

Determinantes sociales de salud, sobrecarga familiar y calidad de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos en cuidados paliativos

Social determinants of health, family overload and quality of life in family caregivers of cancer patients receiving palliative care

Maria C. Toffoletto y Katiuska L. Reynaldos-Grandón

Recibido 14 agosto 2018 / Enviado para modificación 16 diciembre 2018 / Aceptado 10 febrero 2019

RESUMEN

Objetivo Determinar cuales factores estructurales e intermediarios y sobrecarga familiar explican la calidad de vida de cuidadores familiares de pacientes con cáncer en cuidados paliativos desde el Modelo de Determinantes en Salud de la Organización Mundial de Salud (OMS).

Materiales y Métodos Estudio analítico, transversal con una muestra no probabilística de 212 cuidadores familiares de pacientes oncológicos. La variable calidad de vida fue medida a través de la escala Short-form Healthy Survey (SF-36 v.2). Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias relativas, medias y desviaciones estándar. Para analizar el efecto de los determinantes estructurales e intermediarios y la sobrecarga sobre la calidad de vida, se estimaron diferentes modelos de regresión lineal. Estos modelos se calcularon con errores estándares robustos para lidiar con posibles problemas con el supuesto de heterocedasticidad.

Resultados Los mejores niveles de salud correspondieron a la función física con una media de 86,9 puntos, mientras que la función social reportó una media de 51,4. Las variables estructurales e intermediarias, para el caso de la salud física y mental, presentaron una relación estadísticamente significativa con el género y sobrecarga del cuidador. Ser viudo disminuyó en 13,4 puntos la escala de salud mental en relación a las personas casadas y tener antecedentes mórbidos, redujo en 9,5 puntos la escala de salud mental.

Conclusiones Se identificó principalmente que el género femenino y sobrecarga afectan la calidad de vida y salud de los cuidadores. Se sugiere el desarrollo de estudios con enfoque a la persona con cáncer, género y sobrecarga del cuidador.

Palabras Clave: Determinantes sociales de la salud; cuidadores; cuidados paliativos; instituciones oncológicas; servicio de oncología en hospital (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To determine which structural, intermediary, and family overload factors explain the quality of life of family caregivers of cancer patients receiving palliative care based on the Determinants of Health proposed by the World Health Organization (WHO).

Materials and Methods Analytical, cross-sectional study with a non-probabilistic sample of 212 family caregivers of cancer patients. The variable 'quality of life' was measured using the 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36 v.2). For the descriptive analysis, relative frequencies, means and standard deviations were used. To analyze the effect of structural and intermediary determinants and overload on quality of life, different linear regression models were estimated. These models were calculated with robust standard errors to deal with possible problems based on the assumption of heterocedasticity.

Results The best levels of health were associated with physical function, with a mean score of 86.9 points, while social function reported an average of 51.4. The structural

MT: Enf.-Matrona. Ph.D. Programa de Postgrado en la Salud del Adulto de la Universidad de Sao Paulo. Académica investigadora asociada de la Universidad Tecnológica de Chile INACAP. Rancagua, Chile. mtoffoletto@inacap.cl
KR: Enf.-Matrona. Ing. Comercial. M. Sc. Business and Administration. Ph.D. Ciencias Empresariales. Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.
katiuska.reynaldos@unab.cl

and intermediary variables, in the case of physical and mental health, had a statistically significant relationship with sex and caregiver overload. Being a widower decreased the mental health scale by 13.4 points in relation to married people; having a history of morbidity reduced the mental health scale by 9.4 points.

Conclusions The female sex and overload affect the quality of life and health of caregivers. Further studies should focus on the person with cancer, sex and caregiver overload.

Key Words: Social determinants of health; caregivers; palliative care; cancer care facilities; oncology service; hospital (source: MeSH, NLM).

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo con 8,8 millones de defunciones solo en el año 2015, el 70% de las muertes ocurren en los países de medio y bajo ingreso (1) y, a nivel mundial, con un 7,6% de los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) (2). Según, la International Agency for Research on Cancer (IARC), en el año 2008, 7,6 millones de muertes fueron por cáncer y de estas, 4,8 millones fueron en los países en desarrollo (3).

