

El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo

Zarit scale for assessing caregiver burden:
how to administer and to interpret it

Sr. Director:

La presente carta pretende plantear una reflexión acerca de la forma en que se codifica y se interpreta mayoritariamente, en España, el cuestionario de Zarit. En nuestro país se ha extendido una codificación de las respuestas al cuestionario que difiere de la propuesta por su autor, y también de la práctica en el resto de los países que disponen de una versión validada.

El Zarit Burden Inventory, conocido en nuestro medio como cuestionario de Zarit (aunque tiene diversas denominaciones tanto en inglés como en español), es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Aunque no es el único que se ha empleado para cuantificar el grado de sobrecarga, sí es el más utilizado^{1,2}, y se dispone de versiones validadas en inglés, francés, alemán, sueco, danés, portugués, español, chino, japonés, etc. La versión original en inglés^{3,4}, que tiene *copyright* desde 1983, consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten a veces los cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Por tanto, la puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos. Esta codificación en una escala de 0 a 4 es la que se sigue en las versiones del cuestionario en todos los idiomas, o al menos no hemos encontrado ninguna en la cual se modifique esta codificación original.

Sin embargo, en España sólo una minoría de autores⁵ codifica las respuestas en una escala de 0 a 4, mientras que la mayor parte lo hacen de 1 a 5. Con esta última codificación la puntuación global oscila, por tanto, entre 22 y 110, lo que hace que la comparación de los resultados de estudios realizados en España no se pueda hacer de forma directa. Además, se pueden realizar interpretaciones erróneas si los autores no informan explícitamente de la codificación utilizada. Otro problema importante es que los resultados de nuestro país que utilizan la escala de 1 a 5 dan lugar a puntuaciones de sobrecarga de los cuidadores artificialmente altas cuando se comparan con la situación en el resto de los países. Esto puede crear un cierto recelo en el ámbito internacional hacia los estudios españoles, que por otra parte pueden estar correctamente diseñados.

El origen de esta situación creemos que puede estar en el estudio que sirvió precisamente para validar la versión española del cuestionario, es decir, el trabajo de Martín et al⁶, en cuyo anexo 1 se presenta el cuestionario traducido, pero con una escala de frecuencia codificada de 1 a 5. Debido a que este anexo es el que muchos autores emplean para reproducir el cuestionario, la escala de 1 a 5 se ha perpetua-

do^{7,8}. No obstante, la segunda referencia bibliográfica más utilizada en España para citar el cuestionario es la de Izal y Montorio⁹, que reproducen una traducción del cuestionario distinta de la validada, en este caso con una escala de frecuencia de 0 a 4. Es decir, a nuestro juicio, estamos manejando dos referencias en español que no son del todo adecuadas, una porque no se ajusta a la escala original del cuestionario y la otra porque la traducción no es la validada. Otra dificultad añadida a esta situación, ya suficientemente confusa, es que en el anexo del artículo de Martín et al⁶, en el cual se valida el cuestionario, creemos que por una errata, falta uno de los 22 ítems, en concreto el número 12.

Otro aspecto que nos parece que es necesario reconsiderar es la utilización de puntos de corte para identificar o clasificar a los cuidadores con una sobrecarga intensa. El autor del cuestionario, hasta donde nosotros conocemos, no estableció ni propuso ningún punto de corte. Sin embargo, en España es habitual considerar que con una puntuación ≤ 46 «no hay sobrecarga», con 47-55 hay «sobrecarga leve» y ≥ 56 implica una «sobrecarga intensa». Estos puntos de corte probablemente deriven de los resultados del estudio de validación⁹, realizado con 92 cuidadores de «pacientes ancianos atendidos en un centro de día psicogeriatrico situado en una clínica psiquiátrica». Creemos que antes de generalizar estos puntos de corte a todos los cuidadores, que suponen un colectivo heterogéneo en cuanto a las características de la persona que cuidan, se debería considerar si son útiles y válidos para todo tipo de cuidadores. En este sentido, Gort et al¹⁰ citan un trabajo de Zarit¹¹ de 1980 para justificar estos puntos de corte, cuando en ninguna parte del artículo se mencionan ni proponen tales puntos de corte. Por tanto, su origen no está en el autor del cuestionario; es más, el propio Zarit afirmaba en 1985 que no se habían establecido criterios para indicar grados de sobrecarga leve, moderada o intensa.

Para finalizar, queremos mostrar nuestro reconocimiento a los autores españoles mencionados en esta carta, por sus aportaciones, que han hecho posible que hoy podamos conocer y utilizar este instrumento. No es nuestra intención restar mérito a ninguno de los trabajos citados, porque todos ellos han supuesto un avance en el campo del cuidado de las personas con algún grado de dependencia.

Lourdes Álvarez^a / Ana María González^b / Pedro Muñoz^c

^aCentro de Salud de Polanco, Cantabria, España;

^bUnidad Docente de Medicina Familiar y

Comunitaria de Santander, Cantabria, España;

^cCentro de Salud Dobra, Cantabria, España.

Bibliografía

1. Vitaliano PP, Young HM, Russo J. Burden: a review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *Gerontologist*. 1991;31:67-75.
2. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 2:83-92.
3. Zarit S, Orr N, Zarit J. The hidden victims of Alzheimer's disease: families under stress. New York: University Press; 1985.

