

Susana Pan-Pombo¹
 Ana Lago-Salgado²
 Daniel Viejo-Fernández^{3,*}

1. Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Serantes. Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Ferrol, A Coruña, España.
2. Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Caranza. Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Ferrol, A Coruña, España.
3. Enfermero especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Arteixo. Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Arteixo, A Coruña, España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dani_viejo_fernandez@hotmail.com (Daniel Viejo-Fernández).

Recibido el 10 de octubre de 2022; aceptado el 11 de octubre de 2022

Necesidades y demandas de servicios de salud por parte del cuidador principal del paciente inmovilizado

Needs and demands for health services by the main caregiver of the immobilized patient

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las necesidades y las demandas de servicios de salud del cuidador principal de pacientes inmovilizados en el Centro de Salud de Caranza. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal sobre los cuidadores principales de pacientes inmovilizados, mediante la identificación de inmovilizados y captación de 39 cuidadores principales que voluntaria y anónimamente participaron. Inclusión de variables de calidad (≥ 2 visitas/año), clínicas (sobrecarga, apoyo, estrés, ansiedad y depresión), sociodemográficas y de satisfacción con el servicio. **Resultados:** El indicador de calidad se superó en el 89,8% de inmovilizados. Entre sobrecarga y parentesco ($p = 0,040$), nivel de cobertura ($p = 0,012$) o tiempo de respuesta ($p = 0,015$) se observaron diferencias estadísticamente significativas. También hubo diferencias estadísticamente significativas entre apoyo social y nivel de cobertura ($p < 0,001$), tiempo de respuesta ($p = 0,022$), sobrecarga ($p = 0,003$), ansiedad ($p = 0,046$) o depresión ($p = 0,040$). Por último, se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre nivel de estrés y género ($p = 0,035$). **Conclusiones:** El presente trabajo muestra que las necesidades y demandas de servicios de salud se deben dirigir a disminuir el elevado nivel de sobrecarga, estrés y depresión detectado. De este modo, el estudio pone en evidencia el tipo de actuaciones multidisciplinares que los servicios de salud deben implementar para mejorar la calidad de vida y mitigar los problemas de salud de los cuidadores principales de pacientes inmovilizados.

PALABRAS CLAVE: Cuidadores, autocuidados, personas encamadas, personas imposibilitadas, visita domiciliaria, necesidades y demandas de servicios de salud.

ABSTRACT

Objective: Assess the needs and demands for health services of the main caregiver of immobilized patients at the Caranza Health Center. **Methodology:** Cross-sectional descriptive study on the main caregivers of immobilized patients, through the identification of immobilized patients and recruitment of 39 main caregivers who voluntarily and anonymously participated. Inclusion of quality variables (≥ 2 visits/year), clinical (burden, support, stress, anxiety, and depression), sociodemographic, and satisfaction with the service. **Results:** The quality indicator was exceeded in 89.8% of fixed assets. Between burden and kinship ($p = 0.040$), level of coverage ($p = 0.012$) or response time ($p = 0.015$), statistical differences were observed. There were also statistically significant differences between social support and coverage level ($p < 0.001$), response time ($p = 0.022$), overload ($p = 0.003$), anxiety ($p = 0.046$) or depression ($p = 0.040$). Finally, statistically significant differences were observed between stress level and gender ($p = 0.035$). **Conclusions:** The present work shows that the needs and demands of health services should be aimed at reducing the high level of overload, stress and depression detected. In this way, the study highlights the type of multidisciplinary actions that health services must implement to improve the quality of life and mitigate the health problems of the main caregivers of immobilized patients.

KEYWORDS: Caregivers, self care, bedridden persons, homebound persons, house calls, health services needs and demand.

■ INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida y las mejores condiciones sanitarias han conducido a un aumento progresivo de personas dependientes con patologías crónicas¹, en muchos casos asociadas a estados de inmovilidad². Considerando pacientes inmovilizados a los que pasan la mayor parte

del tiempo en la cama o tienen dificultad importante para desplazarse, independientemente de la causa, y que durante más de 2 meses necesitan de un cuidador para hacer frente a su dependencia^{3,4}.

Los cuidados que precisan los inmovilizados recaen sobre los proveedores de atención o cuidadores, que dentro de la estructura de soporte de cuidados pueden ser de 2 tipos: formales e informales. La diferencia entre ambos es

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
CPI de pacientes con el episodio "inmovilizado" (CIAP2 A28.01) en su historia clínica de atención primaria en el momento de inicio del estudio	CPI de pacientes inmovilizados que fallecen, cambian adscripción sanitaria o recuperan capacidad de desplazamiento previa inclusión en el estudio
CPI de pacientes inmovilizados desde ≥ 6 meses antes del inicio del estudio (mayo de 2021)	CPI de pacientes que se niegan a participar o que realizan cuidados parciales en favor de cuidadores formales principales

CPI: cuidadores principales.

que los cuidadores formales perciben retribución económica y los informales no están remunerados, independientemente del grado de formación o consanguinidad⁵. A su vez, los cuidadores informales se denominan cuidadores principales cuando proporcionan la mayor parte de la asistencia o cuidadores secundarios cuando participan en menor grado en el cuidado del paciente⁵.