El objetivo del tratamiento contra el cáncer es curar, prolongar la vida y mejorar su calidad (1). Sin embargo, frente a las imposibilidades terapéuticas, el cuidado paliativo y la manutención del paciente en su domicilio se transforman en un aspecto vital del tratamiento, centrándose en el alivio del dolor, además, permitir al paciente mayor tiempo de su funcionalidad, independencia y relaciones familiares y sociales (4,5).

De lo anterior, los cuidadores familiares son de vital importancia al momento de brindar cuidados a los pacientes ya en fase terminal, siendo un trabajo sistemático, sin retribución económica y no regulado(6). El cuidador familiar se ve enfrentado a nuevos retos en la toma de decisiones y en la reorientación de sus proyecciones personales, lo que puede influenciar directamente en su calidad de vida (7).

La literatura revela que el paciente pasa a ser el foco de la atención y, el cuidador, pasa a presentar factores de riesgo relacionados al cansancio, stress, falta de apoyo emocional y práctico para el cuidado domiciliar. Estudios describen repercusiones físicas y psicológicas en los cuidadores familiares, entre ellas, la sobrecarga de trabajo, percepción negativa de su estado de salud y pérdida de la calidad de vida (8-13).

Investigaciones han caracterizado los cuidadores en cuanto a sus determinantes sociales de la salud y, se ha demostrado el predominio de mujeres con cifras desde un 80% hasta un 91,4% (14), con medias de edad mayor que 40 años (11-12), en su mayoría sin actividad laboral formal remunerada y con estudios básicos (14-15). En cuanto a la relación de estas variables con la calidad de vida, un estudio evidenció una peor calidad de vida en las mujeres y estar al cuidado de personas mayores de 60 años (16). También, otras variables fueron relacionadas a la calidad de

vida como número de morbilidades (17) y a la sobrecarga familiar como cuidadores jubilados, casados y con menor grado de escolaridad (18). En contrapartida, los cuidadores del sexo masculino, con alto nivel de educación, más jóvenes y casados, tienen una mejor calidad de vida (19).

Cabe señalar que el Modelo de Determinantes en Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (20) considera los determinantes estructurales e intermediarios, y, se pretende con este enfoque, analizar la calidad de vida de los cuidadores y, de esta forma, generar información que permita mitigar estos efectos en los cuidadores y en el propio familiar que sufre de cáncer, especialmente si se considera que el rol del cuidador sigue siendo un tema invisibilizado y donde persiste una profunda desigualdad de género.

De lo anterior, este estudio tiene por objetivo, determinar cuales factores estructurales e intermediarios y sobrecarga familiar explican la calidad de vida de cuidadores familiares de pacientes con cáncer en cuidados paliativos desde la perspectiva del Modelo de Determinantes en Salud de la OMS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio analítico, transversal con una muestra no probabilística de 212 cuidadores familiares de pacientes oncológicos inscriptos y activos en el Programa Nacional de Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos de la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital del Salvador de Santiago, Chile.

La calidad de vida fue medida a través de la escala Short-form Healthy Survey (SF-36 v.2). En Chile la escala SF-36 v.2, ha sido validada (21), y, está conformada por 36 ítems, los cuales miden los atributos de 8 dimensiones: Función Física (FF), Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC), Salud General (SG), Vitalidad (VT), Función Social (FS), Rol Emocional (RE), Salud Mental (SM) además, del cambio global en la percepción del estado de salud actual respecto al año anterior o también conocida como pregunta del Estado de Transición (ET). A su vez, las dimensiones de Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal y Salud General, conforman una macrodimensión asociada a un Componente de Salud Física (CSF) y, las dimensiones asociadas a Vitalidad, Función Social, Rol Emocional

y Salud Mental, están asociadas a un Componente de Salud Mental (CSM). Los resultados de cada una de las dimensiones son codificados y transformados en una escala que va desde 0 (el peor estado de la salud) hasta 100 (el mejor estado de la salud) (21-22).

