominios identificados por el estudio metodológico⁽¹³⁾, que son los siguientes: 1) Estrategias disfuncionales que se refieren a estrategias de evitación o de excesos comportamentales que no traen beneficios para el enfrentamiento de la situación de cuidado (por ejemplo: “usar remedios para controlar la ansiedad”, “beber y comer en exceso”, “demonstrar hostilidad”); 2) Estrategias de control secundario selectivo con estrategias que no actúan directamente sobre el factor de estrés (en este caso, el cuidado), pero accionan recursos de naturaleza social o personal que motivan el enfrentamiento; 3) Estrategias de control secundario compensatorio con estrategias de percepción de control indirecto sobre la situación, accionando recursos provenientes de fuentes externas o espirituales (por ejemplo: “rezar”, “confiar en Dios”, o “tratar de olvidar el problema”.

e) Escala de Depresión Geriátrica: La Geriatric Depression Scale (GDS-15) es una escala dicotómica para identificación de la presencia o ausencia de síntomas referentes a cambios en el humor y en sentimientos específicos como desamparo, inutilidad, desinterés, molestia y felicidad. En Brasil, el punto de corte mayor o igual a seis puntos es adoptado según el estudio de validación de la escala realizado por Almeida y Almeida⁽¹⁴⁾.

Para el análisis de los indicadores de validez del constructo y de consistencia interna de la ZBI se utilizó el análisis factorial exploratorio para analizar la formación de factores con el método de estimación de componentes principales. Para fijar el número de factores fue utilizado el test *screeplot*. A continuación, fue aplicada la rotación de los factores por el método ortogonal Varimax. Fueron considerados los ítems con carga superior a 0,30 en uno de los factores rotados para composición de los factores. Para analizar la consistencia interna de los factores obtenidos y la escala total fue utilizado el coeficiente alfa de Cronbach.

Para los demás análisis del estudio fueron utilizadas las pruebas Chi-cuadrado o Exacta de Fisher (para valores esperados menores que 5), el test de Mann-Whitney para comparación de las variables numéricas entre dos grupos y el test de Kruskal-Wallis para comparación de las variables numéricas entre tres o más grupos. El puntaje total y los factores de la ZBI, el Inventario de Enfrentamiento y la GDS-15 fueron sometidos a la correlación de Spearman para analizar posibles correlaciones entre estas variables y la ZBI. Los análisis fueron realizadas por medio del programa de estadística computacional *The SAS System for Windows (Statistical Analysis System)*, versión 9.2.

Resultados

La muestra de 121 cuidadores estuvo compuesta por: mujeres en su mayoría, (73%); edad promedio de 70,5 años (DE = 7,20), individuos casados (83%), renta familiar bruta, en promedio, de 4,3 salarios mínimos (DE = 3,79), y escolaridad de 5,8 años de estudio (DE = 4,32). En relación al grado de parentesco con el anciano objeto de cuidados, el 62% era de cónyuges, seguido por cuidadores con otros vínculos, como progenitores, suegros, hermanos, tíos e hijos. La mayor parte de los cuidadores (84%) residía con el sujeto al que se prestaba cuidados. El tiempo promedio que ejercían el papel de cuidador fue de 5,34 años (DE = 6,27), variando de seis meses a 40 años de prestación de cuidados. No hubo diferencias en cuanto al sexo de los participantes en lo que se refirió a las demás variables sociodemográficas y relativas al cuidado.

En lo que se refiere al alcance del primer objetivo del estudio, los ítems de la ZBI revelaron, a partir de la medida MSA de Kaiser ($>0,60$), consistencia para ser utilizados en el análisis factorial exploratorio. Por el

criterio de selección de factores con auto valor mayor que 1, fueron obtenidos 8 factores, que explicaron 71,5% de la variabilidad de los datos. A través del test *screeplot*, se optó por fijar la extracción de 3 factores, que explicaron 44,0% de la variabilidad total, una vez que a partir de ese factor la curva se estabilizó, sin mayores aumentos del porcentaje acumulado de explicación de la variancia. La Tabla 1 presenta las cargas y la composición de los 3 factores resultantes después de la rotación ortogonal Varimax y la comunalidad de los ítems de la escala. Los ítems 3, 10, 9 y 7 obtuvieron carga $>0,30$ en más de un factor y fueron asignados en el factor con mayor carga. El ítem 20 fue el de mayor comunalidad, esto es, tuvo 76.5% de su variabilidad explicada por los factores, y el ítem 14 fue el de menor comunalidad (13.1%). La escala aplicada a los ancianos presentó alta consistencia interna para todos los factores y el total. Se destaca que para el análisis de los indicadores psicométricos de la escala, se utilizaron los datos de 110 cuidadores que respondieron a todos los ítems de la misma, los cuales, comparativamente a la muestra total ($n = 121$), no revelaron diferencias estadísticamente significativas en las demás medidas.

