

# Relación entre la salud mental y la calidad de vida en cuidadores de personas con trauma de cráneo en Barranquilla, Colombia

Carlos José De los Reyes-Aragón<sup>1</sup>, Laiene Olabarrieta Landa<sup>2</sup>, Alfonso Caracuel<sup>3</sup>, Juan Carlos Arango-Lasprilla<sup>2,4</sup>.

## RESUMEN

*El objetivo del estudio fue determinar la relación entre la salud mental y la calidad de vida de cuidadores de personas con TCE de Barranquilla, Colombia. Se entrevistó a 50 cuidadores de individuos con TCE, utilizando la escala de satisfacción con la vida, el Patient Health Questionary-9, la escala de sobrecarga de Zarit, la escala de autoestima de Rosenberg, el inventario de ansiedad estado-rasgo y el Short Form-36. Análisis de correlación canónica revelaron que a mejor salud mental, mejor calidad de vida. Específicamente se encontró que los participantes con mayor sobrecarga tuvieron peor funcionamiento social y menor vitalidad. Los resultados sugieren la necesidad de desarrollar e implementar políticas sociosanitarias dirigidas al tratamiento de la salud mental de los cuidadores de pacientes con TCE. Además, deben diseñarse estrategias orientadas a reducir la sobrecarga, a través del mejoramiento del funcionamiento social y del incremento de su nivel de vitalidad.*

## Palabras clave:

depresión, sobrecarga, ansiedad, autoestima, calidad de vida.

## ABSTRACT

*The aim of this study was to determine the system of connections between mental health and quality of life of caregivers of individuals with TBI in Barranquilla, Colombia. 50 caregivers of individuals with TBI completed the Satisfaction with Life Scale, Patient Health Questionary-9, Zarit Burden Interview, Rosenberg Self-Esteem Scale, State-Trait Anxiety Inventory, and the Short Form-36. Canonical correlation analyses showed that the better the caregivers' mental health, the better their life quality. Specifically, individuals with a greater burden had worse social functioning and less vitality. These results suggest the need to develop and implement sociosanitary policies and specific measures to treat the mental health of the caregivers of*

## Correspondencia:

Departamento de Psicología,  
Universidad del Norte. Km. 5  
Vía Puerto Colombia, Barranquilla  
(Colombia). (57 5) 3509291.  
cdelosreyes@uninorte.edu.co

<sup>1</sup>Departamento de Psicología, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

<sup>2</sup>BioCruces Health Research Institute. Barakaldo, España

<sup>3</sup>Departamento de Psicología evolutiva, Universidad de Granada, España

<sup>4</sup>IKERBASQUE, Basque Foundation for Science, España

*patients with TBI. Furthermore, new interventions strategies should be designed in order to reduce caregiver burden through the betterment of their social functioning and the increase of their vitality levels.*

### Keywords:

depression, burden, anxiety, self-esteem, quality of life

## Introducción

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) se pueden definir como una alteración neurológica adquirida y no degenerativa originada por una fuerza externa que causa un daño extendido en el cerebro, afectando tanto a zonas corticales como subcorticales<sup>(1, 2)</sup>. El TCE es una de las primeras causas de muerte y discapacidad en personas menores de 35 años<sup>(3)</sup> y se calcula que para el 2020, será una de las primeras causas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial<sup>(4)</sup>.

Dentro de las personas que sobreviven a un TCE, es común encontrar una amplia variedad de secuelas cognitivas (atención, memoria, funciones ejecutivas, etc.), conductuales (tanto por exceso como por defecto, como puede ser la apatía, agresividad, impulsividad, etc.), emocionales (ansiedad, depresión, etc.), de personalidad (cambios de humor, labilidad emocional, etc.), físicas (problemas de sueño, cefalea, espasticidad, incontinencia, etc.), sociales (aislamiento social, menor contacto social, etc.) y familiares (problemas maritales, de comunicación, etc.)<sup>(2-9)</sup>. Todas estas secuelas, perduran tras el incidente e impactan no solo en el paciente, sino también en la familia y el cuidador.

La mayoría de problemas que presentan las personas con TCE perduran a lo largo del tiempo y crean discapacidad. Por tal motivo, es común que requieran cuidados y supervisión constante, generalmente realizadas por miembros de la familia que desempeñan un rol de cuidador informal. Dada la intensidad y la duración de los problemas y que los familiares no suelen estar preparados para asumir el papel de cuidador, es común encontrar

que éstos se vuelvan más vulnerables a presentar problemas de salud mental tales como sobrecarga, estrés, fatiga, trastornos somáticos, menor tiempo para uno mismo, irritabilidad, aumento en la toma de medicamentos legales, ilegales y alcohol, problemas económicos, cambios de roles, menor satisfacción familiar, pobre ajuste social, aislamiento social, sentimientos de culpa, enojo, depresión y ansiedad<sup>(2, 6-16)</sup>.

A consecuencia de esta gran variedad de alteraciones psicológicas que pueden presentar los cuidadores, la calidad de vida de los mismos suele verse afectada, influyendo esto a su vez en el cuidado del paciente<sup>(17)</sup>. Varios estudios como el de Hickey, O'Boyle<sup>(3)</sup> o el de Jackson, Turner-Stokes<sup>(18)</sup> han demostrado que los cuidadores de pacientes con TCE tienen peor calidad de vida, incluso comparándolos con cuidadores de otras poblaciones clínicas tales como demencia<sup>(18)</sup>, enfermedades crónicas y cáncer<sup>(3)</sup>.

