UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Geriatría

Concordancia entre escala de Zarit original y escala de Zarit abreviada para evaluar la sobrecarga del cuidador, en personal de asistencia del adulto mayor que acude a la consulta externa de geriatría del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”

Adriana Montserrat Elias Escalante

DIRECTOR CLÍNICO
Oscar Osvaldo Ortega Berlanga
Posgrado en Medicina Interna y Geriatría

DIRECTOR METODOLÓGICO
Juan Manuel Shiguetomi Medina
Posgrado en Ortopedia Pediátrica y doctorado en Ciencias

Febrero 2025

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Geriatría

Concordancia entre escala de Zarit original y escala de Zarit abreviada para evaluar la sobrecarga del cuidador, en personal de asistencia del adulto mayor que acude a la consulta externa de geriatría del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”

Adriana Montserrat Elias Escalante
No. De CVU del CONACYT 1134434;
Identificador de ORCID 0009-0007-0582-0277

DIRECTOR CLÍNICO
Oscar Osvaldo Ortega Berlanga
Posgrado en Medicina Interna y Geriatría
No. de CVU del CONACYT 514842;
Identificador de ORCID 0000-0002-3980-3949

DIRECTOR METODOLÓGICO
Juan Manuel Shiguetomi Medina
Posgrado en Ortopedia Pediátrica y doctorado en Ciencias
No. de CVU del CONACYT 313177;
Identificador de ORCID 0000-0003-4131-093X

Concordancia entre escala de Zarit original y escala de Zarit abreviada para evaluar la sobrecarga del cuidador, en personal de asistencia del adulto mayor que acude a la consulta externa de geriatría del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" © 2025 Por Adriana Montserrat Elias Escalante. Se distribuye bajo Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International

RESUMEN

El cuidador primario surge de la necesidad de protección al presentarse necesidad de cuidados en torno a la salud de un paciente, como consecuencia los cuidadores desempeñan funciones indispensables en el cuidado con el restablecimiento de roles de vida personales que generan sobrecarga, de tal forma que su integridad relacionada con la salud, vida social, personal y situación económica pueden verse afectadas por esta situación.

Para medir el síndrome de sobrecarga se requiere utilizar escalas que permitan identificar de manera objetiva el diagnóstico. La escala para medir la sobrecarga del cuidador (Zarit) se ha utilizado de manera universal y ha sido aplicada en diferentes áreas de atención primaria en salud con buena efectividad.

El objetivo principal del estudio fue investigar la concordancia entre la escala de Zarit original (22 ítems) y la escala abreviada (7 ítems) para evaluar la sobrecarga del cuidador en cuidadores primarios de adultos mayores.

Se incluyeron 52 cuidadores primarios de pacientes adultos mayores atendidos en la consulta externa del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto a los que se aplicaron ambas versiones de la escala de Zarit. Se utilizó un análisis estadístico descriptivo y la correlación de Pearson para determinar la relación entre los resultados.

Los participantes presentaron edad promedio de 52.3 años, en su mayoría eran mujeres (88.4%), el 59.6% eran hijas, 75% de los cuidadores cohabitaban con el paciente y el tiempo promedio dedicado al cuidado fue de 78 meses.

La escala de Zarit original mostró que el 48% de los cuidadores presentaron sobrecarga (30.7% intensa y 17.3% leve). Por su parte, la escala abreviada indicó que el 57.6% presentaban sobrecarga intensa. Los resultados destacan la utilidad potencial de la versión abreviada como tamiz en contextos de atención primaria o en servicios con limitaciones de tiempo, como consultas externas y urgencias a pesar de que la correlación entre ambas escalas ($r = 0.645$, $p = 2.45$) no fue estadísticamente significativa. Esta escala permite identificar a cuidadores con alta probabilidad de presentar sobrecarga intensa, lo que podría agilizar la toma de decisiones clínicas al priorizar a estos individuos para una evaluación más completa con la escala original.

ÍNDICE

RESUMEN 4
ÍNDICE 5
LISTA DE CUADROS 6
LISTA DE FIGURAS 7
LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS 8
LISTA DE DEFINICIONES 9
AGRADECIMIENTOS 10
ANTECEDENTES 11
JUSTIFICACIÓN 16
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 16
HIPÓTESIS 16
OBJETIVOS 16
SUJETOS Y MÉTODOS 17
ANÁLISIS ESTADÍSTICO 17
ÉTICA 18
RESULTADOS 19
DISCUSIÓN 22
LIMITACIONES 24
CONCLUSIONES 25
BIBLIOGRAFÍA 26

LISTA DE CUADROS

Página

Cuadro 1. Características generales de la población …….. 20

Cuadro 2. Resultados de la escala de Zarit ……. 21

LISTA DE FIGURAS

Página

Figura 1. Normalidad por gráfico de Fit Plot ……..…… 22

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

- **AM:** Adulto mayor.
- **SC:** Sobrecarga del cuidador
- **CIE-10:** Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión
- **CONACYT:** Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
- **ORCID:** Open Researcher and Contributor ID
- **COFEPRIS:** Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
- **CONBIOÉTICA:** Comisión Nacional de Bioética
- **S.L.P.:** San Luis Potosí
- **Dr.**: doctor