El modelo mediterráneo de atención a los pacientes con dependencia de nuestro país se encuadra dentro del cuidado informal, realizado principalmente por un cuidador principal (CPI) de sexo femenino y mediana edad⁶⁻⁹. Estos CPI son los encargados de satisfacer la mayoría de la atención que necesita el inmovilizado, y son la clave en la prevención de lesiones relacionadas con la dependencia y otros síndromes geriátricos⁶⁻⁹. Suponiendo un coste importante para los CPI que desarrollan "sobrecarga del cuidador" o "síndrome de cansancio del cuidador" por el estrés crónico que puede acarrear la dedicación al cuidado: patologías crónicas, depresión, estrés, ansiedad, etc.⁶⁻¹⁰.

El sistema sanitario español dispone de atención domiciliaria para que el equipo de atención primaria pueda desarrollar de forma longitudinal los cuidados integrales e integrados de los pacientes inmovilizados, y de los CPI en varias fases^{8,9}: identificando a los inmovilizados, captando a sus CPI, contemplando a los cuidadores como recursos y pacientes, comprobando que se cumplen los objetivos establecidos y evaluando las intervenciones realizadas.

Los conceptos expuestos forman parte de una línea principal de la "Estrategia Sergas para el 2020", que trata de orientar la prestación de servicios a las necesidades y a la atención a la cronicidad, mediante una atención integral adaptada a las necesidades de los pacientes, familiares y cuidadores³. Es función del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) garantizar el confort y la calidad de vida en estos pacientes, como recoge la "Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad"¹¹.

■ OBJETIVOS

Teniendo en cuenta lo expuesto, el objetivo principal de este estudio es evaluar las necesidades y demandas de servicios de salud por parte del CPI de pacientes inmovilizados en el Centro de Salud (CS) de Caranza. Estableciendo como objetivos secundarios: identificar todos los pacientes inmovilizados y evaluar el seguimiento realizado por parte de los profesionales de enfermería mediante el indicador de calidad que establece ≥ 2 visitas/año; definir el perfil de los CPI; identificar situaciones de riesgo o problemas de salud en los CPI (sobrecarga, bajo apoyo social, estrés, depresión y ansiedad), y valorar la satisfacción de los CPI con su servicio de salud (nivel de cobertura y tiempo de respuesta).

■ METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal diseñado siguiendo las directrices de la declaración STROBE¹² para estudios observacionales analíticos. El es-

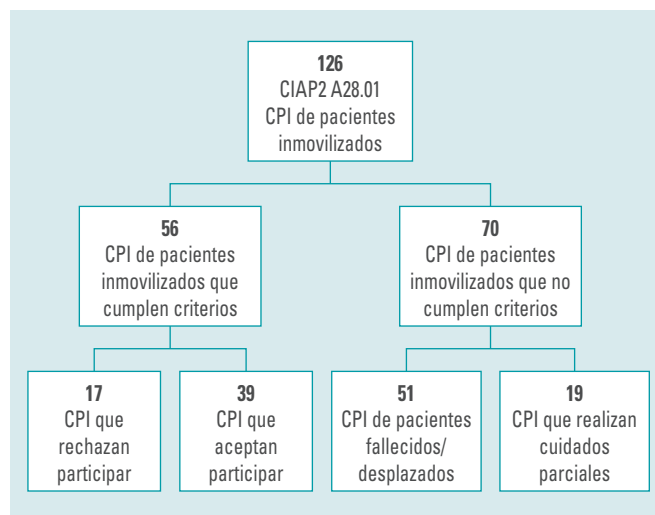


Figura 1. Diagrama de selección de los pacientes.

CPI: cuidador principal.

tudio se desarrolló entre mayo de 2021 y junio de 2022 en la población perteneciente a la Zona Básica de Salud (ZBS) de Caranza, en el Área Sanitaria de Ferrol.

El estudio comprendió a la totalidad de los CPI de pacientes inmovilizados que cumplían los criterios de inclusión y exclusión (tabla 1), por lo que no se realizó ningún procedimiento de muestreo en esta población.

- **Población, ámbito de estudio y captación de la muestra.** La población de estudio se identificó en los listados de pacientes inmovilizados asignados a cada uno de los 8 cupos de medicina y enfermería del centro de salud, a través del código (A28.01) asignado por la "Clasificación Internacional de la Atención Primaria" (CIAP-2) para los pacientes inmovilizados y asociados a las 20.353 tarjetas individualizadas sanitarias de la ZBS de Caranza. Esta información se cotejó por los profesionales de referencia para subsanar posibles errores y omisiones, después de una reunión en la que se informó de los objetivos del estudio y los criterios de selección. De este modo, cada profesional identificó a los pacientes inmovilizados asignados y captó a todos los CPI que cumplían los criterios de selección aprovechando las visitas programadas por su estado de salud (fig. 1).
- **Instrumentos: características de las escalas administradas.** Las escalas utilizadas están validadas para su uso en España y se sustentan por una amplia evidencia científica.
 - El índice de esfuerzo del cuidador (IEC) tiene la ventaja de ser más breve y sencillo que el Zarit, consta de 13 ítems dicotómicos (sí/no), con ≥ 7 puntos indica un elevado nivel de esfuerzo, y ha

mostrado una consistencia interna de 0,81, una sensibilidad del 100% y una especificidad del 72%^{13,14}.