El concepto de calidad de vida hace referencia a un constructo multidimensional que refleja la percepción que tiene un individuo acerca de su bienestar físico, emocional o social<sup>(2, 4)</sup>. Hay pocos estudios que hayan investigado la calidad de vida en cuidadores de personas con TCE. La mayoría de ellos se han realizado en Europa y varían en el tamaño de la muestra (desde 22 a 222 cuidadores) y en los instrumentos que han utilizado para medir la calidad de vida como por ejemplo el SF-36, World Health Organization Quality of Life, Schedule of Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weightin. En general todos ellos coinciden en reportar que los cuidadores presentan una peor calidad de vida tanto a corto como a largo plazo<sup>(4, 19)</sup> en áreas como la salud

mental<sup>(17,18)</sup>, y física<sup>(3,19)</sup>. Más específicamente, en estudios que han utilizado la escala del SF36 se ha encontrado que el rendimiento de estos cuidadores es peor en las subescalas de rol físico, rol emocional, vitalidad, dolor corporal, funcionamiento social, salud mental y salud general en comparación con un grupo control de no cuidadores<sup>(4,19)</sup>.

Según lo anterior, se puede observar que los problemas de salud mental en cuidadores de personas con TCE son muy frecuentes, e investigaciones recientes han demostrado que estas personas también presentan una peor calidad de vida. Pese a esto, tanto los problemas de salud mental como la calidad de vida de estos cuidadores han sido investigados de forma independiente, y no existen prácticamente estudios en el mundo que establezcan la relación entre estos dos componentes en esta población. Además, hay todavía menos estudios que se hayan realizado en Latinoamérica, donde existen altas tasas de incidencia en TCE y una falta de recursos y servicios tanto para pacientes como para sus cuidadores, siendo esta población idónea para investigar este tipo de problemas y su posible relación<sup>(4)</sup>. Es por ello que el objetivo de este estudio es determinar la relación entre la salud mental y la calidad de vida en un grupo de cuidadores de personas con TCE de la ciudad de Barranquilla, Colombia.

## Método

### Participantes

Los participantes fueron reclutados a través del servicio de urgencias de la Clínica Cervantes Barragán en Barranquilla, Colombia, entre los familiares de pacientes con TCE leve, moderado o severo, sufrido entre enero de 2007 y diciembre de 2009. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron<sup>(1)</sup> ser el cuidador principal de la persona con TCE, 2) llevar más de seis meses cuidando al paciente y<sup>(3)</sup> no tener historia personal de alteraciones físicas, psicológicas o neurológicas antes de asumir el rol de cuidador. De los 69 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión, 13 no aceptaron la invitación a participar y 6 no pudieron asistir a las citas por la imposibilidad de transportarse hasta el lugar de evaluación.

Los participantes tenían una edad media de 39.68 años ( $DE= 14.09$ ). La mayoría de sujetos eran mujeres (88%) y estaban casados (36%). El 34% eran solteros, el 16% vivían en unión libre, el 10% estaba separado y el 4%, viudos. La mayoría de los cuidadores eran los padres del paciente (26%). El promedio de tiempo semanal que dedicaban a cuidar al paciente fue de 33.52 horas ( $DE= 27.09$ ) ( $M_e = 27.50$ ). El promedio de años de educación de la muestra fue de 11 años ( $DE= 3.33$ ).

## Instrumentos

Para la recolección de los datos sociodemográficos se utilizó un cuestionario diseñado por los investigadores. Posteriormente se administró una serie de cuestionarios para medir la calidad de vida y la salud mental de los cuidadores. Los cuestionarios se describen a continuación:

*Short form-36 (SF-36)*<sup>(20)</sup>. La calidad de vida (CV) de los participantes fue evaluada por el SF-36, una escala de autorreporte que evalúa ocho dominios principales: (1) función física, (2) funcionamiento social, (3) rol físico, (4) dolor corporal, (5) salud mental, (6) rol emocional, (7) vitalidad, y (8) salud general. Sin embargo, en este estudio sólo se examinaron seis dominios especialmente asociados a alteraciones de la salud física. De esta manera se disminuye la posibilidad de sesgo, ya que los dominios rol emocional y salud mental del SF-36, exclusivamente destinados a estimar variables de salud mental, podrían eclipsar la relación existente entre las variables del SF-36 que evalúan salud física y las otras medidas de salud mental del estudio. Las subescalas del SF-36 tienen un rango de 0 a 100 puntos, siendo los puntajes más altos, indicadores de mejor CV<sup>(21)</sup>.

El SF-36 ha sido ampliamente utilizado en diferentes poblaciones con y sin discapacidad<sup>(21)</sup>, incluyendo a cuidadores de pacientes con TCE<sup>(4,22)</sup>. Además ha sido traducida a diferentes idiomas, entre ellos el español. Diversos estudios han demostrado la validez de su traducción y adaptación para su uso en diversos países<sup>(21,23)</sup>.

*Escala de Satisfacción Con la Vida (SWLS)*<sup>(24)</sup>. Los participantes contestaron la SWLS, que es un

instrumento que evalúa el nivel de satisfacción global con la vida a través de 5 preguntas de autorreporte. Cada pregunta debe ser respondida en una escala que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Una puntuación alta representa un alto nivel de satisfacción con la vida <sup>(25)</sup>. La versión en español de la SWLS ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas <sup>(26)</sup>.

*Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)* <sup>(27)</sup>. El PHQ-9 es un cuestionario de autorreporte del *Patient Health Questionnaire* y fue utilizado en este estudio para evaluar la depresión de los cuidadores. El PHQ-9 está compuesto por ocho preguntas que describen los síntomas de la depresión. Se debe responder a cada ítem indicando la frecuencia del síntoma (desde 0 = nunca, hasta 3 = casi todos los días). Las puntuaciones oscilan de 0 a 27, siendo los puntajes más altos indicadores de mayor depresión <sup>(28)</sup>. La versión en español del PHQ-9 <sup>(27)</sup> ha demostrado tener buenos niveles de validez y fiabilidad en la evaluación de la depresión en hispanohablantes <sup>(29, 30)</sup>.

*Zarit Burden Interview (ZBI)* <sup>(31)</sup>. El ZBI fue utilizado en el presente estudio como medida de sobrecarga. Consta de 22 ítems de autorreporte a los que el evaluado debe responder teniendo en cuenta la frecuencia en que ocurren las situaciones allí planteadas (desde 0 = nunca, hasta 4 = Casi siempre). Las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 88, siendo las puntuaciones más altas indicadores de mayor sobrecarga <sup>(32)</sup>. El ZBI ha sido utilizado en diversas investigaciones con cuidadores de pacientes con TCE <sup>(33-35)</sup>. Asimismo, su versión en español ha mostrado buenos niveles de consistencia/validez interna <sup>(36)</sup>.

*Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)* <sup>(37)</sup>. La EAR es una escala de evaluación del autoestima en la que se presentan 10 afirmaciones acerca del evaluado, quien debe responder el nivel de acuerdo o desacuerdo en cada una (desde 1 = muy de acuerdo, hasta 4 = muy en desacuerdo). Las puntuaciones oscilan entre 10 y 40, siendo los puntajes más altos indicadores de mayor autoestima. La versión en español <sup>(38)</sup> ha demostrado niveles adecuados de validez y confiabilidad <sup>(39)</sup>.

*Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* <sup>(40)</sup>. El STAI es un autoinforme que consta de 40 ítems que evalúan la ansiedad estado (20 ítems) y la ansiedad rasgo (20 ítems). Para cada ítem del STAI, los sujetos deben responder si su estado actual (ansiedad estado) o su estado general (ansiedad rasgo) se asemejan o no con los planteados por la escala, debiendo responder desde 1 (nada) hasta 3 (mucho). La variable incluida en el estudio fue la puntuación global (rango posible entre 0 y 120 puntos) siendo los puntajes más altos indicadores de mayor ansiedad. La consistencia interna y la validez del STAI en español han demostrado ser adecuadas <sup>(41, 42)</sup>. Asimismo, el STAI ha demostrado estar relacionado con variables clínicas y de personalidad <sup>(42, 43)</sup>.

### **Procedimiento**

Los participantes fueron contactados telefónicamente a través de la Clínica Cervantes Barragán de la ciudad de Barranquilla y fueron invitados a participar en el estudio. A todos aquellos cuidadores de pacientes con TCE que aceptaron participar se les asignó una cita con los evaluadores. En la cita los participantes leyeron y firmaron el consentimiento informado que formó parte del protocolo de investigación aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Norte (Barranquilla). Durante la cita, todos los participantes fueron entrevistados por los evaluadores para recoger los datos sociodemográficos y les fueron administrados los cuestionarios SF-36, la SWLS, el PHQ-9, el ZBI, la EAR y el STAI.

### **Análisis estadísticos**

En este estudio, la salud mental fue evaluada a través de las escalas de satisfacción con la vida, depresión, sobrecarga, autoestima y ansiedad. Por su parte, la CV fue evaluada por medio de seis de los dominios del SF-36: (1) función física, (2) funcionamiento social, (3) rol físico, (4) dolor corporal, (5) vitalidad, y (6) salud general. Con el objetivo de comprobar la hipótesis de que la CV de los cuidadores de pacientes con TCE se relacionaría con su salud mental, se realizó una correlación canónica para estimar la cantidad de varianza

compartida entre estos dos constructos. Posteriormente se analizaron las cargas canónicas de cada una de las variables, para identificar patrones específicos de relación entre los constructos. De igual forma, se realizó una matriz de correlación de todas las variables. Todos los análisis fueron realizados utilizando el SPSS 20.

## Resultados

### Supuestos de normalidad

Fueron evaluados los supuestos de normalidad, con el fin de verificar la idoneidad de los análisis propuestos. Todos los criterios se cumplieron. La curtosis y la asimetría de todas las variables fue  $< |2|$ . Los gráficos de dispersión mostraron una distribución apropiada y normal de los residuos.

### Matriz de correlación

La matriz de correlación (tabla 2-1) muestra las correlaciones y el nivel de significación de cada una de las variables del estudio. En su mayoría las medidas de salud mental mostraron entre ellas relaciones significativas con valores absolutos de al menos, .346, solamente las relaciones entre sobrecarga y autoestima y entre sobrecarga y ansiedad no fueron significativas ( $p > .10$ ). La satisfacción con la vida correlacionó positivamente con autoestima (.373), y negativamente con el resto de medidas (Tabla 2-1). La depresión correlacionó positivamente con la sobrecarga (.346) y la ansiedad (.508) y negativamente con el resto de medidas. Por último, la autoestima y ansiedad mostraron una correlación negativa (-.549).