LISTA DE DEFINICIONES

- **Cuidador:** persona encargada de responder ante las necesidades o demandas del cuidado que se requiera para cuidar de sí misma.
- **Cuidador primario:** persona encargada de tomar tanto la mayoría de las decisiones como invertir su tiempo acompañando al enfermo.
- **Cuidador informal:** persona que se dedica al cuidado, no es remunerado y por lo común se desarrolla en el ámbito de las relaciones familiares.
- **Sobrecarga del cuidador:** estado percibido de agotamiento funcional, físico y psicológico.
- **Escala de Zarit:** instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de una persona.
- **Concordancia:** correspondencia o conformidad de una cosa con otra
- **Adulto mayor:** persona mayor de 60 años de edad.

AGRADECIMIENTOS

A mis directores de tesis Dr. Oscar Osvaldo Ortega Berlanga y el Dr. Juan Manuel Shiguetomi Medina por ser la base para culminar este trabajo, alentarme a continuar y apoyarme con todos sus conocimientos.

Al equipo de geriatría, Dr. Gonzalo Ramón González González, Mtra. María Lourdes Reyna Carrizalez, Dr. Oscar Osvaldo Ortega Berlanga, Dr. Marco Vinicio González Rubio, ya que cada uno con toda su disposición y sabiduría me fueron brindando apoyo, confianza, paciencia, aprendizaje, amistad y respeto.

Al personal y compañeros del Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Ignacio Morones Prieto”, que han compartido la visión del equipo multidisciplinario, que dentro de mi formación fueron apoyo incondicional, maestras y maestros, fieles consejeros, además de compartir experiencias y momentos invaluables.

ANTECEDENTES

El envejecimiento de la población toma una importancia cada vez más relevante, dado que se estima que para el año 2025 se pronostica que la población adulta mayor (AM) represente casi el 10% del total de la población mundial. (2) Está situación ha orillado a un aumento en el número de personas dependientes que requieren cuidados de larga duración y de necesidad de asistencia tanto de manera formal como informal. A su vez esto va ligado no solamente al hablar de una edad cronológica sino también a tomar en cuenta la funcionalidad física y mental que puede acompañar en muchas de las ocasiones la edad avanzada.

Los cuidadores en este contexto constituyen una parte importante de la atención del paciente; sin embargo, pueden ser también un recurso vulnerable, ya que el cuidado implica además de la atención otorgada al paciente, importantes costos materiales, económicos, sociales y de salud.

El cuidador será el encargado de responder ante las necesidades o demandas del cuidado que se requiera por un tiempo no determinado, además que deberá continuar con el rol familiar que, hasta antes de la enfermedad o deterioro del paciente, venía desarrollando. Los cuidados incluyen la asistencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y apoyo técnico del cual con el tiempo irán adquiriendo conocimientos, como, por ejemplo, administración de medicamentos, procedimientos sencillos, acompañamiento a citas médicas y toma de decisiones sobre el tratamiento. El término de cuidador data de los años 60´s, en el siglo pasado, cuando Grad y Sainsbury realizaron una investigación para conocer los efectos del cuidado sobre la vida cotidiana de las familias que cuidaban de un miembro con alguna enfermedad psiquiátrica. Posteriormente durante los años 80´s se realizaron estudios sobre de los riesgos que presentaban las personas durante el cuidado de AM con síndromes demenciales. Actualmente el término de “cuidador" se define como la persona, habitualmente un familiar directo, que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que un paciente que es incapaz de autosustentarse, necesita. (3,5,6)

En la literatura se describen dos tipos de cuidadores: los cuidadores formales ubicados dentro del Sistema Institucional y privado los cuidadores informales que se mencionan en el Sistema Doméstico de Cuidado de la Salud. El cuidador informal se define por dos características: 1) “no remunerado” lo cual con frecuencia puede interpretarse como un tipo de cuidado “no válido” y 2) se desarrolla en el ámbito de las relaciones familiares. Los cuidadores informales, a su vez, se dividen en primarios y secundarios, la diferencia entre estos es el grado de responsabilidades que asumen hacia el paciente y el tiempo que dedican a cuidar al mismo; en este contexto, el cuidador primario es el encargado de tomar tanto la mayoría de las decisiones como invertir su tiempo acompañando al enfermo, mientras el secundario sólo es el relevo. Los cuidadores informales proporcionan hasta el 90% de los cuidados a largo plazo que el paciente necesita. (4,5)

Un bajo nivel socioeconómico además de otros factores individuales, provocarán que el cuidado de los AM se realice de manera informal. Es entonces que al desempeñarse

funciones indispensables en el cuidado y con el restablecimiento de roles de vida personales van a generar sobrecarga, de tal forma que la integridad relacionada con la salud, vida social, personal y situación económica pueden verse afectadas por esta situación.