Las variables estructurales del cuidador fueron años de escolaridad (años completos), actividad laboral remunerada (sí/no), ingreso económico (hasta 1 salario mínimo, hasta 2 salarios mínimos, de dos a cuatro salarios mínimos, más de 4 salarios mínimos) y, las intermediarias fueron: género (masculino/femenino), edad (años completos), estado civil (casado, soltero, divorciado, viudo), antecedentes mórbidos (sí, no), tratamiento por enfermedad (sí, no), seguro de salud (privado, público, no tiene), número de hijos, relación de parentesco con el paciente (esposo/a, madre, padre, hijo/a, otro), convive con el paciente (sí/no), tiempo al cuidado (meses/año completo), número de horas para el cuidado (horas diarias).

La sobrecarga del cuidador familiar fue medida a través de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit que consta de 22 preguntas tipo Likert de cinco opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (<46), "sobrecarga ligera" (47-55) o "sobrecarga intensa" (>56) (23). La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit fue validada en Chile por Breinbauer en el año 2009 (24).

La recolección de los datos fue realizada entre noviembre de 2017 a enero de 2018 por seis recolectadores previamente entrenados y por el investigador principal. A los cuidadores se les solicitó la firma del consentimiento informado previo a la recolección de los datos. Se aplicaron las Escalas SF-36 v.2 y Zarit además del instrumento estructurado para la identificación de las variables estructurales e intermediarias de los cuidadores. Cabe señalar que los cuidadores eran invitados a participar en el estudio en el propio servicio posterior a la consulta médica y de enfermería de sus familiares.

Los datos fueron almacenados en el Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 22.0 y procesados en el Software Statistical R Project. Para el análisis descriptivo de las variables categóricas se utilizaron frecuencias relativas (porcentajes), para las variables continuas, se utilizaron medias y desviaciones estándar. Para analizar el efecto de los determinantes estructurales e intermediarios y la sobrecarga sobre los distintos componentes de la salud de la escala SF-36, se estimaron diferentes modelos de regresión lineal. Estos modelos se calcularon con errores estándares robustos para lidiar con posibles problemas con el supuesto de heterocedasticidad.

RESULTADOS

Los cuidadores presentaron una media de edad de 48,8 años, 12,8 años de escolaridad, aproximadamente dos hijos (promedio de 1,9), un promedio de 1,8 años como cuidadores y 12,5 horas diarias dedicada al cuidado.

En la Tabla 1 se puede observar que el 61% de los cuidadores poseía una actividad remunerada, más del 50% tenía un salario mínimo o menos y predominaron las mujeres con un 69%. Los cuidadores familiares estaban casados con el 47%, el 61% no tenía antecedentes de morbilidad y el 62% no seguía ningún tratamiento por enfermedad. El 80% tenía seguro de salud público, el 73% convivía con el paciente, donde el 33% eran hijos. En cuanto a la sobrecarga, se observa que el 58,8% de los cuidadores tenía algún tipo de sobrecarga.

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables estructurales, intermediarias y sobrecarga de los cuidadores

Variable	Atributo	(%)
Actividad Remunerada	Posee actividad remunerada	61
	No posee actividad remunerada	39
Ingreso económico	No tiene	25
	1 salario mínimo	30
	2 salarios mínimos	24
	de 2 a 4 salarios mínimos	15
Género	Más de 4 salarios mínimos	6
	Masculino	31
	Femenino	69
Estado Civil	Casado/a	47
	Soltero/a	39
	Separado/a	9
	Viudo/a	5
Antecedentes mórbidos	Posee morbilidad	39
	No posee morbilidad	61
Tratamiento por enfermedad	Se trata	38
	No sigue tratamiento	62
Seguro de salud	Público	80,7
	Privado	14,6
	Otro	1,9
	No tiene	2,8
Parentesco con el paciente	Esposo/a	24
	Madre	9
	Padre	4
	Hijo/a	33
Convivencia con el paciente	Otro	30
	Convive con el paciente	73
	No convive con el paciente	27
Sobrecarga	Ausencia de sobrecarga	41,2
	Sobrecarga leve	21,3
	Sobrecarga intensa	37,5

A nivel general, se puede observar que los mejores niveles de salud reportados correspondieron a la función física con una media de 86,6 puntos, mientras que la función social reportó una media de 51,4 (Tabla 2).