**Tabla 2-1.** Matriz de correlaciones

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Sat. con vida	-									
2 Autoestima	.377**	-								
3 Sobrecarga	-.505**	-.091	-							
4 Depresión	-.447**	-.347*	.346*	-						
5 Ansiedad	-.424**	-.549**	.232	.508**	-					
6 Función física	.331*	.417**	-.266	-.201	-.458**	-				
7 Rol físico	.177	.344*	-.470**	-.435**	-.389**	.392**	-			
8 Energía	.555**	.220	-.687**	-.480**	-.284*	.260	.662**	-		
9 Función social	.479**	.199	-.626**	-.619**	-.393**	.188	.557**	.652**	-	
10 Dolor corporal	.325*	.286*	-.411**	-.394**	-.231	.246	.634**	.625**	.619**	-
11 Salud general	.346*	.202	-.594**	-.148	-.261	.377**	.449**	.565**	.510**	.468**

\* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$

Por su parte, casi todos los dominios la CV correlacionaron positivamente entre ellos, con una magnitud de la relación de entre .377 hasta .665. Sólo la función física correlacionó única y positivamente con rol físico (.392) y salud general (.377).

Por último, las magnitudes absolutas de las relaciones significativas entre las variables de salud mental y los dominios de la CV variaron de .284 a .687. La satisfacción con la vida correlacionó positivamente todos los dominios de la CV (rango de  $r = .331$  a .555), excepto con rol físico ( $p = .22$ ). De igual forma, sobrecarga se asoció a cinco de los

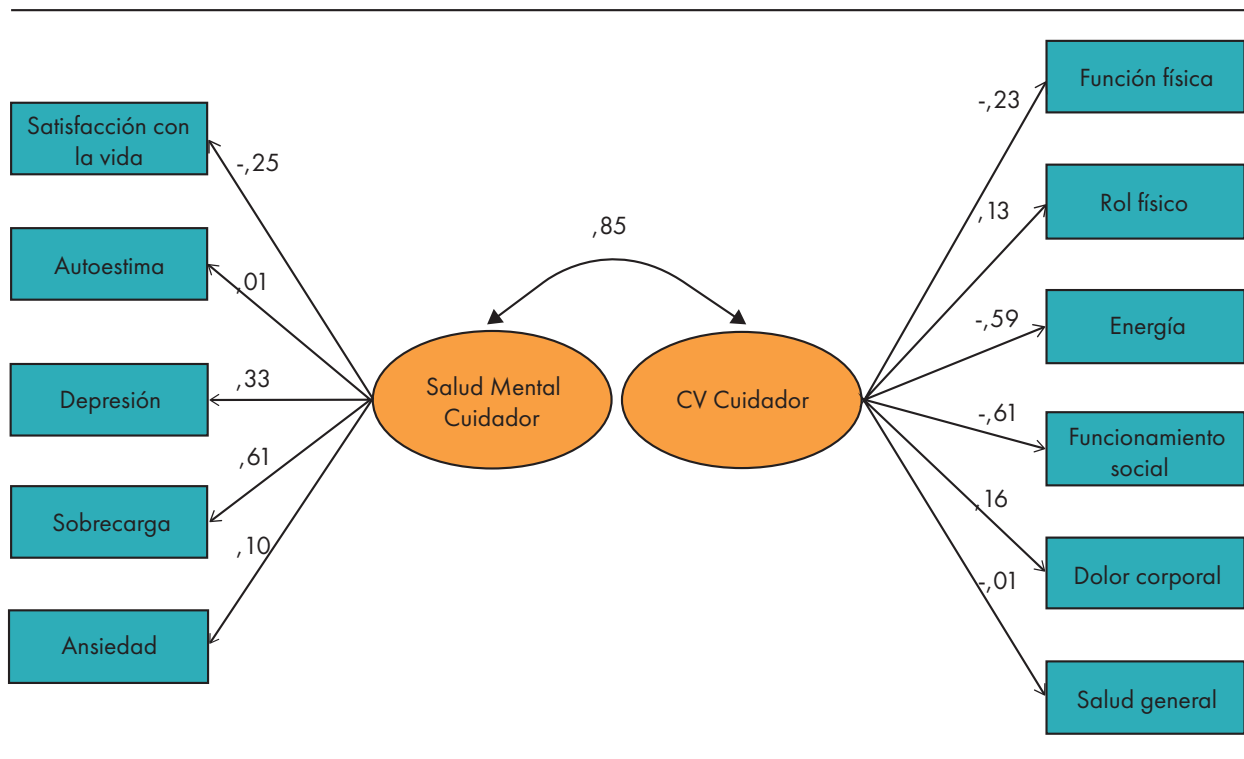
dominios de CV incluyendo rol físico (-.470), vitalidad (-.687), funcionamiento social (-.626), Dolor corporal (-.411) y salud general (-.594). La ansiedad correlacionó negativamente con 4 de los dominios de CV (rango de  $r = -.284$  a -.458). No se asoció con dolor corporal y salud general ( $p > .07$ ). La depresión correlacionó negativamente con cuatro dominios de CV (rangos de  $r = -.394$  a -.619), pero no con función física y salud general ( $p > .16$ ). Por último, autoestima correlacionó positivamente con rol físico (.417), rol físico (.344) y dolor corporal (.286).