La sobrecarga del cuidador (SC) es un estado percibido de agotamiento funcional, en el que se pueden desarrollar diversas complicaciones, tales como desarrollo de enfermedades crónicas, alteraciones en el rol social y deterioro familiar que pueden culminar en aislamiento, cambios en el estado emocional, relacionados con ansiedad o frustración por autocrítica ante falta de preparación, conocimiento o capacidad del cuidado del paciente, deterioro físico por cansancio ante la demanda del cuidado, financiero a consecuencia de cambio de roles y abandono de actividades laborales, espiritual por autopercepción de abandono y situación "no merecedora", todo esto relacionado con las actividades que ésta proporciona. (25)

Se han reportado una extensa cantidad de variables que inciden en el aumento de la carga, por una parte, las relacionadas con el enfermo (grado de dependencia, trastornos conductuales y psiquiátricos), las relacionadas con el cuidador (edad, sexo, capacidad de afrontamiento, red de apoyo, tiempo de cuidado, motivación para el cuidado, entre otros) y las derivadas de una relación afectiva entre el cuidador y el enfermo. Algunos estudios mencionan que la proporción de sobrecarga es mayor para mujeres que para hombres y que los que poseen un mayor nivel educativo tienen mayor sobrecarga. Aunque no se cuenta con una definición en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10), es un fenómeno que ha llamado la atención en diversas investigaciones por lo cual se ha estudiado en los últimos años. (5,16)

Aunado a lo mencionado, se ha descrito que el cuidador no buscará ayuda médica, de manera que pone como prioridad la problemática vivida con la persona a su cuidado, manteniendo en la mayoría de las ocasiones éstas consecuencias sin diagnosticar y por lo tanto sin tratar. (7)

La importancia de la sobrecarga del cuidador ha dado origen a diversidad de instrumentos de medición que toman en cuenta parámetros objetivos, subjetivos y evaluaciones globales, siendo la herramienta más utilizada la escala de Zarit, la cual se ha adaptado en ambientes de atención primaria en salud con una buena efectividad y ha alcanzado niveles predictivos positivos de hasta 100% y un valor predictivo negativo del 100%. (7)

Uno de los instrumentos más populares para medir la sobrecarga del cuidador es la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit, la cual inicialmente se realizó para evaluar en cuidadores de pacientes con demencia. Se ha traducido a diferentes idiomas y validado en varios países de todo el mundo. La escala de Zarit original consta de 22 ítems, cada uno evalúa la carga subjetiva del encuestado con respuestas puntuadas de 0 a 4 (0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, 3 = con bastante frecuencia, 4 = casi siempre). La puntuación total oscila entre 0 y 88, representando de 0-46 puntos sin sobrecarga,

47-55 puntos sobrecarga leve, 56-88 puntos sobrecarga intensa, indicando el grado de carga del cuidador.

Aunque, se puede contestar de manera autónoma, el perfil de cada persona muchas veces requiere la asesoría del médico por ejemplo en una situación de analfabetismo, por tanto repercute en que la entrevista pueda tornarse demasiado larga para un cuidador con múltiples ocupaciones a su cargo.

La escala de Zarit tiene varias formas abreviadas en las que se incluyen de 4 a 12 ítems, y la carga global se evalúa mediante la puntuación total de todos los ítems, en cuanto se obtenga una puntuación más alta, mayor será la carga para el cuidador. (8,12,19,23)

El uso de herramientas validadas abreviadas para diagnóstico de un síndrome o enfermedad, reducirá tiempos en la entrevista, asegurando resultados adecuados. Las escalas abreviadas de Zarit han sido validadas en distintas áreas de atención primaria, encontrándose mayor evidencia de éstas investigaciones en España. Higginson et al. validaron las versiones cortas de la escala en condiciones avanzadas con cuidadores de pacientes con cáncer avanzado, demencia y lesión cerebral adquirida. (8)

No todos los contextos en los que se ha utilizado la escala son similares, existen estudios realizados con cuidadores de diferentes edades, que van desde la niñez hasta la ancianidad, en la que los roles implicados por las características afectivas y emocionales de la relación cambian la situación, ya que en cuidadores de adultos mayores se presenta una relación principalmente entre padre/madre - hija, mientras que en cuidadores de niños es entre madre-hijo. (9,10)

La escala de sobrecarga del cuidador de cuidados paliativos fue validada en el año 2001 en Barcelona, en un estudio prospectivo, que se basó en el concepto de claudicación; los ítems incluidos en esta escala están relacionados con las diferentes áreas de sobrecarga, autocuidado y la pérdida del rol social o familiar. (11)

La escala japonesa reducida fue validada en el año 2001 en Kyoto, ésta se compone de 8 ítems, que hacen referencia al impacto del cuidador y relaciones interpersonales, está misma posteriormente fue validada en Pontevedra (España). Las escala reducida de Bédard fue validada en el año 2001 en Canadá, con el fin de tener una escala de cribado de 4 ítems, que incluye aspectos afines con las relaciones interpersonales y el impacto del cuidado. Escalas reducidas validadas en países de Latinoamérica como Chile muestran que las escalas reducidas pueden ser confiables para su uso, con una sensibilidad del 100%, especificidad del 77,7% y valor predictivo positivo del 86,6% y negativo del 100%. (12,13,21)