Tabla 1 - Resultados del Análisis Factorial Exploratorio realizada después de la rotación ortogonal de los 22 ítems de la *Zarit Burden Interview*. Campinas, SP, Brasil, 2015

Factores	Cargas	Ítems	Alfa de Cronbach
Factor 1	0,7635	I17 - Perdió el control de su vida a partir de la enfermedad del sujeto que era objeto del cuidado.	0,828
	0,7372	I12 - Su vida social está perjudicada porque está cuidando.	
	0,7266	I22 - Se siente sobrecargado.	
	0,6733	I2 - No tiene tiempo para sí mismo porque está cuidando.	
	0,6715	I3 - Se siente estresado entre cuidar y sus responsabilidades familiares.	
	0,5588	I11 - Siente que no tiene más privacidad.	
	0,5397	I10 - Siente su salud afectada después de participar del cuidado del sujeto.	
	0,4292	I13 - No siente más voluntad de recibir visitas en casa.	
	0,3723	I8 - Siente que el objeto depende de usted.	
	0,3076	I14 - Siente que el objeto espera de usted como si fuese la única persona de quien depende.	
Factor 2	0,7438	I4 - Se siente avergonzado con el comportamiento del objeto.	0,717
	0,6899	I5 - Se siente irritado cuando él está cerca.	
	0,5861	I6 - Siente que el objeto afecta negativamente sus relaciones con otros miembros de la familia o amigos.	
	0,5833	I18 - Le gustaría que otra persona cuidase.	
	0,5647	I9 - Se siente tenso cuando él está cerca.	
	0,4326	I1 - Siente que él pide más ayuda de la que necesita.	
0,3159	I16 - Se siente incapaz de cuidar por mucho tiempo		
Factor 3	0,8405	I21 - Se siente que podría cuidar mejor.	0,715
	0,8323	I20 - Siente que debería estar haciendo más por él.	
	0,5797	I15 - Siente que no tiene dinero suficiente para cuidar considerando también los otros gastos.	
	0,5748	I19 - Siente que tiene dudas sobre que hacer.	
	0,4006	I7 - Siente recelo por el futuro.	
Total			0,857

La Tabla 2 describe la muestra según las medidas de sobrecarga, estrategias de enfrentamiento y depresión. Para obtención de la intensidad de la ayuda ofrecida por los cuidadores, se dividió la distribución de las respuestas en terciles. Se consideró la oferta de ayuda como de alta intensidad cuando la puntuación estaba entre 8 y 13 puntos. Se observó que la mayor parte de los cuidadores cuida de ancianos con grados cuestionables y leves de comprometimiento cognitivo (44,8%).

La sobrecarga percibida identificada por la ZBI presentó un promedio de 26,1 puntos, variando de 3 a 80 puntos. La distribución de la puntuación de la muestra en cuartiles identificó intervalos de puntuación. Las puntuaciones entre 23 y 33 puntos y las puntuaciones mayores que 34 puntos fueron categorizados como sobrecarga moderada y sobrecarga alta, respectivamente. A partir de la composición factorial de la ZBI, se puede derivar la frecuencia de ancianos con puntuación promedio preponderante en

uno de los factores identificados. Los factores 1 y 3 revelaron las mayores frecuencias.

En lo que se refiere a los levantamientos de las estrategias de enfrentamiento, apenas un individuo obtuvo mayor promedio en estrategias relativas al factor "estrategias disfuncionales". A su vez, 26 individuos tuvieron preponderancia en el uso de estrategias de enfrentamiento de control secundario selectivo, con promedio 2,68 (DE = 0,60), variando de 1,41 a 4 puntos. En el factor referente la estrategias de control secundario compensatorias, 91 individuos tuvieron preponderancia en el uso de estas, con un promedio de 3,12 (DE = 0,54) variando de 1 a 4 puntos. Cerca de 24% de la muestra presentó puntuación en la escala GDS-15 sugestiva de presencia de sintomatología depresiva. La puntuación promedio fue de 3,75 (DE = 2,8), variando de 0 a 11 puntos.