### Correlaciones canónicas

La primera correlación canónica fue de .85 (varianza compartida 72.2%),  $\lambda = .11$ ;  $X^2 = 94.92$ ;  $p < 0,001$  (figura 2-1). De acuerdo con lo planteado por Cohen (1988), se muestra un tamaño del efecto grande. Fueron calculados los coeficientes canónicos estandarizados para establecer la contribución de las variables para cada una de las correlaciones canónicas (tabla 2-2). En la primera correlación canónica, los coeficientes canónicos estandarizados de salud mental mostraron que la sobrecarga es el factor con mayor

carga (.607) y el único significativo, ya que el resto de variables obtuvieron coeficientes menores a .40, punto de corte convencional para la interpretación del mismo. Por otra parte, los coeficientes canónicos estandarizados para las variables de CV mostraron una mayor carga de la variable de funcionamiento social (-.613), seguida de vitalidad (-.598). Los coeficientes del resto de variables estuvieron por debajo de .40. Este patrón de varianza compartida sugiere que los cuidadores de pacientes con TCE con mayor sobrecarga tuvieron peor funcionamiento social y menor vitalidad.



**Figura 2-1.** Modelo conceptual de correlación canónica y coeficientes de la primera correlación.

La segunda correlación canónica fue de .59 (varianza compartida 34.8%),  $\lambda = .39$ ;  $X^2 = 40.89$ ;  $p < .01$ ; la tercera de .50 (varianza compartida 25%),  $\lambda = .59$ ;  $X^2 = 22.66$ ;  $p < .05$ ; la cuarta de .39 (varianza compartida 15.2%),  $\lambda = .79$ ;  $X^2 = 10.07$ ;  $p = .122$ ; y la quinta de .25 (varianza compartida 6.2%),  $\lambda = .94$ ;  $X^2 = 2.84$ ;  $p = .241$ . Ninguna de ellas es significativa. Sin embargo, los coeficientes canónicos estandarizados se muestran para referencia en la tabla 2.

### Discusión

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre la salud mental, operativizada como satisfacción con la vida, estado de ánimo, sobrecarga, autoestima y ansiedad, y la calidad de vida (función física, funcionamiento social, rol físico, dolor corporal, vitalidad y salud general) de cuidadores de personas con TCE de la ciudad

Tabla 2-2. Coeficientes canónicos estandarizados de las correlaciones 1 a 5

<b>Salud Mental</b>					
Correlación canónica	1	2	3	4	5
Satisfacción con la vida	-.252	1.100	-.194	.615	-.068
Autoestima	.009	-.475	-.341	.297	1.045
Depresión	.333	.068	-1.150	.095	-.277
Sobrecarga	<b>.607</b>	.388	.505	.792	-.112
Ansiedad	.102	.561	.232	-.402	1.104
<b>CV</b>					
Correlación canónica	1	2	3	4	5
Función física	-.234	-.061	-.261	1.057	-.180
Rol físico	.126	-1.318	.214	-.496	.084
Energía	<b>-.598</b>	.981	-.149	-.055	.334
Funcionamiento social	<b>-.613</b>	-.041	.773	.107	-.897
Dolor corporal	.165	.189	.071	.360	1.132
Salud general	-.011	-.180	-.989	-.639	-.204

de Barranquilla, Colombia. Los resultados de las correlaciones canónicas muestran que existe un gran solapamiento en la varianza de la calidad de vida estimada por el cuidador y su estado de salud mental. Concretamente, las personas que tienen grandes limitaciones para el funcionamiento social y poca vitalidad tienden a sentir mayor sobrecarga derivada del desempeño de su rol de cuidador. Complementariamente, los resultados de las correlaciones bivariadas describen asociaciones significativas entre los componentes de la salud mental y de la calidad de vida, reafirmando la fuerte relación entre ambos constructos.

La existencia de una estrecha relación entre CV y SM indica la importancia que tiene la salud mental en la vida cotidiana de los cuidadores. Esta relación ha sido frecuentemente documentada en estudios con cuidadores familiares de personas con discapacidad. Cummins<sup>(44)</sup> en una revisión de la literatura concluye que los niveles bajos de calidad de vida se relacionan con niveles clínicos de ansiedad y depresión en los cuidadores. Para profundizar en la relación encontrada en este estudio entre la sobrecarga y el funcionamiento social del cuidador de pacientes con TBI, debemos destacar

que, hasta ahora, la sobrecarga se ha relacionado fundamentalmente con las características del paciente. Algunos de esos aspectos del paciente que influyen en el cuidador son la intensidad de la discapacidad<sup>(45)</sup>, el estado de ánimo y el grado de aislamiento del paciente<sup>(7)</sup> o sus alteraciones neuroconductuales y motóricas<sup>(33)</sup>. Sin embargo, hace tiempo, algunos autores indicaron que el nivel de sobrecarga del cuidador no se podía explicar suficientemente si sólo se tenían en cuenta las características del paciente, y que era necesario incluir el funcionamiento social que presentaba el propio cuidador<sup>(46)</sup>. Los resultados obtenidos mediante correlación canónica en este estudio apuntan en esa misma dirección, el funcionamiento social del cuidador se relaciona en gran medida con su nivel de sobrecarga. Para relacionar de una forma más amplia el funcionamiento social con la literatura actual, debemos recurrir al concepto de apoyo social, tradicionalmente asociado al funcionamiento social del cuidador<sup>(47)</sup> y que ha sido un elemento ampliamente estudiado<sup>(16)</sup>.