Para el caso de la salud física y mental, se observa una relación estadísticamente significativa con el género, donde ser mujer disminuyó 7,0 puntos la salud física en compa-

ración con los hombres y, en cuanto a la salud mental, disminuyó la escala de salud mental en 9,4 puntos (Tabla 3).

Ser viudo disminuyó en 13,4 puntos la escala de salud mental en relación a las personas casadas, y, tener antecedentes mórbidos, redujo en 9,5 puntos la escala de salud mental, ambos estadísticamente significativos.

La sobrecarga presentó los mayores niveles de significación estadística en los respectivos indicadores de salud física y mental, en donde por cada aumento en una unidad del índice de sobrecarga, el índice de salud física disminuyó 0,4 puntos, y en el índice de salud mental disminuye 0,6 puntos.

En la Tabla 4, se puede observar que el efecto más fuerte que tuvo la sobrecarga en estas dimensiones correspondió al rol físico, donde por cada unidad de aumento en el índice de Zarit, la escala de rol físico tendió a reducirse 0,6 unidades, siendo esta relación estadísticamente signi-

ficativa al 99% de confianza. Con relación a las variables estructurales e intermediarias, se puede observar que ser mujer redujo en 5,8 y 9,7 las escalas de función física y dolor corporal respectivamente, mientras que, en las variables de rol físico y salud general, la sobrecarga no tuvo una asociación estadísticamente significativa. La variable horas de cuidado redujo en 0,6 la escala de rol físico.

En la Tabla 5, con respecto al índice de Zarit, se puede observar que esta variable tuvo un efecto estadísticamente significativo al 99% de confianza en las dimensiones de vitalidad, rol emocional y salud mental. En contraposición se observa efectos estadísticamente significativos en la variable de función social. Se observa que por cada punto que aumenta la sobrecarga, la vitalidad, el rol emocional y la salud mental tienden a disminuir alrededor de 0,7 puntos.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las dimensiones de la escala SF-36 v.2.

Dimensión	Alfa de Cronbach	Media	Desviación Estándar	N
Función Física (FF)	0,9	86,6	17,0	212
Rol Físico (RF)	0,9	71,1	29,5	209
Dolor Corporal (DC)	0,8	61,4	29,1	199
Salud General (SG)	0,8	59,4	23,4	212
Vitalidad (VT)	0,8	51,9	24,1	212
Función Social (FS)	0,8	51,4	13,6	212
Rol Emocional (SM)	0,8	61,8	27,5	212
Salud Mental (SM)	0,8	52,3	24,8	212
Componente de Salud Física	0,9	70,2	18,5	196
Componente de Salud Mental	0,9	54,3	17,8	212

Tabla 3. Modelos de regresión lineal para componente de salud física y salud mental

Variable	Componente salud física	Componente salud mental
Intercepto	106,8 (10,0) ***	84,7 (9,2) ***
Mujer	-7,0 (2,7) *	-9,4 (2,6) ***
edad	0,0 (0,1)	0,1 (0,1)
Años de escolaridad	0,0 (0,4)	0,0 (0,4)
Soltero	0,6 (3,6)	3,2 (3,1)
Divorciado	-0,6 (4,4)	3,4 (3,3)
Viudo	-6,7 (8,0)	-13,4 (6,5) *
Antecedentes Mórbidos	-12,2 (6,2)	-9,5 (4,5) *
Tratado por enfermedad	2,7 (6,1)	7,5 (4,2)
Número de hijos	-1,2 (1,1)	0,3 (1,1)
Madre del paciente	-5,3 (5,4)	-3,7 (4,6)
Padre del paciente	-5,8 (5,6)	-0,2 (4,5)
Hijo del paciente	-0,9 (3,7)	0,6 (3,4)
Otra relación con el paciente	-2,5 (4,2)	4,8 (3,9)
Convive con el paciente	-0,3 (2,7)	-1,6 (2,9)
entre 1 y 5 años	-3,6 (2,6)	2,2 (2,3)
entre 6 y 10 años	-3,7 (3,8)	0,7 (3,6)
Mayor a 10 años	-3,0 (5,7)	1,5 (4,4)
Horas de cuidado	-0,3 (0,2)	-0,3 (0,2)
Sobrecarga (Índice Zarit)	-0,4 (0,1) ***	-0,6 (0,1) ***
R ²	0,4	0,5
Adj. R ²	0,3	0,4
Num. obs.	188	188