La Tabla 3 presenta los resultados del análisis de correlación de Spearman.

Tabla 2 - Distribución de las frecuencias, promedios y desviación estándar referentes a las variables del estudio de la muestra total y entre los sexos. Campinas, SP, Brasil, 2015

Variables	n (%)	Promedio (DE)	Sexo		Valor p
			Masculino	Femenino	
Intensidad de la ayuda (ABVD + AIVD)*					0,222
0-4	34 (29)		11 (33)	23 (27)	
5-7	46 (39)		15 (46)	31 (35)	
8-13	40 (32)		17 (21)	33 (38)	
Grados de demanda cognitiva del sujeto de cuidado (CDR†):		1,15 (1,06)			0,287
0			10 (30)	15 (18)	
0,5-1			13 (41)	39 (46)	
2-3			9 (29)	30 (36)	
Sobrecarga percibida (ZBI total)‡		26,14 (14,0)			
ZBI (cuartiles):					
≤15	29 (24)		8 (24)	21 (24)	
16-22	30 (25)		10 (31)	20 (23)	
23-33	28 (23)		8 (24)	20 (23)	
≥34	34 (28)		7 (21)	27 (30)	
Tipo de sobrecarga predominante:					
Tensiones referentes al papel	66 (54)	1,43 (0,91)	11 (33)	55 (62)	0,007
Tensiones intrasíquicas	12 (10)	0,67 (0,67)	3 (9)	9 (10)	
Competencias y expectativas	43 (36)	1,23 (1,03)	19 (58)	24 (23)	
Estrategias de afrontamiento					
Disfuncionales	1 (0,85)	1,52 (0,44)	1 (3)	0 (0,00)	0,049
Control secundario selectivo	26 (22,03)	2,68 (0,60)	10 (32)	16 (18)	
Control secundario compensatorio	91 (77,12)	3,12 (0,54)	20 (65)	71 (82)	
Síntomas depresivos (GDS§ total)		3,75 (2,80)			
Si	29 (24)		4 (12)	25 (28)	
No	92 (76)		29 (88)	63 (72)	

* ABVD: actividades básicas de la vida diaria, AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria; † CDR: Clinical Dementia Rating; ‡ ZBI: Zarit Burden Interview; § GDS: Geriatric Depression Scale

Tabla 3 - Resultado de la correlación de Spearman entre las variables del estudio. Campinas, SP, Brasil, 2015

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
(1)Edad												
(2)Tiempo de cuidado	r*=0,02425 p†=0,7917											
(3)Escolaridad	-0,31556 0,0005	-0,04099 0,6608										
(4)CDR‡ Total	0,07172 0,4442	0,13797 0,1397	0,06060 0,5256									
(5)Intensidad de la ayuda	-0,09155 0,3200	0,19558 0,0323	-0,01182 0,08994	0,50880 <0,001								
(6)GDS§	0,13087 0,1525	0,07237 0,4302	0,00995 0,9152	0,23062 0,0128	0,09166 0,3194							
(7)Estrategias Disfuncionales	-0,21628 0,0239	0,02590 0,7892	0,08447 0,3916	0,07616 0,4423	-0,03337 0,7317	0,48581 <0,001						
(8)Estrat.Control Sec. Selectivas	-0,08477 0,3786	0,17906 0,0612	0,25254 0,0090	0,05592 0,5673	-0,07375 0,4460	-0,31256 0,0009	-0,21086 0,0334					
(9)Estr. Contr. Sec. Compensatoria	-0,18867 0,0425	0,15204 0,1033	-0,03885 0,6842	-0,10468 0,2656	-0,10468 0,2656	-0,03831 0,6831	-0,05177 0,5964	0,14214 0,1422				
(10)Zarit Factor 1	-0,03878 0,6834	0,06565 0,4897	0,01875 0,8465	0,13928 0,1506	0,37659 <0,001	0,38696 <0,001	0,33002 0,0007	-0,18011 0,0673	0,11050 0,2549			
(11)Zarit Factor 2	0,08727 0,3453	-0,02555 0,7827	-0,00517 0,9563	0,04750 0,6157	0,03769 0,6853	0,25034 0,0060	0,31347 0,0009	-0,05082 0,5997	0,05709 0,5463	0,54447 <0,0001		
(12)Zarit Factor 3	-0,01848 0,8432	0,01053 0,9103	0,06849 0,4798	-0,01479 0,8770	-0,09842 0,2932	0,33001 0,0003	0,35782 0,0002	-0,18529 0,0560	-0,05635 0,5551	0,23719 0,0122	0,22501 0,0122	0,22501 0,0156
(13)Zarit Total	0,02418 0,7924	0,06456 0,4818	0,03761 0,6873	0,13110 0,1607	0,20338 0,0259	0,45999 <0,001	0,44091 <0,001	-0,15895 0,0972	0,05463 0,5603	0,85866 <0,001	0,70267 <0,001	0,58889 <0,001