Ergh, Hanks<sup>(48)</sup> también indican que existe una relación positiva entre el apoyo social y la satisfacción con la vida en cuidadores de pacientes con

TCE. Estos autores determinaron que, en realidad, el apoyo social funcionaba como un moderador de la influencia que la discapacidad del paciente tenía sobre la vida de su cuidador, de modo que cuando el apoyo social era bajo, las alteraciones del paciente con TCE se relacionaban con la satisfacción con la vida del cuidador, pero en cambio, cuando el apoyo social era alto, éstos no afectaban a la satisfacción con la vida del cuidador<sup>(48)</sup>. Sin embargo, si se analiza el apoyo social de forma más pormenorizada, midiendo sus componentes en vez de hacerlo de forma global, los resultados aportan mayores connotaciones. Stevens, Perrin<sup>(49)</sup> encontraron que tres componentes del apoyo social (appraisal, belonging, and tangible) estaban relacionados con factores de la salud mental como la sobrecarga, la ansiedad y la depresión. Sin embargo, la satisfacción con la vida de los cuidadores mexicanos del estudio de Stevens, Perrin<sup>(49)</sup>, al contrario que en el estudio actual, se mostró como un factor de la salud mental del cuidador diferente al resto, no asociado al apoyo social sino relacionado directamente con el número de horas dedicadas a cuidar al paciente con TCE. Otros estudios<sup>(7,10,46)</sup> también indican que existe relación entre el funcionamiento social y los niveles de ansiedad y depresión del cuidador.

Los hallazgos sobre la relación de la vitalidad y la CV del cuidador concuerdan con los encontrados en el ámbito de la discapacidad en general<sup>(50)</sup>, el daño cerebral por ictus<sup>(51)</sup> y también los TBI (4). La alta correlación encontrada entre los distintos componentes de la salud mental del cuidador apoya los hallazgos en cuidadores mexicanos de pacientes con TBI. Concretamente, Coy, Perrin<sup>(52)</sup> mostraron que, en la relación existente entre la sobrecarga y el estado de ánimo del cuidador, la sobrecarga funcionaba como un factor mediador de los efectos que tiene el funcionamiento familiar sobre el estado de ánimo del cuidador.

Las relaciones entre factores específicos de la CV y la SM encontradas en el presente estudio tienen implicaciones sociosanitarias relevantes. Es bien conocido que la SM del cuidador va a repercutir sobre los resultados de la rehabilitación del paciente con TBI<sup>(53)</sup>. El estado de salud del cuidador

no está siendo tenido en cuenta adecuadamente por los sistemas de salud<sup>(54)</sup> y debiera serlo, por dos motivos fundamentales. En primer lugar, desde un punto de vista netamente sanitario para atender directamente al cuidador como un usuario con problemas de salud mental. En segundo, como recurso del sistema, ya que como proveedor de cuidados es un factor influyente en los resultados de la rehabilitación del paciente con TCE, y por tanto, un elemento a tener en cuenta en el balance coste-eficiencia del sistema de salud<sup>(55)</sup>. Brown, Potter<sup>(56)</sup> mostraron que la puntuación de sobrecarga del cuidador en la escala de Zarit era mejor predictor de la institucionalización que el estado mental o los problemas de conducta del paciente.

Aún se disponen de pocos datos sobre lo que sucede con los cuidadores en países Latinoamericanos, por lo que los hallazgos de este estudio cobran mayor importancia, ya que puede haber una gran influencia cultural en la percepción de los constructos de CV y SM en esta población. El efecto de la cultura impide la simple generalización de los resultados de unos grupos sociales a otros, por lo que estudios como éste contribuyen a la programación de acciones bien fundamentadas dirigidas a mejorar la salud mental de los cuidadores y que, por tanto, tendrán mayores garantías de éxito. Este estudio aporta hallazgos que permiten incluir en las políticas sociosanitarias acciones concretas dirigidas a componentes específicos relacionados con la SM, como el funcionamiento social y la vitalidad del cuidador. La implicación principal está dirigida a los programas de rehabilitación de personas con TCE. Está ampliamente recomendado incluir a los cuidadores en los planes de actuación con personas con discapacidad<sup>(44)</sup>, sin embargo, es necesario incluir actividades específicas, basadas en la evidencia para propiciar una mayor eficacia. Los patrones específicos de relación encontrados en el estudio indican que para un buen abordaje terapéutico para reducir la sobrecarga de esta muestra de cuidadores necesita dos elementos fundamentales, mejorar su funcionamiento social e incrementar su nivel de vitalidad o energía. Para cubrir el primer objetivo podrían incluirse actuaciones dirigidas a incrementar la participación y el apoyo de otras personas del entorno en el cuidado



del paciente con TCE, ya que esto han mostrado su asociación con la salud mental del cuidador<sup>(49)</sup>. Además, fomentar que el entorno valore el cuidado que presta el cuidador mejora sus expectativas de autoeficacia. Esta estrategia terapéutica podría ser relevante porque la autoeficacia percibida es uno de los 3 componentes factoriales encontrados en la escala de sobrecarga de Zarit<sup>(57)</sup> y por tanto, influiría directamente en la percepción de sobrecarga del cuidador. De acuerdo con otros estudios, la reducción de la sobrecarga servirá para mejorar el funcionamiento familiar, que repercute positivamente sobre el estado de ánimo del cuidador<sup>(52)</sup>. El segundo objetivo terapéutico sería mejorar la vitalidad o nivel de energía del cuidador, por ejemplo con programas de respiro familiar, que están siendo reclamados desde hace décadas<sup>(11)</sup> pero que siguen siendo escasos en Latinoamérica. Existen evidencias de que, frente a la no intervención, algunas actuaciones sencillas como el entrenamiento en solución de problemas evita problemas de salud mental como la depresión en éste tipo de cuidadores, facilitando un mejor funcionamiento social, mayores niveles de vitalidad y menor limitación en sus roles<sup>(22)</sup>.