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05

Tabla 4. Modelo de regresión lineal para las dimensiones del componente salud física

	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general
Intercepto	107,7 (9,5) ***	121,5 (14,7) ***	103,9 (17,1) ***	93,9 (13,0) ***
Mujer	-5,8 (2,2) **	-5,6 (4,6)	-9,7 (4,7) *	-6,6 (3,4)
Edad	-0,2 (0,1)	0,1 (0,2)	0,1 (0,2)	0,1 (0,1)
Años de escolaridad	0,4 (0,4)	-0,1 (0,6)	-0,4 (0,7)	0,2 (0,6)
Soltero	-2,1 (3,2)	-4,0 (5,3)	4,8 (6,9)	3,7 (4,3)
Divorciado	-3,3 (3,5)	4,9 (8,3)	-2,5 (8,6)	-1,4 (5,7)
Viudo	-11,1 (7,1)	-14,5 (13,5)	1,6 (12,2)	-2,7 (8,8)
Antecedentes mórbidos	-9,9 (6,2)	-14,2 (8,1)	-14,8 (13,0)	-10,0(6,1)
Tratado por enfermedad	4,2 (5,6)	8,6 (8,0)	0,2 (12,5)	-2,0 (6,2)
Número de hijos	0,2 (0,9)	-2,7 (1,7)	-1,8 (2,0)	-0,4 (1,4)
Madre del paciente	3,8 (4,6)	-17,9 (10,2)	3,3 (8,7)	-10,4 (7,0)
Padre del paciente	3,8 (6,2)	-20,4 (11,5)	4,2 (10,1)	-10,7 (6,8)
Hijo del paciente	1,6 (3,5)	-3,5 (5,9)	2,5 (6,6)	-4,0 (5,0)
Otra relación con el paciente	5,1 (3,6)	-8,1 (6,6)	-5,8 (7,7)	-1,4 (5,3)
Convive con el paciente	-2,8 (2,5)	4,3 (5,0)	-3,8 (5,4)	1,0 (3,4)
entre 1 y 5 años	-3,8 (2,5)	-4,5 (4,3)	-3,0 (4,7)	-3,1 (3,3)
entre 6 y 10 años	-1,4 (3,6)	1,5 (7,0)	-10,8 (6,5)	-4,3 (5,2)
mayor a 10 años	-1,0 (6,1)	8,2 (7,2)	-17,6 (11,1)	-1,5 (6,7)
Horas de cuidado	-0,1 (0,2)	-0,6 (0,3) *	-0,3 (0,3)	-0,1 (0,2)
Sobrecarga (Índice Zarit)	-0,1 (0,1)	-0,6 (0,1) ***	-0,4 (0,1) **	-0,5 (0,1) ***
R ²	0,3	0,3	0,2	0,3
Adj. R ²	0,2	0,2	0,1	0,2
Num. obs.	188	188	188	188

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05

Tabla 5. Modelos de regresión lineal para las dimensiones del componente salud mental