* coeficiente de correlación de Spearman; † valor de p; ‡ *Clinical Dementia Rating*; § *Geriatric Depression Scale*.

Discusión

La descripción sociodemográfica de la muestra investigada replica algunos datos clásicos a respecto de la asunción del papel de cuidadores por las mujeres y por los cónyuges⁽¹⁵⁾. Otros aspectos también son semejantes a los encontrados en estudios con cuidadores más jóvenes, sin embargo, es importante prestar atención a los desafíos impuestos por el hecho de que los cuidadores de la muestra son también ancianos. Entre ellos está la realidad socioeconómica en que asumen ese papel y la extensión de tiempo de desempeño del papel que llegan a alcanzar. Una pareja anciana posiblemente tendrá gastos más elevados en lo que se refiere al costo de servicios de la salud, medicamentos y transporte, lo que puede generar dificultades financieras y tensiones especiales, y, por ser, en su mayoría, cónyuges, la extensión del cuidado generalmente tiene su término con el agotamiento del cuidador o con perjuicios de su salud y funcionalidad o con la muerte de una de las partes.

La muestra investigada, compuesta por criterios de conveniencia, tiene la peculiaridad de ser cuidadora de ancianos con muchas demandas físicas y posiblemente menos demandas cognitivas, ya que evaluaron los grados

de comprometimientos sugeridos por el CDR, como disminuciones cuestionables o leves. Esos aspectos los diferencian de los datos generados por el gran volumen de estudios desarrollados con cuidadores más jóvenes y cuidadores de ancianos con la enfermedad de Alzheimer⁽¹⁶⁾. Entre los cuidadores más jóvenes y también de los que cuidan ancianos con Alzheimer, las puntuaciones en la escala de sobrecarga de Zarit (ZBI) también tienden a ser mayores que las encontradas en el presente estudio, en el cual se alcanzó un promedio de 26,1 puntos, dentro de una variación posible de 0 a 88 puntos⁽¹⁷⁾. El índice de prevalencia de depresión sugerido por la GDS-15 también no reveló diferencias significativas con lo encontrado en la población anciana en general⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Entre cuidadores más jóvenes tienden a ser más altas las medidas de prevalencia de esa condición, una vez que están expuestos a una condición estresante y crónica. Entre tanto, para esa muestra, aspectos relativos al propio proceso de envejecimiento tales como aumento en resiliencia psicológica en la vejez, mismo en la presencia de condiciones físicas diferenciadas, puede ser un factor relacionado a la protección de la muestra contra resultados adversos en términos de sobrecarga percibida y depresión. La investigación psicológica con ancianos apunta la interferencia de

recursos de enfrentamiento adaptativo tales como las estrategias selectivas y compensatorias de control sobre los eventos adversos. En la presente muestra fue prácticamente ausente la predominancia de utilización de estrategias disfuncionales y gran parte reveló la utilización de estrategias compensatorias que llevan a la resignificación de situaciones estresantes, por medio de recursos espirituales y existenciales. Por otro lado, cuidar del cónyuge en la vejez también tiende a ser experimentada, principalmente entre los sujetos con más edad, como un evento normal de la vida, tornando menos estresante la ocurrencia de este.