Los resultados del presente estudio deben de interpretarse a la luz de las siguientes limitaciones: 1) La definición de salud mental en el presente estudio no abarca otros aspectos que podrían hacer parte de la misma y que al no ser evaluados no se pudieron incluir en los análisis. 2) La calidad de vida se evaluó mediante el SF 36 y en especial

mediante los componentes que evalúan la calidad de vida en su aspecto más físico, es probable que otros aspectos de la calidad de vida de estos cuidadores que no se midieron en este estudio pudieran estar relacionados con la salud mental de los mismos. 3) debido a la naturaleza transversal de la presente investigación, no se puede determinar si la relación que se encontró entre los componentes de la salud mental del cuidador y su calidad de vida cambien o permanezcan así a través del tiempo. 4) Debido a las características específicas de la muestra y al tamaño de la misma, los resultados no deberían generalizarse a cuidadores de personas con TCE en otros sitios de Colombia o Latinoamérica que tengan características diferentes a las de los sujetos de este estudio.

En conclusión, el propósito de este estudio fue determinar la relación entre la salud mental, y la calidad de vida de un grupo de cuidadores de personas con TCE de la ciudad de Barranquilla, Colombia. Los resultados muestran que a mayores problemas de salud mental en los cuidadores, peor es su calidad de vida. Más específicamente, se encontró que a mayor sobrecarga, peor funcionamiento social y peor vitalidad en estas personas. Estos hallazgos apuntan a la imperiosa necesidad de desarrollar e implementar programas que busquen mejorar el funcionamiento psicológico y la calidad de vida de los cuidadores, lo cual podría llevar a que esto se vea reflejado en la calidad de los servicios y en la atención que estas personas prestan a sus pacientes.

## REFERENCIAS

1. Carlozzi NE, Tulsy DS, Kisala PA. Traumatic brain injury patient-reported outcome measure: identification of health-related quality-of-life issues relevant to individuals with traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92(10 Suppl):S52-60.
2. Arango-Lasprilla J, Premuda P, Holguin J. Rehabilitación del paciente con traumatismo craneoencefálico: Una guía para profesionales de la salud. México: Trillas; 2012.
3. Hickey A, O'Boyle C, McGee H, McDonald N. The relationship between post-trauma problema reporting and carer quality of life after severe head injury. *Psychology & Health.* 1997;12(6):827-38

4. Arango-Lasprilla J, Nicholls E, Villasenor Cabrera T, Drew A, Jimenez-Maldonado M, Martinez-Cortes M. Health-related quality of life in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Guadalajara, Mexico. *Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2011;43(11):983-6.
5. Frosch S, Gruber A, Jones C, Myers S, Noel E, Westerlund A, et al. The long term effects of traumatic brain injury on the roles of caregivers. *Brain Inj*. 1997;11(12):891-906.
6. Knight R, Devereux R, Godfrey H. Caring for a family member with a traumatic brain injury. *Brain Inj*. 1998;12(6):467-81.
7. Marsh N, Kersel D, Havill J, Sleigh J. Caregiver burden at 6 months following severe traumatic brain injury. *Brain Inj*. 1998;12(3):225-38.
8. Minnes P, Graffi S, Nolte ML, Carlson P, Harrick L. Coping and stress in Canadian family caregivers of persons with traumatic brain injuries. *Brain Inj*. 2000;14(8):737-48.
9. Nabors N, Seacat J, Rosenthal M. Predictors of caregiver burden following traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2002;16(12):1039-50.
10. Marsh N, Kersel D, Havill J, Sleigh J. Caregiver burden at 1 year following severe traumatic brain injury. *Brain Inj*. 1998;12(12):1045-59.
11. Hall K, Karzmark P, Stevens M, Englander J, O'Hare P, Wright J. Family stressors in traumatic brain injury: a two-year follow-up. *Arch Phys Med Rehabil*. 1994;75(8):876-84.
12. Kolakowsky-Hayner S, Kishore R. Caregiver functioning after traumatic injury. *NeuroRehabilitation*. 1999;13(1):27-33.
13. Perlesz A, Kinsella G, Crowe S. Psychological distress and family satisfaction following traumatic brain injury: injured individuals and their primary, secondary, and tertiary carers. *J Head Trauma Rehabil*. 2000;15(3):909-29.
14. Ergh T, Rapport L, Coleman R, Hanks R. Predictors of caregiver and family functioning following traumatic brain injury: social support moderates caregiver distress. *J Head Trauma Rehabil*. 2002;17(2):155-74.
15. Verhaeghe S, Defloor T, Grypdonck M. Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*. 2005;14(8):1004-12.
16. Chronister J, Chan F. A stress process model of caregiving for individuals with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*. 2006;51(3):190-201.
17. Neugaard B, Andresen E, McKune SL, Jamoom EW. Health-related quality of life in a national sample of caregivers: findings from the behavioral risk factor surveillance system. *J Happiness Stud*. 2008;9:559-75.
18. Jackson D, Turner-Stokes L, Murray J, Leese M, McPherson KM. Acquired brain injury and dementia: a comparison of carer experiences. *Brain Inj*. 2009;23(5):433-44.
19. McPherson KM, Pentland B, McNaughton HK. Brain injury - the perceived health of carers. *Disabil Rehabil*. 2000;22(15):683-9.
20. Stewart AL, Ware JE. *Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach*. Durham, NC: Duke University Press; 1992.
21. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute; 1993.
22. Grant JS, Elliott TR, Weaver M, Bartolucci AA, Giger JN. Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke*. 2002;33(8):2060-5.
23. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*. 1995;104:771-6.
24. Diener E, Emmons R, Larsen R, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of personality assessment*. 1985;49(1):71-5.
25. Pavot L, Diener E. Review of the satisfaction with life scale. *Psychology Assessments*. 1993;5:164-72.
26. Atienza F, Pons D, Balaguer I, García-Merita M. Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes/Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale in adolescents. *Psicothema Revista De Psicología*. 2000;12(2):314-9.