	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Intercepto	95,2 (12,7) ***	44,9(7,9) ***	98,9 (13,5) ***	99,6 (13,6) ***
Mujer	-13,5 (3,6) ***	0,2 (2,1)	-12,8 (4,9) **	-11,4 (3,8) **
Edad	0,1 (0,2)	0,1 (0,1)	0,2 (0,2)	-0,0 (0,2)
Años de escolaridad	0,1 (0,5)	-0,1 (0,3)	0,1 (0,6)	0,1 (0,6)
Soltero	7,1 (4,3)	-3,0 (3,1)	2,0 (4,9)	6,8 (4,3)
Divorciado	6,5 (4,2)	-10,7 (4,6) *	7,7 (6,0)	10,0 (4,9) *
Viudo	-20,6 (7,3) **	-3,9 (6,1)	-14,6 (12,5)	-14,6 (8,6)
Antecedentes Mórbidos	-9,1 (6,7)	-6,8 (4,3)	-10,9 (4,3) *	-11,1 (7,2)
Tratamiento por enfermedad	7,3 (6,4)	6,43(4,0)	7,2 (4,3)	8,9 (7,0)
Número de hijos	1,2 (1,5)	-1,1 (0,9)	-0,1 (1,6)	1,3 (1,6)
Madre del paciente	-7,8 (6,0)	9,4 (5,7)	-4,2 (7,7)	-12,1 (6,4)
Padre del paciente	-2,8 (6,3)	5,5 (6,8)	-1,5 (7,4)	-1,8 (6,1)
Hijo del paciente	-4,3 (4,8)	5,6 (3,5)	4,5 (5,0)	-3,6 (5,3)
Otra relación con el paciente	2,7 (5,6)	9,0 (3,9) *	5,6 (6,1)	1,8 (5,9)
Convive con el paciente	-4,6 (3,7)	1,0 (2,9)	2,8 (4,7)	-5,7 (3,8)
entre 1 y 5 años	3,9 (3,1)	-2,8 (2,2)	4,0 (3,9)	3,6 (3,2)
entre 6 y 10 años	-1,0 (5,0)	3,6 (4,1)	0,2 (6,0)	0,2 (5,8)
mayor a 10 años	3,4 (6,5)	-2,7 (6,4)	2,4 (5,6)	3,0 (5,9)
Horas de cuidado	-0,3 (0,2)	0,0 (0,1)	-0,5 (0,3)	-0,3 (0,2)
Sobrecarga (Índice Zarit)	-0,7 (0,1) ***	0,0 (0,9)	-0,8 (0,1) ***	-0,8 (0,1) ***
R ²	0,4	0,1	0,4	0,4
Adj. R ²	0,4	-0,0	0,3	0,4
Num. obs.	188	188	188	188

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05

Con respecto género, se puede observar un efecto estadísticamente significativo para las variables de vitalidad, rol emocional y salud mental, donde las mujeres en relación con los hombres presentaron 13,5;12,8 y 11,4 puntos menos respectivamente. Se observa que ser viudo en comparación a estar casado redujo la vitalidad en

20,6 puntos, siendo esta relación significativa al 99% de confianza. Con respecto al modelo de función social se observa, que los divorciados en comparación a los casados tuvieron 10,7 puntos menos, al 95% de confianza. En este modelo se observa que las personas que tienen otra relación con el paciente tuvieron 9,0 puntos más

de función social en comparación con las personas que están casadas con el paciente.

Respecto al modelo de rol emocional, se puede observar que las personas con antecedentes mórbidos presentaron 10,9 puntos menos que las personas sin estos antecedentes, siendo esta relación significativa al 95% de confianza.

DISCUSIÓN

El perfil de los participantes en cuanto a los determinantes estructurales e intermediarios está en consonancia con la evidencia científica. Un estudio sobre la calidad de vida de cuidadores familiares de pacientes con cáncer, encontró un promedio de edad de 44,4 años, con predominio del género femenino además del estado civil casado (12). Diversos estudios corroboran el predominio del género femenino considerando el rol del cuidado perteneciente a la mujer por factores culturales y propios de la historia del cuidado (8-11,15).

Respecto a los años de escolaridad e ingreso económico, los hallazgos corroboran con estudios internacionales (8,12,15). Cabe señalar, que la educación e ingreso económico actúan con los intermediarios explicando las condiciones sociales que se traducen en las consecuencias para la salud y calidad de vida de las mismas (20). De lo anterior, en el presente estudio, el bajo ingreso económico, el predominio de mujeres, además, del 80,7% tener un seguro de salud público, demuestra una muestra vulnerable de acuerdo a estudio realizado con cuidadores familiares de personas portadoras de enfermedades crónicas (9).

En cuanto al parentesco, la convivencia y el número de horas al cuidado con el paciente, estudios demuestran resultados similares con un 46,7% de hijos como cuidadores (25), un 81% que conviven con los pacientes (26) y una variabilidad de 3 a 24 horas de cuidado diario (12).

El 58,8% de los cuidadores presentaron sobrecarga. Estudios demuestran resultados similares donde más del 50% de los cuidadores presentan sobrecarga (25-26).