- La escala Duke Unc (DU) consta de 11 ítems con respuesta tipo Likert (1-5), y con < 32 puntos indica un apoyo social percibido bajo, mostrando una consistencia interna de 0,90 y una correlación intraclase de 0,92¹⁵.
- La escala de estrés percibido (PSS-14) tiene 14 ítems tipo Likert (0-4), cuanto mayor puntuación mayor nivel de estrés (bajo con 0-28 puntos y alto con 29-56 puntos), mostrando una consistencia de 0,81 y una correlación intraclase de 0,73¹⁶.
- La escala de ansiedad y depresión de Goldberg (GADS) está constituida por una subescala para valorar ansiedad y otra para valorar depresión, tiene 18 ítems dicotómicos (sí/no), con ≥ 4 puntos indica ansiedad y con ≥ 2 puntos indica depresión, mostrando una sensibilidad del 83,1% y una especificidad del 81,8%¹⁷.
- **Variables.** La variable para evaluar la calidad del servicio hacia los pacientes inmovilizados empleó el indicador objetivo (≥ 2 visitas/año) para garantizar el confort y la calidad de vida por la “Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad”¹¹; número de inmovilizadas/os con registro anual de ≥ 2 visitas domiciliarias programadas realizadas por enfermería de atención primaria $\times 100$ / total de pacientes inmovilizados/as. El resto de variables se cumplimentaron con las instrucciones del cuestionario de recogida de datos y las escalas administradas para recoger las características clínicas, sociodemográficas y de satisfacción de la población de estudio.
 - Las variables clínicas fueron: el IEC para evaluar la sobrecarga, la DU para evaluar el apoyo social percibido, la PSS-14 para evaluar el nivel de estrés y la GADS para evaluar la ansiedad y la depresión.
 - Las variables sociodemográficas fueron: edad (años), género (hombre o mujer), estado civil (casado/a o no casado/a), nivel académico (estudios básicos, formación profesional o grado universitario), profesión (jubilado/a y parado/a o trabajador activo), parentesco (1.º grado o ≥ 2 .º grado), colaboración de cuidadores ocasionales (sí o no), convive con la persona inmovilizada en el mismo domicilio (sí o no), tiempo como CPI (meses), convivientes en el domicilio de la persona inmovilizada (número de personas).
 - Las variables de satisfacción fueron: nivel de cobertura de necesidades (no cubiertas o cubiertas) y tiempo de respuesta (lento o rápido) por parte de su servicio de salud.
- **Recogida de datos.** Los CPI que voluntariamente decidieron participar autocumplimentaron un cuestionario anónimo con 10 preguntas sociodemográficas, 2 preguntas sobre la satisfacción con el servicio de salud y 4 escalas clínicas (IEC, DU, PSS-14 y GADS). Posteriormente, los participantes introdujeron la documentación entregada en un sobre cerrado facilitado con los cuestionarios cuando se realizó la captación de la muestra. Los sobres cerrados fueron depositados por los CPI en un buzón ubicado a dicho fin en el área administrativa del CS de Caranza, obteniendo así una recogida de datos anonimizada.
- **Análisis estadístico.** Los datos obtenidos se integraron en una hoja de Excel 2021® y posteriormente fueron exportados al SPSS V.26® para el análisis estadístico, considerando aceptable una significación estadística $p < 0,05$. En primer lugar, se empleó estadística descriptiva básica para calcular la frecuencia observada con porcentajes en variables cualitativas y media, desviación típica y rango en variables cuantitativas. A continuación, se confirmó la distribución normal de la muestra con la prueba Shapiro-Wilks (SW) y se empleó estadística analítica mediante pruebas paramétricas para la identificación de asociaciones. La asociación entre variables cualitativas se estudió mediante la prueba χ^2 y la prueba exacta de Fisher, entre variables continuas y dicotómicas con la prueba de la t de Student y entre variables cuantitativas median-

te el coeficiente de correlación de Pearson. Después, se llevó a cabo un análisis multivariante del modelo con regresión logística binaria multivariante (RLBM) en la que se consideraron todas las variables, presentando los resultados de ajuste en forma de *odds ratio* (OR) con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). Por último, se realizó un análisis de las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas con los instrumentos de las variables clínicas, las asociaciones y su fuerza de relación mediante OR con IC95%.

- **Aspectos éticos y legales.** El estudio contó con el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación de Coruña-Ferrol (referencia: 2021/327), respetando todo lo establecido por la legislación vigente en protección de datos, asegurando el rigor metodológico y garantizando el anonimato de los participantes.

■ RESULTADOS

La tasa de participación fue del 69,64%, permitiendo extrapolar los resultados obtenidos a toda la ZBS de Caranza con una heterogeneidad del 50%, un error del 9% y un nivel de confianza del 95%.

Las características clínicas, sociodemográficas y de satisfacción con el servicio de los 39 CPI se presentan en la tabla 2. En cuanto al indicador de calidad del servicio, 35 inmovilizados (89,8%) tenían un registro anual ≥ 2 visitas domiciliarias programadas realizadas por enfermería de atención primaria, 2 (5,1%) tenían 1 visita y otros 2 (5,1%) 0 visitas.

El análisis estadístico confirmó asociaciones entre variables (tabla 2), con diferencias estadísticamente significativas entre la sobrecarga del CPI y el parentesco del inmovilizado ($p = 0,040$), con más CPI con sobrecarga entre los familiares de primer grado y menos entre los familiares de segundo grado. La sobrecarga del CPI y las variables de satisfacción muestran diferencias estadísticamente significativas, considerando con mayor frecuencia que los CPI con sobrecarga tienen sus necesidades peor cubiertas ($p = 0,012$) y el tiempo de respuesta del servicio de salud lento ($p = 0,015$). El apoyo social percibido y las variables de satisfacción muestran la misma diferencia con respecto a las variables de satisfacción, considerando con mayor frecuencia los CPI con bajo apoyo social sus necesidades peor cubiertas ($p < 0,001$) y el tiempo de respuesta del servicio de salud lento ($p = 0,022$). Por último, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de estrés y el género de los CPI ($p = 0,035$), con más hombres con alto nivel de estrés y menos mujeres con alto nivel de estrés.