27. Wulsin L, Somoza E, Heck J. The feasibility of using the Spanish PHQ-9 to screen for depression in primary care in Honduras. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*. 2002;4(5):191-5.
28. Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*. 2001;16(9):606-13.
29. Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer R. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med*. 2001;63(4):679-86.
30. Donlan W, Lee J. Screening for depression among indigenous Mexican migrant farmworkers using the Patient Health Questionnaire-9. *Psychological reports*. 2010;106(2):419-32.
31. Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*. 1980;20(6):649-55.
32. Karlikaya G, Yukse G, Varlibas F, Tireli H. Caregiver burden in dementia: A study in the Turkish population. *The Internet Journal of Neurology*. 2005;4(2).
33. Wells R, Dywan J, Dumas J. Life satisfaction and distress in family caregivers as related to specific behavioural changes after traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2005;19(13):1105-15.
34. Lehan T, Arango-Lasprilla JC, De los Reyes-Aragón CJ, Quijano MC. The ties that bind: The relationship between caregiver burden and the neuropsychological functioning of TBI survivors. *NeuroRehabilitation*. 2012;30(1):87-95.
35. Rochat L, Beni C, Billieux J, Annoni J, Van der Linden M. How impulsivity relates to compulsive buying and the burden perceived by caregivers after moderate-to-severe traumatic brain injury. *Psychopathology*. 2011;44(3):158-64.
36. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji L, Rico J, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. 1996.
37. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: USA: Princeton University Press.; 1965.
38. Martín-Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish journal of psychology*. 2007;10(2):458-67.
39. Vázquez A, Jiménez R, Vázquez-Morejón R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*. 2004;22(2):247-55.
40. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. 7 ed. Palo Alto, CA: USA: Consulting Psychologists Press; 1970.
41. Guillén-Riquelme A, Buena-Casal G. Versión Breve del STAI en Adolescentes y Universitarios Españoles. *Terapia psicológica*. 2013;31(3):293-9.
42. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo 7ed*. Madrid: TEA; 2008.
43. Bados A, Gomez-Benito J, Balaguer G. The state-trait anxiety inventory, trait version: does it really measure anxiety? *Journal of personality assessment*. 2010;92(6):560-7.
44. Cummins RA. The subjective well-being of people caring for a family member with a severe disability at home: a review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 2001;26(1):83-100.
45. Livingston LA, Kennedy RE, Marwitz JH, Arango-Lasprilla JC, Rapport LJ, Bushnik T, et al. Predictors of family caregivers' life satisfaction after traumatic brain injury at one and two years post-injury: a longitudinal multi-center investigation. *NeuroRehabilitation*. 2010;27(1):73-81.
46. Marsh N, Kersel D, Havill J, Sleigh J. Caregiver burden during the year following severe traumatic brain injury. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2002;24(4):434-47.
47. Bloom JR, Spiegel D. The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social science & medicine*. 1984;19(8):831-7.
48. Ergh T, Hanks R, Rapport L, Coleman R. Social support moderates caregiver life satisfaction following traumatic brain injury. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2003;25(8):1090-101.

49. Stevens LF, Perrin PB, Gulin S, Rogers HL, Villasenor Cabrera T, Jimenez-Maldonado M, et al. Examining the influence of three types of social support on the mental health of mexican caregivers of individuals with traumatic brain injury. *Am J Phys Med Rehabil.* 2013;92(11):959-67.
50. Edwards B, Higgins DJ. Is caring a health hazard? The mental health and vitality of carers of a person with a disability in Australia. *Med J Aust.* 2009;190(7 Suppl):S61-5.
51. Kniepmann K. Female family carers for survivors of stroke: occupational loss and quality of life. *The British Journal of Occupational Therapy.* 2012;75(5):208-16.
52. Coy AE, Perrin PB, Stevens LF, Hubbard R, Diaz Sosa DM, Espinosa Jove IG, et al. Moderated mediation path analysis of Mexican traumatic brain injury patient social functioning, family functioning, and caregiver mental health. *Arch Phys Med Rehabil.* 2013;94(2):362-8.
53. Sander AM, Maestas KL, Sherer M, Malec JF, Nakase-Richardson R. Relationship of caregiver and family functioning to participation outcomes after postacute rehabilitation for traumatic brain injury: a multicenter investigation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2012;93(5):842-8.
54. Rivera P. Families in rehabilitation. In: Kennedy P, editor. *The Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology.* Oxford: Oxford University Press; 2012.
55. Jackson H, Manchester D. Towards the development of brain injury specialists. *NeuroRehabilitation.* 2001;16(1):27-40.
56. Brown LJ, Potter JF, Foster BG. Caregiver burden should be evaluated during geriatric assessment. *Journal of the American Geriatrics Society.* 1990;38(4):455-60.
57. Montorio Cerrato I, Fernández de Trocóniz M, López López A, Sánchez Colodrón M. Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga 1998. Available from: <http://digitum.um.es/jspui/handle/10201/10157>.