En otras partes como Brasil, se han propuesto una estructura de 3 factores compuesta por 12 ítems. En Argentina consideraron un modelo unifactorial compuesto por 17 ítems. En Colombia, mediante un análisis factorial exploratorio se propuso un modelo de 4 factores (sobrecarga, competencia, relación social e interpersonal) con un total de 14 ítems. (14)

En un estudio prospectivo del 2001 realizado en Lleida, España con el fin de evaluar la claudicación en pacientes paliativos ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Santa María de Lleida, se utilizó una escala abreviada a 7 ítems con una sensibilidad y especificidad del 100%, se evidenció que con la reducción no se perdía información con relevancia en cuidados paliativos, sin embargo se eliminaban campos relacionados con economía y percepción de autoeficacia que se relacionan más con problemas asociados a cuidadores de pacientes con demencias. La escala abreviada de 7 ítems, evalúa la carga del encuestado con posible respuesta de nunca, casi nunca, algunas veces, frecuentemente o siempre, otorgando puntaje de 0-4 respectivamente. Se obtiene un puntaje total de 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en ausencia de sobrecarga ≤ 16 y sobrecarga intensa ≥17. (15, 20)

Con la reducción de la Escala de Zarit se disminuye la repetición de preguntas que exploran un mismo campo, sin embargo una de las limitaciones que se presentan es la pérdida para diferenciar entre sobrecarga leve o intensa, para lo cual se deberá administrar la escala completa. En otro sentido se debe recordar que aunque los procedimientos estadísticos no son los mismos al realizar la validación de las escalas reducidas, la desigualdad de los resultados podrían estar relacionadas por la diferencia sociocultural en cada región donde se han realizado, ya que la sobrecarga del cuidador es una situación multifactorial en la que tienen importancia las vivencias personales, familiares, sociales y económicas, por lo que algunos ítems cobrarán mayor relevancia a la hora de evaluar a sobrecarga, cabe señalar que en todas las escalas reducidas el ítem 9 de la escala original se encuentra presente y está relacionado con el campo de sobrecarga. (16)

En un estudio descriptivo-transversal del Hospital General Regional núm. 46 en el estado de Jalisco, en el que se incluyeron cuidadores principales de los pacientes hospitalizados en el área de Medicina Interna y Geriatría se reportó una frecuencia del síndrome de sobrecarga del cuidador de 48% de todos los cuidadores principales, de manera leve e intensa, evaluados con la escala de Zarit en su versión original. (17)

Otro estudio de tipo transversal, descriptivo, correlacional y explicativo, realizado en una unidad médica de atención ambulatoria del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tamaulipas, evaluaron por medio de la escala de Zarit en su versión original, una muestra de 52 cuidadores familiares de ambos sexos que fungían como acompañantes de AM a la consulta médica familiar, se encontró que el 25% tenían carga leve y 33% sobrecarga intensa. Así mismo se encontró que la mayor proporción de los cuidadores eran mujeres (esposas o hijas), de edad madura, casadas y con escolaridad media. (18)

La mayoría de los estudios realizados para la validación de las escalas abreviadas, se han realizado en población española y colombiana. En estos países existen mejores programas de apoyo social hacia los cuidadores, sin embargo, en nuestro medio se carece de información y de estandarización y de validación de éstas escalas, las cuales obligan a la adecuación del entorno social, para su uso en diferentes partes del mundo.

Lo anterior sustenta la necesidad de realizar acciones multidisciplinarias dirigidas al apoyo de cuidadores de manera no solamente preventiva sino, ofrecer un diagnóstico

certero y tratamiento a todo aquel que lo necesite. El uso de un instrumento válido y confiable es importante para la correcta detección e intervención clínica en los cuidadores. Es por eso que la intervención del equipo de salud es fundamental para dar un enfoque preventivo y de promoción a la salud y así evitar las consecuencias que el síndrome conlleva, ya que al identificarlo no solamente se mejora la calidad de vida del cuidador sino también, la calidad de cuidado del paciente vulnerable. Es importante conocer las medidas básicas necesarias para evitar la sobrecarga del cuidador, en lo que se incluyen factores de protección como la ayuda familiar, elaboración estrategias de afrontamiento centrado en el problema, apoyo por parte de la comunidad, conocimiento del padecimiento, consecuencias y tratamiento y de las habilidades necesarias para afrontar dichos problemas. (14,19,20,21,24).

JUSTIFICACIÓN

Las escalas reducidas resultan una buena estrategia diagnóstica para identificar la sobrecarga de cuidadores de adultos mayores, disminuyendo tiempo en la entrevista con adecuados resultados. La aplicación de éstas herramientas evidencian la necesidad de comunicar las consecuencias generadas por el hecho de atender a terceras personas en su domicilio por largo tiempo. El síndrome de sobrecarga del cuidador es complejo y presenta alteraciones a nivel económico, emocional, biológico y social. En la consulta se cuenta con tiempo limitado para la evaluación del paciente y además para agregar una evaluación para el cuidador.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe concordancia entre la escala abreviada de Zarit de 7 ítems en comparación con la versión de 22 ítems para la medición de sobrecarga del cuidador informal del adulto mayor en pacientes que acuden a consulta externa de geriatría del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”?