La RLBM mostró la fuerza de asociación de las variables estudiadas (tabla 3). La OR de tener sobrecarga fue mayor para los parientes cercanos que para los lejanos o sin parentesco ($p = 0,031$; OR: 6,75; IC95%, 1,18-38,41). La OR de tener un apoyo social normal fue mayor para considerar las necesidades cubiertas ($p = 0,002$; OR: 12,27; IC95%, 2,57-58,59) y el tiempo de respuesta rápido ($p = 0,019$; OR: 5,50; IC95%, 1,32-22,86). Finalmente, la OR de tener estrés fue mayor para hombres que para mujeres ($p = 0,029$; OR: 5,50; IC95%, 1,01-29,85).

La correlación fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$ bilateral) entre las puntuaciones totales del IEC (13-2; $8,7 \pm 3,1$), DU (50-0; $31,2 \pm 12,8$), PSS-14 (43-11; $30,5 \pm 5,1$) y GADS (9-0; $4,8 \pm 2,5$). El análisis de variables clínicas mostró diferencias estadísticamente significativas (tabla 4) entre el apoyo social y la sobrecarga ($p = 0,003$), el apoyo social y la ansiedad ($p = 0,046$), el apoyo social y la depresión ($p = 0,040$), y la depresión y la ansiedad ($p = 0,051$). La fuerza de asociación (tabla 4) fue estadísticamente significativa entre el apoyo social y la sobrecarga (OR: 1,66; IC95%, 1,16-2,38), el apoyo social y la ansiedad (OR: 2,00; IC95%, 1,06-3,97), la depresión y el apoyo social (OR: 1,25; IC95%, 1,00-1,55), y la depresión y la ansiedad (OR: 1,23; IC95%, 1,00-1,52).

Tabla 2. Características sociodemográficas, características clínicas y satisfacción con el servicio de salud