Cuidar de otro anciano en la vejez tal vez represente una realidad diferente de la experimentada por individuos más jóvenes, exigiendo un examen más específico. Para comprobar esa premisa el presente estudio fue guiado por dos objetivos analíticos. El primero de ellos buscó describir los indicadores psicométricos de la ZBI cuando aplicada a ancianos que cuidan de otros ancianos. Más que responder a un objetivo metodológico, al demostrar buenos indicadores psicométricos que reafirman la utilización de la escala entre cuidadores, esos análisis de la escala apuntaron para la posibilidad de examinar el constructo de sobrecarga en su multidimensionalidad y en las posibles peculiaridades de ese constructo en la experiencia de cuidadores ancianos. Tres posibles dominios explicativos de ese constructo fueron identificados a partir de la interpretación de los factores generados y bajo la luz de la literatura clásica sobre estrés del cuidador, principalmente tal como propuestos por Pearlin y colaboradores⁽²⁰⁾. Así, el primer dominio explicativo del constructo de sobrecarga entre ancianos fue denominado de "Tensiones referentes al papel", una vez que reunió ítems sobre el impacto en la vida cotidiana de los cuidadores, como la falta de tiempo y privacidad, los prejuicios en la vida social, el comprometimiento de la salud, y la sensación de pérdida de control de la vida. El segundo dominio del constructo de sobrecarga fue denominado de "Tensiones intrasíquicas", ya que reunió ítems relativos a manifestaciones emocionales específicas, como sentimientos de vergüenza, rabia e indecisión sobre el cuidado. El tercer dominio se refirió a la presencia o ausencia de "Competencias y expectativas" vinculadas al cuidado, o sea, percepción de que "debería estar haciendo más" o "cuidando mejor del anciano objeto de los cuidados".

En estudios internacionales que incluyeron muestras de diferentes edades de cuidadores de ancianos hubo similar ordenación de los dominios explicativos. Un estudio español, presentó tres factores explicativos: impacto en el cuidado, relacionamiento interpersonal y expectativa de autoeficacia⁽²¹⁾. La aplicación de la ZBI en una muestra de cuidadores portugueses, entretanto,

generó una estructura con cuatro factoriales, los cuales, interpretativamente, pudieron ser reconocidos en dos dimensiones centrales: sobrecarga objetiva (impacto de la prestación de cuidados y relación interpersonal) y sobrecarga subjetiva (expectativas con el cuidar y la percepción de autoeficacia⁽²²⁾). En este estudio, diferentemente de los estudios citados, el segundo dominio explicativo fue específicamente sobre impactos emocionales, lo que posiblemente venga a ser un aspecto distintivo de una muestra de ancianos que cuidan de otros ancianos.

El examen de la preponderancia de los promedios de los ancianos en las dimensiones de la escala indicó que las dimensiones "tensiones referentes al papel" y "competencias y expectativas" fueron significativamente mayores que en la dimensión "tensiones intrasíquicas". Es posible que el cuidar en la vejez sea una ocurrencia más natural, para la mayor parte de la muestra y por esa razón no sea experimentada por medio de tensiones psíquicas, sobrecarga o mismo depresión, como revelado por la baja frecuencia de esas condiciones ya descritas⁽²³⁾.

El segundo objetivo del presente estudio se refirió a identificar asociaciones entre las variables del contexto del cuidado, sobrecarga, estrategias de enfrentamiento y depresión. Algunas correlaciones interesantes fueron encontradas que auxilian en la elucidación sobre el cuidar en la vejez. El aumento de edad se asoció positivamente al tiempo que se ejerce el papel de cuidador. Otra variable sociodemográfica destacada en el análisis de correlación fue la escolaridad. Hubo asociación positiva entre años de escolaridad y estrategias de control secundarias selectivas. Esas estrategias se refieren al accionar fuentes alternativas de apoyo o ayuda, como las alcanzadas por vías económicas o sociales. Esa asociación sugiere el grado de instrucción como indicador de la presencia de otros recursos en el enfrentamiento de los desafíos del cuidado ya demostrado en otros estudios en Gerontología sobre estrés y enfrentamiento en la vejez⁽²⁴⁾.

Además, se encontraron asociaciones positivas entre sobrecarga percibida e intensidad de ayuda. Esa asociación tal vez se relacione a la concepción de que la sobrecarga entre ancianos cuidadores se refiere más al desgaste por demandas físicas que pueden ser extenuantes al organismo también envejecido. Conforme esperado, hubo asociaciones positivas entre indicadores negativos del cuidar tales como entre depresión y utilización de estrategias disfuncionales y entre depresión y sobrecarga total y en todos los dominios. El aumento en la percepción de las demandas del cuidado y la utilización de estrategias disfuncionales son factores de naturaleza psicológica asociada a resultados negativos de la salud mental de cuidadores, conforme apuntan metanálisis sobre la temática de los

cuidadores, no siendo diferente entre los cuidadores ancianos⁽²⁵⁾. Por otro lado, hubo correlaciones negativas entre la utilización de estrategias de control secundario (selectivas o compensatorias) y la depresión, sugiriendo que estas tal vez actúen como protectoras o amortiguadoras del estrés de cuidar sobre el bienestar.