4. The California Association of Area Agencies on Aging [homepage de internet]. Sacramento. The burden interview (for caregivers). [Citado 28 Mar 2008.] Disponible en: <http://www.c4a.info/lsadocs/thecaregiverburdeninterview.doc>
5. Alonso A, Garrido A, Díaz A Casquero R, Riera M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria*. 2004;33:61-8.
6. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996;6:338-46.
7. Gort AM, March J, Gómez X, De Miguel M, Mazarico S, Ballesté J. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:651-3.
8. Alonso A. Atención a la familia. *Aten Primaria*. 2006;38 Supl 2:14-20.
9. Izal M, Montorio I. Evaluación del medio y del cuidador del demente. En: Del Ser T, Peña Casanova J, editores. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: Prous Science; 1994: p. 201-2.
10. Gort AM, Mingot M, Gómez X, Soler T, Torres G, Sacristán O, et al. Use of the Zarit Scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. *Int J Geriatr Psychiatry*. En prensa 2008.
11. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20:649-55.

La violencia contra las mujeres como problema de salud. ¿Un asunto cuestionable?

Violence against women as a health problem. A debatable topic?

Sr. Director:

En esta revista se ha publicado el artículo «El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud»¹, en el cual los autores se plantean evaluar la opinión del personal sanitario del Hospital Clínico de Barcelona sobre la violencia contra las mujeres. Su principal conclusión se refleja explícitamente en el título del estudio: los profesionales de la salud no consideran que la violencia contra las mujeres sea un problema de salud. Consideramos que estos resultados podrían tener un importante impacto en la comunidad sanitaria y de Salud Pública. En este sentido, nos parece necesario discutir algunos aspectos relacionados con las características y resultados del citado estudio.

Cabría hacer una primera reflexión sobre la resistencia a denominar al problema, utilizando conceptos consolidados en el ámbito de la Salud Pública, como «violencia contra las mujeres en la pareja» o «violencia del compañero íntimo contra las mujeres», que es, según el primer Informe sobre Violencia y Salud de la Organización Mundial de la Salud, «cualquier comportamiento dentro de una relación íntima presente o anterior que causa daño físico, psíquico o sexual» de hombres contra mujeres². El concepto utilizado en el artículo en cuestión, violencia doméstica, hace tan sólo referencia al ámbito en que tienen lugar los actos violentos, sin especificar qué miembros de la familia están implicados y cuáles son los motivos por los que tiene lugar este tipo de suceso².

En relación con los resultados y las principales conclusiones del estudio, proponemos la discusión en torno a la posible generalización de las siguientes afirmaciones que se realizan en el primer párrafo de la discusión del artículo: a) que la violencia contra las mujeres no es considerada por los profesionales sanitarios como un problema de salud; b) que según la experiencia de los profesionales participantes en el estudio, este problema afecta a pocas mujeres, y c) que el papel de los servicios médicos ante este problema no es relevante.

Consideramos que la generalización de los resultados de este estudio podría suponer un paso atrás para la investigación sobre violencia de género en Salud Pública. Actualmente, se cuenta con un volumen importante de investigaciones empíricas que no sólo ponen de manifiesto que la violencia contra las mujeres es un problema de salud y una causa componente de la mortalidad femenina, sino que también han llevado a que se considere un determinante de las desigualdades de género en salud³.

El hecho de que sean pocos los casos atendidos por los profesionales participantes en el estudio citado contrasta con los resultados de otro estudio realizado en España, que indica que aproximadamente un 20% de las mujeres que acuden al médico presenta este problema⁴. En este sentido, la discrepancia de estos resultados puede deberse a: a) los problemas de validez externa del estudio, que se basa en una muestra de profesionales que trabajan en un hospital concreto, y b) el estudio con que se contrastan los resultados se ha realizado en ámbito de atención primaria y no hospitalaria.

Todavía falta por definir el papel de los profesionales sanitarios en el abordaje de la violencia de género. Además, la evidencia empírica en torno a la efectividad, el nivel de aceptación y la capacidad de reducción del riesgo de recurrencias y mortalidad por esta causa de las pruebas de detección precoz es escasa⁵. Sin embargo, las propias consecuencias de este problema para la salud de las mujeres afectadas dan a los profesionales sanitarios la responsabilidad y la oportunidad de participar en las intervenciones en torno a la violencia contra las mujeres⁶. La Ley Orgánica 1/2004 de Protección Integral contra la Violencia de Género en España, en consonancia con las leyes de otros países⁷, cuentan con el sector sanitario para el desarrollo de las respuestas al problema.

Una vez se ha conseguido el objetivo de que el sector sanitario se incorpore en la lucha contra la violencia hacia las mujeres, resulta prioritario que la investigación y la acción en torno a este tema estén orientadas a la identificación de los factores promotores del papel de los servicios sanitarios y de sus profesionales en la detección, el tratamiento y la coordinación con otros agentes e instituciones implicados en las respuestas al problema. Poner en cuestión la violencia contra las mujeres como un problema de salud constituye retroceder en el tiempo en los avances que se han realizado en España y en otros países.

Carmen Vives-Cases / Diana Gil-González
Área de Medicina Preventiva y Salud Pública,
Universidad de Alicante, Alicante, España.

Bibliografía

1. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farrás U, Rodríguez D, Millá J, Santiña M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. 2008;22:7-10.