χ^2	Frecuencias		Sobrecarga		Apoyo social			Estrés			Ansiedad		Depresión				
	n (%)		Elevada	Normal	p	Bajo	Normal	p	Alto	Bajo	p	Presente	Ausente	p	Presente	Ausente	p
Casos: n (%)	39 (100)		31 (79,5)	8 (20,5)	-	19 (48,7)	20 (51,3)	-	26 (66,7)	13 (33,3)	-	18 (46,2)	21 (53,8)	-	35 (89,7)	4 (10,3)	-
Género																	
Hombre	15 (38,5)		11 (35,5) ^a	4 (50) ^a	0,686 ^c	8 (42,1) ^a	7 (35,0) ^a	0,648	13 (50,0) ^b	2 (15,4) ^a	0,036^c	6 (33,3) ^a	9 (42,9) ^a	0,542	12 (34,3) ^a	3 (75,0) ^b	0,279 ^c
Mujer	24 (61,5)		20 (64,5) ^b	4 (50) ^b		11 (57,9) ^a	13 (65,0) ^b		13 (50,0) ^b	11 (84,6) ^b		12 (66,7) ^b	12 (85,7) ^b		23 (65,7) ^b	1 (25,0) ^b	
Estado civil																	
No casado/a	21 (53,8)		15 (48,4) ^a	6 (75) ^a	0,247 ^c	11 (57,9) ^a	10 (50,0) ^a	0,621	16 (61,5) ^a	5 (38,5) ^a	0,173	12 (66,7) ^a	9 (42,9) ^a	0,137	20 (57,1) ^a	1 (25,0) ^b	0,318 ^c
Casado/a	18 (46,2)		16 (51,6) ^b	2 (25) ^b		8 (42,1) ^a	10 (50,0) ^b		10 (38,5) ^a	8 (61,5) ^a		6 (33,3) ^a	12 (57,1) ^a		15 (42,9) ^b	3 (75,0) ^b	
Nivel académico																	
Estudios básicos	29 (74,4)		24 (77,4) ^a	5 (62,5) ^b	0,656	17 (89,4) ^a	12 (60,0) ^a	0,105	19 (73,1) ^a	10 (76,9) ^b	0,056	14 (77,8) ^a	15 (71,4) ^a	0,789	26 (74,3) ^a	3 (75,0) ^b	0,656
Formación profesional	4 (10,3)		3 (9,7) ^a	1 (12,5) ^b		1 (5,3) ^b	3 (15,0) ^b		1 (3,8) ^b	3 (23,1) ^b		2 (11,1) ^b	2 (9,5) ^b		4 (11,4) ^b	0 (0,0) ^b	
Grado universitario	6 (15,3)		4 (12,9) ^a	2 (25) ^b		1 (5,3) ^b	5 (25,0) ^b		6 (23,1) ^a	0 (0,0) ^a		2 (11,1) ^a	4 (19) ^b		5 (14,3) ^a	1 (25,0) ^b	
Profesión																	
Jubilado/a o parado/a	11 (28,2)		10 (32,3) ^a	1 (12,5) ^b	0,400 ^c	8 (42,1) ^a	3 (15,0) ^a	0,060	7 (26,9) ^a	4 (30,8) ^a	1,0 ^c	6 (33,3) ^a	5 (23,8) ^a	0,510	10 (28,6) ^a	1 (25,0) ^b	1,0 ^c
Trabajador en activo	28 (71,8)		21 (67,7) ^b	7 (87,5) ^b		11 (57,9) ^a	17 (85,0) ^b		19 (73,1) ^a	9 (69,2) ^a		12 (66,7) ^b	16 (76,2) ^a		25 (71,4) ^a	3 (75,0) ^b	
Parentesco																	
1.º grado	31 (79,5)		27 (87,1) ^b	4 (50) ^a	0,040^c	15 (78,9) ^a	16 (80,0) ^a	1,0 ^c	21 (80,8) ^a	10 (76,9) ^b	1,0 ^c	15 (83,3) ^a	16 (76,2) ^a	0,702 ^c	28 (80,0) ^a	3 (75,0) ^b	1,0 ^c
≥ 2.º grado	8 (20,5)		4 (12,9) ^a	4 (50) ^b		4 (21,1) ^a	4 (20,0) ^a		5 (19,2) ^a	3 (23,1) ^a		3 (16,7) ^a	5 (23,8) ^a		7 (20,0) ^a	1 (25,0) ^b	
Colaboración																	
No	16 (41,0)		12 (38,7) ^a	4 (50) ^a	0,694 ^c	9 (47,4) ^a	7 (35,0) ^a	0,433	8 (30,8) ^a	8 (61,5) ^a	0,066	8 (44,4) ^a	8 (38,1) ^a	0,688	15 (42,9) ^b	1 (25,0) ^b	0,631 ^c
Sí	23 (59,0)		19 (61,3) ^b	4 (50) ^b		10 (52,6) ^a	13 (65,0) ^b		18 (69,2) ^a	5 (38,5) ^a		10 (55,6) ^b	13 (61,9) ^a		20 (57,1) ^a	3 (75,0) ^b	
Convivencia																	
No	10 (25,6)		7 (22,6) ^a	3 (37,5) ^b	0,399 ^c	5 (26,3) ^a	5 (25,0) ^a	1,0 ^c	7 (26,9) ^a	3 (23,1) ^a	1,0 ^c	7 (38,9) ^a	3 (14,3) ^a	0,141 ^c	10 (28,6) ^a	0 (0,0) ^a	0,556 ^c
Sí	29 (74,4)		24 (77,4) ^b	5 (62,5) ^b		14 (73,7) ^a	15 (75,0) ^b		19 (73,1) ^a	10 (76,9) ^b		11 (61,1) ^a	18 (85,7) ^a		25 (71,4) ^a	4 (100) ^b	
Necesidades																	
No cubiertas	16 (41,0)		16 (51,6) ^b	0 (0,0) ^a	0,012^c	13 (68,4) ^a	3 (15,0) ^a	0,001	10 (38,5) ^a	6 (46,2) ^a	0,645	9 (50,0) ^a	7 (33,3) ^a	0,291	15 (42,9) ^b	1 (25,0) ^b	0,631 ^c
Cubiertas	23 (59,0)		15 (48,4) ^a	8 (100) ^a		6 (31,6) ^b	17 (85,0) ^b		16 (61,5) ^a	7 (53,8) ^a		9 (50,0) ^a	14 (66,7) ^a		20 (57,1) ^a	3 (75,0) ^b	
Tiempo de respuesta																	
Lento	15 (38,5)		15 (48,4) ^b	0 (0,0) ^a	0,015 ^c	11 (57,9) ^a	4 (20,0) ^a	0,015	9 (34,6) ^a	6 (46,2) ^a	0,485	9 (50,0) ^a	6 (28,6) ^a	0,170	14 (40,0) ^b	1 (25,0) ^b	1,0 ^c
Rápido	24 (61,5)		16 (51,6) ^a	8 (87,5) ^b		8 (42,1) ^b	16 (80,0) ^b		17 (65,4) ^a	7 (53,8) ^b		9 (50,0) ^b	15 (71,4) ^a		21 (60,0) ^b	3 (75,0) ^b	

Continúa

Tabla 2. Características sociodemográficas, características clínicas y satisfacción con el servicio de salud (cont.)

t	Descriptivos x̄ ± DT; R; máx-min	Sobrecarga		Apoyo social		Estrés		Ansiedad		Depresión						
		Elevada	Normal	p	Bajo	Normal	p	Alto	Bajo	p	Presente	Ausente	p			
Edad (años)	55,1 ± 12; 76-29	55,77 ^a	52,5 ^b	0,506	57,79 ^b	52,55 ^b	0,184	53,81 ^a	57,69 ^b	0,356	56,78 ^a	53,67 ^a	0,435	55,00 ^b	56,00 ^b	0,879
Tiempo (meses)	54,8 ± 136; 864-6	63,03 ^a	23,13 ^a	0,468	80,42 ^a	30,55 ^a	0,259	68,65 ^a	27,23 ^a	0,378	78,83 ^a	34,29 ^b	0,315	53,89 ^a	63,25 ^a	0,898
Convivientes	2,6 ± 1; 1; 6-1	2,55 ^a	2,88 ^b	0,467	2,42 ^a	2,80 ^b	0,295	2,65 ^a	2,54 ^b	0,765	2,28 ^b	2,9 ^b	0,08	2,60 ^a	2,75 ^a	0,803
Visitas a domicilio	9,9 ± 11; 48-0	8,84 ^b	14,25 ^b	0,220	9,21 ^a	10,65 ^a	0,689	10,85 ^a	8,15 ^b	0,479	7,8 ^b	7,81 ^a	0,194	9,91 ^a	10,25 ^a	0,955

^{a,b,c}: los valores de la misma fila y subfila que no comparten mismo subíndice son significativamente diferentes ($p < 0,05$);
t de Student: comparación de medias por columna, empleando la prueba de Levene para la comparación de varianzas; *se asumen varianzas iguales; ^hno se asumen varianzas iguales.
[†]Prueba exacta de Fisher cuando ≥ 1 casilla/s tienen un recuento menor del mínimo esperado.
Los valores resaltados en negrita muestran las OR ajustadas que resultaron significativas en el análisis de regresión multivariado.