Cabe destacar, entretanto, las limitaciones metodológicas del estudio que pueden limitar la generalización de los hallazgos. Se trata de un estudio de corte transversal que no permite inferencias causales consistentes, a las cuales estudios prospectivos y de naturaleza longitudinales podrán responder futuramente. Se trata también de datos derivados de una muestra compuesta por criterios de conveniencia, reconociéndose, entretanto, las dificultades en realizar estudios con muestras aleatorias sobre la temática en términos de costos y tiempo requerido. Además, se destaca la necesidad de dar continuidad a los estudios psicométricos de la ZBI entre ancianos cuidadores, especialmente de su constructo, por medio, por ejemplo, de estrategias de análisis factorial confirmatorias. Se reconoce que el estudio no controló la presencia de enfermedades crónicas, ocurrencia muy común entre ancianos, limitándose al examen de las relaciones de sobrecarga con indicadores de demandas de asistencia y de salud psicológica.

Conclusión

Los dos objetivos analíticos del estudio generaron evidencias que sugieren haber peculiaridades en el estudio, en medidas e interpretaciones de los datos recolectados entre cuidadores ancianos. El análisis factorial de la ZBI y el examen de la consistencia interna alcanzaron indicadores de validez para utilización de la escala con ancianos, sin embargo, el examen de la puntuación de esos entre sus dominios sugiere que estos son posiblemente menos afectados psíquicamente por las demandas y exigencias generales del cuidar. Refuerza, por tanto, la oportunidad abierta por la escala para un examen más refinado de la sobrecarga del cuidador, yendo más allá de la utilización unidimensional de la misma reflejada por un puntaje total. En líneas generales, el estudio también apunta para el hecho de que los ancianos asumen el cuidado de otros ancianos inclusive en la presencia de incomodidad psicológica, tal como la depresión o en la presencia de exigencias físicas extenuantes.

El examen específico sobre el cuidador anciano se vuelve cada vez más apremiante frente a las alteraciones socio estructurales tales como: el envejecimiento de las poblaciones; la menor oferta de cuidadores debida a la mayor inserción de la mujer en el mercado de trabajo y al menor número de hijos por pareja; y por los cambios

en los perfiles de morbilidad por enfermedades crónicas y degenerativas que exigen cuidados prolongados en el tiempo. Por otro lado es necesario considerar la sobreposición de las demandas del envejecimiento personal del cuidador con las exigencias y estrés generado por el cuidar, que puede exponer al cuidador anciano a una condición de doble vulnerabilidad a resultados adversos de la salud física y mental. La investigación gerontológica, la asistencia de la salud y las políticas públicas deberán estar preparadas para las particularidades de esa realidad creciente.

Agradecimientos

Colegas y el profesor Meire Cachioni del grupo de investigación "Bienestar psicológico de los ancianos que cuidan a otros ancianos en el contexto de la familia" del Programa de Postgrado en Gerontología Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Campinas, Campinas, SP Brasil, por su colaboración en la recogida de datos y la contribución a la investigación.

Referencias

1. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver Burden: A Clinical Review. *JAMA*. 2014;311(10):1052-9. doi:10.1001/jama.2014.304
2. Bastawrous M. Caregiver burden? A critical discussion. *Int J Nurs Stud*. 2013;50:431-41. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005
3. Aldwin CM, Yancura LA, Boeninger DK. Coping, health and aging. In: Aldwin CM, Park CL, Spiro III A, editors. *Handbook of health psychology and aging*. [Internet]. New York: Guilford Press; 2007. p. 224-40. [Access Jun 17, 2015]. Available from: <http://www.guilford.com/books/Handbook-of-Health-Psychology-and-Aging/Aldwin-Park-Spiro/9781593850579/contents>
4. Gupta R, Pillai VK, Levy EF. Relationship quality and Elder caregiver burden in India. *Journal of Social Intervention: Theory Practice*. [Internet]. 2012 [Access Jun 17, 2015]; 21(2):39-62. Available from: <https://uta-ir.tdl.org/uta-ir/handle/10106/11001>
5. Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist and the burden interview (technical report). University Park: Pennsylvania State University; 1987.
6. Scazufca Marcia. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr*. [Internet]. 2002 Mar [Access Oct 20, 2015]; 24(1):12-7. doi: 10.1590/S1516-44462002000100006
7. Damasceno A, Delicio AM, Mazo DFC, Zullo JFD, Scherer P, Ng RTY, et al . Validation of the Brazilian version of mini-test CASI-S. *Arq Neuro-Psiquiatr*.