HIPÓTESIS

La escala abreviada de 7 ítems arroja los mismos resultados que la escala de 22 ítems para la detección de sobrecarga del cuidador.

OBJETIVOS

- Objetivo general:
    - Investigar la concordancia de la escala de Zarit abreviada y la versión original para su uso en cuidadores de pacientes que acuden a la consulta externa de geriatría.
- Objetivos específicos:
    - Aplicar ambas escalas a los cuidadores que cumplan los criterios de inclusión.
    - Calcular la concordancia entre las respuestas de ambas escalas.
- Objetivos secundarios:

- Estudiar el grado de sobrecarga en los cuidadores primarios del adulto mayor que acuden a la consulta externa de geriatría en el Hospital Central.

SUJETOS Y MÉTODOS

Lugar de realización: Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto.

Universo de estudio: Cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores atendidos en consulta externa del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto.

Criterios de selección:

- Inclusión: Cuidadores primarios de adultos mayores que acudan a consulta externa del servicio de geriatría.
- Exclusión: Cuidadores secundarios o conocidos del paciente.
- Eliminación: Retiro de autorización de consentimiento informado, escala incompleta.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis estadístico descriptivo con medidas de tendencia central. Se analizó la distribución normal de las variables mediante la prueba de Tukey y posteriormente, se calculó un índice de correlación de Pearson para investigar el nivel de correlación entre las dos escalas.

ÉTICA

Este trabajo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Investigación con registro en COFEPRIS 17 CL 24 028 093 (anexo 3), así como por el Comité de Ética en Investigación de esta institución con registro CONBIOETICA-24-CEI-001-20160427 (anexo 4)

El estudio se ajustó a las normas institucionales de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en el artículo 16 en materia de confidencialidad de datos personales y de las normas de la conferencia de Helsinky de 1964 y su revisión en el 2013.

Con base al artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el presente estudio se consideró sin riesgo, ya que se trata de la concordancia de un cuestionario y se aplicó con previo consentimiento informado, sin obtener datos personales con relevancia legal.

Se realizó una base de datos, la cual se encuentra bajo el resguardo del Investigador Principal el Dr. Oscar Osvaldo Ortega Berlanga quien será el custodio de la información, para mantener la privacidad de los datos de los pacientes.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 52 personas, con edades comprendidas entre 19 y 79 años, y un promedio de 52.3 años (desviación estándar de 14.01). De los participantes, 46 eran mujeres (88.4%) y 6 eran hombres (11.5%).

El promedio de tiempo dedicado al cuidado del paciente fue de 78 meses (6.5 años).

En cuanto a la relación parental de los participantes con el paciente, la distribución fue la siguiente:

- 31 participantes (59.6%) eran hijas,
- 10 no tenían parentesco,
- 4 eran nietas,
- 3 eran esposos,
- 2 eran esposas,
- 1 era hijo, y
- 1 era nieto.

Nivel de Escolaridad

La escolaridad de los participantes se distribuyó de la siguiente manera:

- 18 participantes tenían nivel de secundaria,
- 15 tenían preparatoria,
- 13 tenían primaria, y
- 6 tenían licenciatura.

Condiciones de Cohabitación

La mayoría de los participantes cohabitaban con el paciente, siendo 39 quienes compartían el hogar (75%), mientras que 13 no vivían con el paciente (25%).

Cuadro 1. Características generales de la población

	Características demográficas	Número	Porcentaje
Edad	18-30	2	3.8%
	31-50	20	38.4%
	51-70	23	44.2%
	71-90	7	13.4%
Sexo	Mujeres	46	88.4%
	Hombres	6	11.5%
Parentesco	Sin parentesco	10	19.2%
	Hijas	31	59.6%
	Hijos	1	1.9%
	Esposas	2	3.8%
	Esposos	3	5.7%

	Nietas	4	7.6%
	Nietos	1	1.9%
Tiempo de cuidado	0-2 años	20	38.4%
	3-5 años	11	21.1%
	6-8 años	21	40.3%
Escolaridad	Secundaria	18	34.6%
	Preparatoria	15	28.8%
	Primaria	13	25%
	Licenciatura	6	11.5%
Cohabitación	Si	39	75%
	No	13	25%

Resultados de la Escala de Zarit

En la aplicación de la Escala de Zarit, los resultados fueron los siguientes:

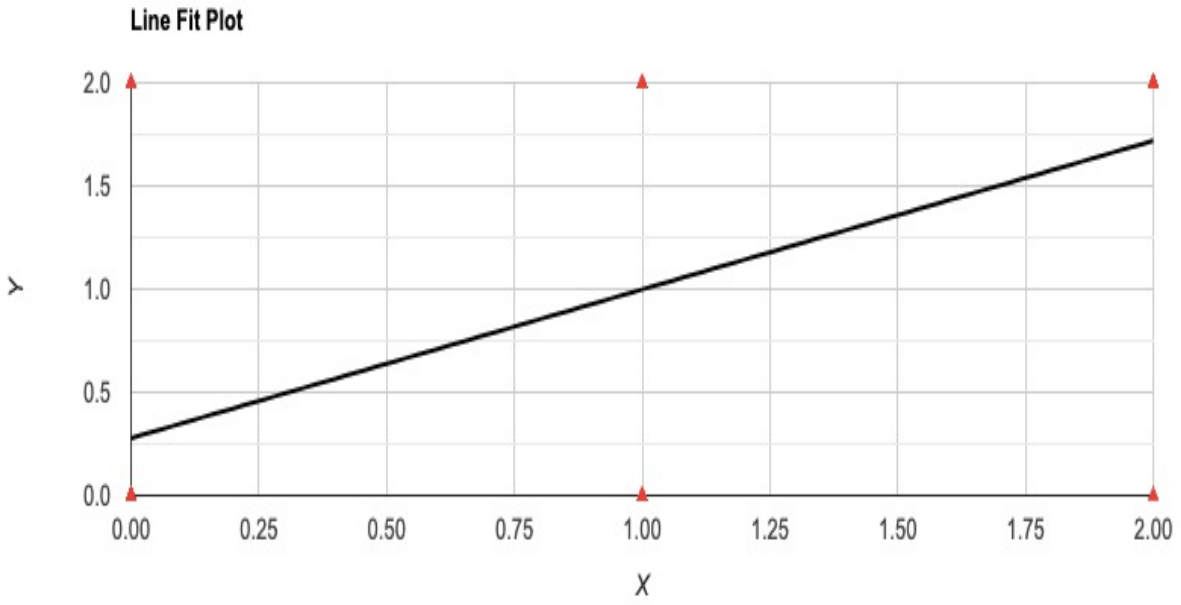
- **Versión original:**
  - 25 participantes (48%) mostraron algún grado de sobrecarga, distribuidos de la siguiente manera:
    - 16 participantes (30.7%) presentaron sobrecarga intensa,
    - 9 participantes (17.3%) presentaron sobrecarga leve, y
    - 27 participantes (51.9%) no presentaron sobrecarga.
- **Versión abreviada:**
  - 22 participantes (42.3%) mostraron sobrecarga intensa, y
  - 30 participantes (57.6%) no presentaron sobrecarga.

Cuadro 2. Resultados de la Escala de Zarit

	Zarit Original	**Zarit abreviada**
Sobrecarga intensa	16	22
Sobrecarga leve	9	
Sin sobrecarga	27	30
Total con sobrecarga	**25**	**22**

Se evaluó la normalidad de los datos mediante un gráfico *Fit Plot*, donde se observó una tendencia hacia la normalidad. El coeficiente de correlación obtenido fue del 73.18%, lo que representa un error del 26.92%.

Para analizar la relación entre los resultados de los dos cuestionarios, se utilizó la correlación de Pearson. Los resultados mostraron que la correlación no es estadísticamente significativa (Coeficiente de Pearson = 0.645, p = 2.45).
Figura 1. Normalidad por gráfico de Fit Plot


Line Fit Plot
2.0
1.5
1.0
0.5
0.0
Y
0.00
0.25
0.50
0.75
1.00
1.25
1.50
1.75
2.00
X

DISCUSIÓN

El presente protocolo de investigación aborda un tema relevante en la geriatría: la detección de la sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

El estudio buscó determinar la concordancia entre la escala original de Zarit (22 ítems) y su versión abreviada (7 ítems) en la detección de la sobrecarga del cuidador, para comprobar que la versión reducida mantuviera resultados equivalentes.

Este estudio demostró que la escala de Zarit abreviada es útil como herramienta de tamizaje, se identificaron diferencias que podrían afectar su capacidad para detectar grados específicos de sobrecarga, especialmente en casos leves. Este hallazgo concuerda con lo señalado por Montero Pardo et al. (2014), quienes advierten que las escalas abreviadas pueden perder sensibilidad en la identificación de niveles intermedios de sobrecarga, lo que podría resultar en falsos negativos en situaciones de sobrecarga leve. (4)

De la misma manera, Vélez Lopera et al. (2012) señalan que, durante la validación de la escala de Zarit abreviada en cuidadores de adultos mayores en Colombia, si bien la escala corta es eficiente para tamizar casos de sobrecarga intensa, su aplicación debe complementarse con evaluaciones adicionales en contextos clínicos específicos. Del mismo modo, en el estudio de Gort et al. (2010), realizado en España, se evidenció que la reducción de ítems en la escala podría comprometer la detección de la sobrecarga leve o moderada, especialmente en cuidadores que presentan factores de riesgo como redes de apoyo deficientes o antecedentes de problemas emocionales. (7,9)