DISCUSIÓN

El indicador de calidad de la “Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad”²¹, establecido para evaluar la calidad del servicio para los pacientes inmobilizados, ha alcanzado satisfactoriamente el estándar de seguimiento y registro por parte de los profesionales de enfermería. De este modo, la gran mayoría de casos de este estudio (89,8%) ha alcanzado de manera sobresaliente los objetivos de evolución y monitorización establecidos, con una media de 10 visitas/año, que permiten garantizar el confort y la calidad de vida de los pacientes inmobilizados^{3,4,11}. Una frecuentación que refleja un volumen de visitas por parte de los profesionales de enfermería ligeramente superior que el observado en otros estudios^{6,10}.

En cuanto a las características sociodemográficas, hay muchos aspectos que son similares a los de otros estudios. La edad media de los CPI (55 años) es como la de un estudio realizado en Galicia¹⁸ e inferior al resto de estudios revisados^{5,8,10,19}, con una edad superior en mujeres (59 años) que en hombres (49 años)⁷. Las mujeres ejercen como CPI con mayor frecuencia (61,5%), pero las diferencias de género no son tan abrumadoras como en otros estudios^{6,7,10,18,19}, lo que podría mostrar un cambio en la tradicional desigualdad de atribuciones entre géneros hacia los cuidados familiares. La mayoría de los CPI de este estudio no estaban casados (53,8%), mientras que en otros estudios predominaban los casados^{10,18}. Como cabría esperar^{6,7,10,18}, el nivel académico más frecuente incluye los estudios primarios (74,4%). La mayoría (71,8%) compatibiliza el rol de CPI con el trabajo, visualizando un cambio de tendencia en la proporción de CPI con un trabajo con respecto a otros estudios^{6,7,10,18}. El parentesco de primer grado es la vinculación más frecuente entre CPI e inmobilizado, como en descripciones previas^{6,7,10,18,19}. La colaboración limitada (59%) y los largos períodos (> 4 años) como CPI presentes en este estudio son comunes^{6,7,10,18}, pero suponen una carga que los agentes de salud deben tener en consideración antes de que ocasionen un deterioro en los cuidadores^{6,18}. Por último, la convivencia de CPI e inmobilizado es frecuente (74,4%) en este y en otros estudios^{6,7,17,19}.

Las variables de satisfacción empleadas muestran que la mayoría de los CPI del estudio consideran cubiertas sus necesidades (59%) y rápido el tiempo de respuesta por parte del servicio de salud (61,5%), resultados en la línea de lo observado por otro estudio con anterioridad¹⁰. Debiendo prestar especial atención a los CPI que manifiesten no cubiertas sus necesidades y/o lentitud en el tiempo de respuesta del servicio de salud, porque muestran mayor riesgo de padecer sobrecarga y/o tener apoyo social percibido bajo (tabla 3).

La prevalencia de sobrecargar (79,5%) resulta concordante con la encontrada en otros estudios^{6,7,18,19} y pone de manifiesto que el parentesco de primer grado entre CPI e inmobilizado incrementa el riesgo de padecer sobrecarga (OR: 6) (tabla 3). Unos resultados que permiten conocer el grado de sobrecarga del CPI de pacientes inmobilizados de nuestra ZBS, identificar cuáles son los perfiles con mayor riesgo de sobrecarga y perfilar las estrategias de intervención más idóneas para ayudar a estas personas. En esta línea, existen numerosos programas y exitosas intervenciones de apoyo a los cuidadores que describen los talleres de formación, el apoyo psicológico y/o los grupos de autoayuda^{20,21}.

La mayoría de CPI perciben el apoyo social recibido suficiente (51,3%), como en estudios previos^{6,7,10,18}. Nuestros resultados muestran que los CPI con apoyo social percibido bajo tienen mayor riesgo de padecer sobrecarga (OR: 1,6) y ansiedad (OR: 2) que los cuidadores con apoyo social (tabla 4), corroborando lo observado en otras descripciones^{6,7,18}. Esto sugiere que el apoyo social percibido actuaría como un catalizador con la sobrecarga y la ansiedad asociada al cuidado sobre el cuidador,

Tabla 3. Fuerza de asociación de las características clínicas con las variables sociodemográficas y de satisfacción con el servicio de salud