- [Internet]. 2005 June [Access Oct 20, 2015]; 63(2b): 416-21. doi:10.1590/S0004-282X2005000300010
8. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *J Am Med Assoc.* 1963;185(12): 914-9. doi: 10.1001/jama.1963.03060120024016.
9. Brito FC, Nunes MI, Yuaso DR. Multidimensionalidade em Gerontologia II: instrumentos de avaliação. In: Netto MP, organizador. *Tratado de Gerontologia.* 2.ed. São Paulo: Atheneu; 2007.
10. Montão MBMM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(6):912-7. doi: 10.1590/S0034-89102005000600007.
11. Aldwin CM, Shiraishi R, Cupertino AP. Change in stability in coping: Longitudinal findings from the DLS. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association. San Francisco; 2001.
12. Fortes-Burgos ACG, Neri AL, Cupertino APFB. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicol Reflex Crítica.* 2008;21(1): 74-82. doi: 10.1590/S0102-79722008000100010.
13. Bianchi M. Indicadores de sobrecarga, estratégias de enfrentamento e sintomas depressivos em idosos que cuidam de outros idosos [Internet]. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Campinas: Faculdade Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; 2015. 108 p. [Acesso 9 fev 2016]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000963524>
14. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry.* [Internet]. 1999 [Access May 20, 2015];14(10):858-65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10521885>
15. Piquart M, Sörensen S. Spouses, adult children and children – in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Am Psychol Assoc.* 2011;26(1): 1-14. doi: 10.1037/a0021863.
16. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *J Adv Nurs.* 2011;68(4):846-55. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x
17. Folquito JC, Marques RCG, Tatsh MF, Bottino CMC. Correlation between neuropsychiatric symptoms and caregiver burden in a population-based sample from São Paulo, Brazil. *Dement Neuropsychol.* [Internet]. 2013 [Access jun 13, 2015];7(3):258-62. Available from: http://www.demneuropsy.com.br/detalhe_artigo.asp?id=405
18. Batistoni SST, Neri AL, Lopes LO, Krouri HT, Eulalio MC, Cabral BE. Sintomas depressivos e fragilidade. In: Liberalesso Neri A, organizadora. *Fragilidade e qualidade de vida na velhice. Dados do Estudo Fibra em Belém, Parnaíba, Campina Grande, Poços de Caldas, Ermelino Matarazzo, Campinas e Ivoti.* Campinas: Alínea; 2013. p. 285-300.
19. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2):127-41. doi: 10.1590/S1415-790X2005000200005.
20. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *Gerontologist.* 1990;30(5):583-94. doi: 10.1093/geront/30.5.583.
21. Ramirez VEJA, Del Rio BR, Russel MER, Lopez CGF. Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicol Salud.* [Internet]. 2008 jul-dicie [Acceso 9 julio 2015]; 18(2): 237-45. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/26575409>
22. Ferreira F, Pinto A, Laranjeira A, Pinto AC, Lopes A, Viana A, et al. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliares, para população portuguesa. *Cad Saúde.* [Internet]. 2010 [Acesso 8 maio 2015];3(2):13-9. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/10936>.
23. Flesch LD, Lins AES, Carvalho EB. Cuidado familiar a idosos física e cognitivamente frágeis: teoria, pesquisa e intervenção. In: Freitas EV, Py L, editors. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 1476-82.
24. Lin IF, Wu HS. Patterns of coping among family caregivers of frail older adults. *Res Aging.* 2014; 36(5): 603-24. doi: 10.1177/0164027513513271.
25. Piquart M, Sörensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *J Gerontol: Psychol Science.* 2006; 61(1):33-45.

Recibido: 27.11.2015

Aceptado: 15.9.2016

Correspondencia:

Mariana Bianchi
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas
Rua Tessalia Vieira de Camargo, 126
Cidade Universitaria Zeferino Vaz
CEP: 13083-887, Campinas, SP, Brasil
E-mail: enf.marianabianchi@yahoo.com.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.