En el presente estudio, se observó que el 48% de los cuidadores evaluados mediante la escala original presentó algún grado de sobrecarga, de los cuales el 30.7% mostró sobrecarga intensa y el 17.3% sobrecarga leve. Por otro lado, la escala abreviada indicó que el 42.3% de los participantes tenía sobrecarga intensa, mientras que el 57.6% no presentaba sobrecarga. Estos resultados son consistentes con el estudio de Bédard et al. (2001), quienes señalaron que la escala abreviada puede sobreestimar la presencia de sobrecarga intensa al agrupar diferentes niveles de carga en categorías amplias, perdiendo precisión en la discriminación entre sobrecarga leve e intensa. (13, 27)

Una alta correlación entre ambas versiones de la escala, permitiría validar el uso de la versión abreviada como diagnóstico y no como tamiz preeliminar.

Dentro de las fortalezas del estudio se encuentran los siguientes:

1. Investigación dirigida a cuidadores de adultos mayores, quienes enfrentan cargas físicas y emocionales significativas.

2. Aplicación directa en la práctica clínica ya que los resultados del estudio sustentan que su uso puede ser implementado inmediatamente en consultas externas y otros servicios asistenciales.

3. El protocolo cuenta con una adecuada definición de variables, muestra representativa y análisis estadísticos robustos.

Los resultados sugieren la necesidad de crear programas de intervención integrados, donde los cuidadores con sobrecarga puedan recibir apoyo psicológico, educación sobre el manejo del cuidado y redes de apoyo social, ya que 25 participantes (48%) mostraron algún grado de sobrecarga en la escala original y 22 participantes (42.3%) mostraron sobrecarga en la escala abreviada. (22, 27)

LIMITACIONES

La población estudiada se circunscribe a un solo centro hospitalario, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otros contextos. Dado que el estudio se realizó en un solo hospital, sería importante replicar el protocolo en otros entornos de atención, incluyendo áreas rurales y urbanas (primer nivel de atención), para evaluar la generalización de los resultados.

La escala abreviada no detecta diferencias entre grados de sobrecarga (leve o intensa), lo que requeriría confirmar los casos positivos con la versión completa.

El éxito en la validación de la escala abreviada podría promover estudios multicéntricos para evaluar su eficacia en diversos contextos socioculturales. Asimismo, se sugiere explorar intervenciones basadas en los resultados obtenidos para mejorar la calidad de vida de los cuidadores

CONCLUSIONES

El presente trabajo aborda de manera integral un problema clave en la atención geriátrica, proponiendo soluciones prácticas y eficientes para mejorar la detección de la sobrecarga del cuidador. Su implementación puede optimizar la atención clínica y reducir los riesgos asociados a esta condición.

A pesar de que la correlación no fue significativa, los resultados destacan la utilidad potencial de la versión abreviada como tamiz en contextos de atención primaria o en servicios con limitaciones de tiempo, como consultas externas y urgencias. Esta escala permite identificar a cuidadores con alta probabilidad de presentar sobrecarga intensa, lo que podría agilizar la toma de decisiones clínicas al priorizar a estos individuos para una evaluación más completa con la escala original.

Asimismo, la identificación temprana de cuidadores en riesgo facilita la implementación de estrategias preventivas, como la derivación a programas de apoyo psicológico, intervención social y manejo del estrés.

Los resultados obtenidos resaltan la necesidad de ajustar y validar instrumentos específicos para cada contexto sociocultural, garantizando una evaluación precisa y eficiente.

La implementación de los hallazgos de este estudio tiene el potencial de mejorar no solo la calidad de vida del cuidador, sino también la calidad de la atención proporcionada a los adultos mayores, reduciendo riesgos asociados al abandono del cuidado o a la aparición de enfermedades en los propios cuidadores. Por tanto, este protocolo sienta las bases para futuras intervenciones y ajustes metodológicos que contribuirán al bienestar de ambas partes involucradas en el proceso de cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roco Videla Á, Hernández Orellana M, Silva González O. What is the appropriate sample size to validate a questionnaire? Nutr Hosp [Internet]. 2021; Available from: http://dx.doi.org/10.20960/nh.03633
2. Ayala, A. G. Envejecimiento poblacional y síndrome del cuidador. Repercusiones sociosanitarias. *Farmacia Profesional*, *19*(2), 80-83. https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13072124
3. K, H. B., Vásquez, H., Scheer, S., Guerra, C., & K, T. M. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista MéDica de Chile*, *137*(5). https://doi.org/10.4067/s0034-98872009000500009
4. Montero Pardo X, Jurado Cárdenas S, Valencia Cruz A, Méndez Venega J, Mora Magaña I. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. Psicooncologia (Pozuelo De Alarcon) [Internet]. 2014;11(1). Available from: http://dx.doi.org/10.5209/rev_psic.2014.v11.n1.44918
5. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver Burden. JAMA. 2014 Mar 12;311(10):1052.
6. Evaluación de la sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos con la Escala de Zarit (EZ) en el Instituto Alfredo Lanari.
7. Vélez Lopera JM, Berbesí Fernández D, Cardona Arango D, Segura Cardona A, Ordóñez Molina J. Validación de escalas abreviadas de zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. Aten Primaria [Internet]. 2012;44(7):411–6. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.09.007
8. Kühnel MB, Ramsenthaler C, Bausewein C, Fegg M, Hodiamont F. Validation of two short versions of the Zarit Burden Interview in the palliative care setting: a questionnaire to assess the burden of informal caregivers. Support Care Cancer [Internet]. 2020;28(11):5185–93. Available from: http://dx.doi.org/10.1007/s00520-019-05288-w
9. Gort AM, March J, Gómez X, de Miguel M, Mazarico S, Ballesté J. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. Med Clin (Barc) [Internet]. 2005;124(17):651–3. Available from: http://dx.doi.org/10.1157/13074742
10. Lin C-Y, Wang J-D, Pai M-C, Ku L-JE. Measuring burden in dementia caregivers: Confirmatory factor analysis for short forms of the Zarit Burden Interview. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2017;68:8–13. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2016.08.005
11. Prieto-Miranda SE, Arias-Ponce N, Villanueva-Muñoz EY, Jiménez-Bernardino CA. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. Med Int Méx 2015;31:660-668.