RLBM	Sobrecarga			Apoyo social bajo			Estrés			Ansiedad			Depresión							
	p	OR	IC95%		p	OR	IC95%		p	OR	IC95%		p	OR	IC95%					
			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior				
Género: hombre	0,455	0,55	0,11	2,64	0,649	1,35	0,37	4,92	0,048	5,50	1,01	29,85	0,543	1,00	0,45	2,23	0,148	0,17	0,02	1,86
Estado civil: casado	0,192	3,20	0,55	18,39	0,621	0,73	0,21	2,57	0,178	0,39	0,10	1,53	0,141	0,38	0,10	1,39	0,250	0,25	0,02	2,65
Nivel académico: básico	0,379	0,64	0,24	1,67	0,058	0,35	0,12	1,04	0,299	1,76	0,61	5,12	0,551	0,77	0,32	1,83	0,799	0,84	0,23	3,12
Profesión: no trabaja	0,289	3,33	0,36	30,80	0,069	4,12	0,89	19,00	0,801	0,83	0,19	3,58	0,511	1,60	0,39	6,51	0,881	1,20	0,11	12,90
Parentesco: 1.º grado	0,031	6,75	1,18	38,41	0,935	0,94	0,20	4,44	0,779	1,26	0,25	6,35	0,583	1,56	0,32	7,70	0,815	1,33	0,12	14,80
Colaboración: sí	0,564	1,58	0,33	7,56	0,434	0,60	0,17	2,17	0,072	3,60	0,89	14,51	0,688	0,77	0,21	2,77	0,501	0,44	0,04	4,71
Convivencia: sí	0,395	2,06	0,39	10,83	0,925	0,93	0,22	3,93	0,796	0,81	0,17	3,85	0,090	0,26	0,06	1,23	0,996	1,99e_8	0,00	Inf
Necesidades: sin cubrir	0,000	1,68e_8	0,00	Inf	0,002	12,28	2,57	58,59	0,646	0,73	0,19	2,80	0,294	2,00	0,55	7,30	0,501	2,25	0,21	23,80
Tiempo de respuesta: lento	0,000	6,36e_9	0,00	Inf	0,019	5,50	1,32	22,86	0,487	0,62	0,16	2,40	0,175	0,40	0,11	1,50	0,565	2,00	0,19	21,20
Edad: n.º años	0,496	1,02	0,95	1,09	0,182	1,04	0,98	1,10	0,397	0,97	0,92	1,03	0,424	1,02	0,97	1,08	0,875	0,99	0,91	1,08
Tiempo cuidando: n.º meses	0,281	1,02	0,98	1,06	0,464	1,01	0,99	1,03	0,354	1,01	0,99	1,04	0,441	1,00	0,99	1,01	0,896	1,00	0,99	1,01
Convivientes: n.º personas	0,459	0,77	0,39	1,52	0,291	0,72	0,39	1,32	0,758	1,10	0,59	2,04	0,091	0,56	0,28	1,10	0,797	0,89	0,36	2,18
Domiciliados: n.º visitas	0,229	0,96	0,90	1,02	0,680	0,99	0,93	1,05	0,473	1,03	0,96	1,10	0,204	1,04	0,98	1,11	0,953	1,00	0,91	1,09

IC95%: intervalo de confianza del 95%; inf.: infinito; OR: *odds ratio*; RLMB: regresión logística binaria multivariante.
 Los valores resaltados en negrita muestran las OR ajustadas que resultaron significativas en el análisis de regresión multivariado.
 *Prueba de significación: χ^2 .
 †Prueba de significación: prueba exacta de Fisher.

Tabla 4. Fuerza de asociación entre las características clínicas estudiadas

χ^2	Sobrecarga			Apoyo social			Estrés			Ansiedad			Depresión		
	p	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p	OR	IC95%
Sobrecarga: sí	-	-	-	0,003^b	0,600	0,420-0,858	0,094 ^b	0,909	0,665-1,243	0,247 ^b	1,244	0,907-1,707	1,000 ^b	1,067	0,592-1,923
Apoyo social: bajo	0,003^b	1,667	1,165-2,384	-	-	-	0,038^a	0,688	0,369-1,280	0,038^a	2,000	1,006-3,977	0,040 ^a	0,800	0,643-0,996
Estrés: alto	0,694 ^b	0,860	0,534-1,387	0,257 ^a	0,772	0,488-1,222	-	-	-	0,496 ^a	1,167	0,750-1,814	1,000 ^b	0,876	0,474-1,620
Ansiedad: sí	0,247 ^b	2,065	0,593-7,189	0,038 ^a	2,105	0,992-4,468	0,496 ^a	1,300	0,591-2,858	-	-	-	0,110 ^b	0,810	0,658-0,996
Depresión: sí	1,000 ^b	1,032	0,775-1,374	0,040^a	1,250	1,004-1,556	1,000 ^b	0,958	0,777-1,182	0,110 ^b	1,235	1,004-1,520	-	-	-

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.
Los valores resultados en negrita muestran las OR ajustadas que resultaron significativas en el análisis de regresión multivariado.

^aPrueba de significación: χ^2 .

^bPrueba de significación: prueba exacta de Fisher.

disminuyendo las consecuencias negativas para la salud cuando el CPI percibe que puede comunicarse y sentirse aceptado, valorado o protegido cuando pueda necesitarlo.

Las elevadas puntuaciones medias de las variables clínicas vinculadas con los factores psicológicos de los CPI de nuestra ZBS reflejan una prevalencia de estrés (66,7%), ansiedad (46,2%) y depresión (89,7%) más elevada que en otras investigaciones^{6,7,18}. Constatando, a su vez, que los CPI hombres tienen más riesgo de padecer estrés (OR: 5,5) que las mujeres, y que los CPI con depresión tienen más de riesgo de tener un apoyo social percibido bajo o ansiedad (OR: 1,2) que los que no tienen depresión (tablas 3 y 4). Unas características que podrían relacionarse con el bajo nivel de estudios de la muestra con respecto a la de los estudios comparados^{6,7,18}, siendo posible que un mayor nivel de estudios facilite desarrollar hábitos saludables y estrategias de afrontamiento más eficaces.

Los resultados obtenidos y los aportados en la bibliografía^{6-10,18,19,21} ponen en evidencia la necesidad de implementar actuaciones multidisciplinares encaminadas a apoyar a los CPI, sobre todo cuando las revisiones realizadas sobre el tema muestran el beneficio potencial que estas tienen²¹⁻²⁴. De este modo, se requiere una respuesta acorde a la gravedad del problema expuesto desde nuestra Atención Primaria, que como primer escalón de asistencia sanitaria debería desarrollar intervenciones dirigidas para mejorar la calidad de vida y mitigar los problemas de salud expuestos en el estudio.

Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio se encuentra la imposibilidad de inferir relaciones de causalidad, una limitación propia de los estudios transversales. El procedimiento de selección ha limitado el número de cuidadores principales participantes y el método de recogida de datos ha incrementado las pérdidas. A pesar de la validez demostrada, las escalas elegidas tienen poca experiencia en este campo y haber empleado instrumentos de autoinforme podría introducir un sesgo de respuesta. Por último, no ha sido posible incluir en este estudio variables que nos habrían ofrecido un perfil más completo: grado de dependencia del paciente inmobilizado, sobrecarga subjetiva percibida por el cuidador y medición de la calidad de vida proporcionada con test de medición.

CONCLUSIONES

El indicador de calidad utilizado alcanzó de manera sobresaliente el objetivo establecido, la satisfacción de los CPI con el soporte proporcionado por enfermería en atención primaria es bueno y el perfil del CPI del paciente inmobilizado es muy parecido al del resto de estudios realizados en nuestro país. El presente trabajo muestra que las necesidades y demandas de servicios de salud se deben dirigir a disminuir el elevado nivel de sobrecarga, estrés y depresión detectado. De este modo, el estudio pone en evidencia el tipo de actuaciones multidisciplinares que los servicios de salud deberían implementar para mejorar la calidad de vida y mitigar los problemas de salud de los CPI de pacientes inmobilizados en la ZBS de Caranza ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Los autores declaran que no han recibido ningún tipo de ayuda económica.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Commission. Demography report 2020 - The Impact of demographic change. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
2. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud — Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Madrid: Secretaría general técnica; 2021.
3. Ministerio de Sanidad. Estrategia SERGAS 2020. Santiago de Compostela: Ofelmaga; 2015.
4. Servizo Galego de Saúde. Estandarización de cuidados de enfermería al paciente inmovilizado en el domicilio. Santiago de Compostela: Ofelmaga; 2005.
5. Dirección general de asistencia sanitaria, subdirección general de planificación y gestión sanitaria. Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario. Comunidad Valenciana: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2014.
6. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Dropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. The caregiver burden and its repercussions on quality of life and health. *Rev Clin Med Fam*. 2009;2:332-9.
7. Peña-Ibáñez F, Álvarez-Ramírez MA, Melenro-Martín J. Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmovilizados en una zona de salud urbana. *Enfem Global*. 2016;43:100-11.
8. García Cueto B, García Martínez C. Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. *Enfem Comunitaria (SEAPA)*. 2017;5:30-44.
9. Gascón Martín S. Plan de Cuidados Estandarizado para cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer desde Atención Primaria. Trabajo fin de grado. Universidad de Zaragoza; 2015. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/31984/files/TAZ-TFG-2015-735.pdf>
10. García Alcaraz F, Delicado Useros V, Alfaro Espín A, López-Torres Hidalgo J. Utilización de recursos sociosanitarios y características del cuidado informal de los pacientes inmovilizados en atención domiciliaria. *Aten Primaria*. 2015;45:195-204.
11. Servizo Galego de Saúde. Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad. Santiago de Compostela: Krissola; 2018.
12. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies. *PLoS Med*. 2007;4:296.
13. Whalen KJ, Buchholz SW. The reliability, validity and feasibility of tools used to screen for caregiver burden: a systematic review. *JBI Database Syst Rev Implement Reports*. 2009;7:1373-430.
14. Odriozola Gojenola M, Vita Garay A, Maiz Alkorta B, Zialtzeta Aduriz L, Bengoetxea Gallastegi L. Índice de esfuerzo del cuidador: test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia. *Semergen*. 2008;34:435-8.
15. Cuéllar-Flores I, Dresch V. Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *Ridep*. 2012;34:89-101.
16. Remor E. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*. 2006;9:86-93.
17. Montón Franco C, Pérez Echevarría M, Campos R, García Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*. 1993;12:345-9.
18. Blanco V, Guisande MA, Sánchez MT, Otero P, López L, Vázquez FL. Síndrome de carga del cuidador y factores asociados en cuidadores familiares gallegos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2019;54:19-26.
19. Revilla-Ahumada L, Ríos-Álvarez AM, Prados-Quel MA, Abril-Garrido AM. La sobrecarga de la cuidadora principal, análisis de las circunstancias que intervienen en su producción. *Med Fam Andal*. 2019;20:122-33.
20. Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo PD. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*. 2008;19:9-15.
21. Bernabéu-Álvarez C, Faus-Sanoguera M, Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS. Revisión sistemática: influencia de los Grupos de Ayuda Mutua sobre cuidadores familiares. *Enf Global*. 2020;58:560-75.
22. Vázquez FL, Hermida E, Díaz O, Torres A, Otero P, Blanco V. Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión sistemática y metanálisis. *Rev Latinoam Psicol*. 2014;46:178-88.
23. León Leyva L. Revisión sistemática sobre intervenciones mediante tecnología, para aliviar la sobrecarga y mejorar la calidad de vida de los cuidadores de personas mayores. Trabajo fin de máster. Universidad Pública Castellón de la Plana; 2021. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/195225/TFM_2021_Le-C3%B3n%20Leyva%2C%20Leyva.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Frías CE, García-Pascual M, Montoro M, Ribas N, Risco E, Zabalegui A. Effectiveness of a psychoeducational intervention for caregivers of people with dementia with regard to burden, anxiety and depression: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2020;76:787-802.