12. De Valle Alonso MJ, Hernández López IE, Zúñiga Vargas ML, Martínez Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. Enfermería Universitaria. 2015;12(1):19–27. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.004
13. Bédard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'Donnell M. The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. Gerontologist [Internet]. 2001;41(5):652–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1093/geront/41.5.652
14. Domínguez-Vergara J, Santa-Cruz-Espinoza H, Chávez-Ventura G. Zarit Caregiver Burden Interview: Psychometric properties in family caregivers of people with intellectual disabilities. Eur J Investig Health Psychol Educ [Internet]. 2023;13(2):391–402. Available from: http://dx.doi.org/10.3390/ejihpe13020029
15. Cruz, R. Z., & Cardona, P. C. (2007). Síndrome de carga del cuidador. Instname: Universidad de Antioquia. Edu.co. [cited 2024 May 12]. Available from:http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/7232/1/ZambranoRenato_2007_S%c3%adndromeCargaCuidador.pdf
16. Gort AM, Mingot M, March J, Gómez X, Soler T, Nicolás F. Utilidad de la escala de Zarit reducida en demencias. Med Clin (Barc) [Internet]. 2010;135(10):447–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2010.05.006
17. Espín Andrade AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2008; 34(3). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/s0864-34662008000300002
18. Lin C-Y, Ku L-JE, Pakpour AH. Measurement invariance across educational levels and gender in 12-item Zarit Burden Interview (ZBI) on caregivers of people with dementia. International Psychogeriatrics. 2017;29(11):1841–8. doi:10.1017/S1041610217001417
19. Wang G, Cheng Q, Wang Y, Deng Y-L, Ren R-J, Xu W, et al. The metric properties of Zarit caregiver burden scale: validation study of a Chinese version. Alzheimer Dis Assoc Disord [Internet]. 2008;22(4):321–6. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/WAD.0b013e3181902334
20. Yu Y, Liu Z-W, Li T-X, Zhou W, Xi S-J, Xiao S-Y, et al. A comparison of psychometric properties of two common measures of caregiving burden: the family burden interview schedule (FBIS-24) and the Zarit caregiver burden interview (ZBI-22). Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2020;18(1). Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12955-020-01335-x
21. Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, Miura H, Hisamichi S. Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden interview. Psychiatry Clin Neurosci [Internet]. 1997;51(5):281–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.1997.tb03199.x

22. Van Durme T, Macq J, Jeanmart C, Gobert M. Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: a literature review. Int J Nurs Stud [Internet]. 2012;49(4):490–504. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.011
23. Alves S, O'Caoimh R, Ribeiro O, Teixeira L, Molloy DW, Paúl C. Screening for caregiver burden in the community: Validation of the European Portuguese screening version of the Zarit Burden Interview (ZBI-4). Clin Gerontol [Internet]. 2022;45(3):525–37. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/07317115.2020.1728807
24. Bianchi M, Flesch LD, Alves EV da C, Batistoni SST, Neri AL. Zarit Burden Interview psychometric indicators applied in older people caregivers of other elderly. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2016;24:e2835. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1379.2835
25. Nemcikova M, Katreniakova Z, Nagyova I. Social support, positive caregiving experience, and caregiver burden in informal caregivers of older adults with dementia. Front Public Health [Internet]. 2023;11:1104250. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2023.1104250
26. Boluarte-Carbajal A, Paredes-Angeles R, Tafur-Mendoza AA. Psychometric properties of the Zarit Burden Interview in informal caregivers of persons with intellectual disabilities. Front Psychol [Internet]. 2022;13:792805. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2022.792805
27. Yu J, Yap P, Liew TM. The optimal short version of the Zarit Burden Interview for dementia caregivers: diagnostic utility and externally validated cutoffs. Aging Ment Health [Internet]. 2019;23(6):706–10. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2018.1450841