Sobre la calidad de vida, un estudio que describió la calidad de vida de cuidadores de pacientes con cáncer hospitalizados obtuvo resultados similares con un promedio de 81,0 para el rol físico y 76,3 para la función física. Las dimensiones salud general y función social también presentaron resultados aproximados con un promedio de 54,3 y 58,4 respectivamente (11).

En cuanto a los componentes de salud física y salud mental, estudios realizados en Australia (27) y China (28) también encontraron un peor promedio en el componente salud mental cuando comparado con el de salud física. En contrapartida, otro estudio realizado en México, encontró un promedio de salud física de 48,7, resultado bastante bajo en relación al encontrado en el presente estudio (29).

En cuanto a las relaciones estadísticamente significativas, el género tuvo un efecto significativo para la vitalidad, rol emocional y salud mental, donde las mujeres presentaron un menor puntaje.

Específicamente relacionado al género femenino, un estudio, encontró que cuidadoras con puntajes de esperanza más altos tuvieron puntuaciones más altas de salud mental, además, de bajos puntajes de salud física y mental resaltando la necesidad de apoyar a esta población (30).

La asociación significativa entre estado civil y comorbilidades con el componente de salud mental demostró que ser viudo y tener antecedentes mórbidos redujo el puntaje de las escalas de salud mental. La evidencia demuestra mejor calidad de vida a los cuidadores casados (15,19).

La sobrecarga al igual que el género, presentó asociaciones significantes tanto en la dimensión salud física como la salud mental. La evidencia sobre la sobrecarga del cuidador demuestra asociaciones con enfermedades psicosomáticas, cansancio físico, deterioro de la salud mental (31), disstres emocional (32-33), además del deterioro de la calidad de vida (33).

En cuanto al género y sobrecarga del cuidador, un estudio español, encontró un perfil de cuidador del género femenino, promedio de edad de 55 años, hijas del paciente y con formación básica. En la comparación de los géneros, encontró una sobrecarga superior en el grupo de las mujeres con un promedio de 56 en comparación con un promedio de 50 respectivo a los hombres (34).

En cuanto a las limitaciones, el diseño transversal limitó un análisis de la calidad de vida de los cuidadores a lo largo del tiempo y su condición antes del diagnóstico de cáncer de su familiar. De lo anterior, se sugiere el desarrollo de investigaciones con diseños longitudinales.

Los hallazgos de la presente investigación permiten conocer e identificar que determinantes sociales de la salud afectan la calidad de vida y salud de los cuidadores y de esta forma generar medidas que mitiguen estos efectos. Se sugiere el desarrollo de estudios con enfoque en la persona con cáncer, género y sobrecarga del cuidador.

Financiamiento: Financiada por la Vicerrectoría de Investigación y Doctorados de la Universidad Andrés Bello, Chile, con el registro DI-3-17/CBC.

Conflicto de interés: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de Salud. Cáncer: datos y cifras. 2018; [Internet]. <http://bit.ly/32S7Ekw>. Accessed 21 Jun 2018.
2. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in

- 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2010; 380: 2197-2223.
3. Bray F, Znaor A, Cueva P, Korir A, Swaminathan R, Ullrich A et al. Planning and developing population-based cancer registration in low- and middle-income settings. Organización Mundial de la Salud. Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC). [Internet] 2015 <http://bit.ly/32Yvz1J->. Accessed 21 Jun 2018.
 4. Connor SR, Sepulveda-Bermedo MC. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Worldwide Palliative Care Alliance, World Health Organization 2014; [Internet]. <http://bit.ly/2NVPdXM>. Accessed 21 Jun 2018.
 5. Cepero DVR, Pérez FP, Delgado AR. Caracterización de los pacientes terminales y su atención domiciliaria por parte de un equipo básico de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2007; 23(3).
 6. Monis C. Sobrecarga do cuidador informal. *Informar*. 2005; 11(35): 49-56.
 7. Brito VFDS, Rezende AM, Malta JD, Schall VT, Modena CM. Oficinas para cuidadores de crianças com câncer: uma proposta humanizada em educação em saúde. *Psicologia Hospitalar*. 2008;6(1):66-81.
 8. Kim Y, Spillers RL, Hall DL. Quality of life of family caregivers 5 years after a relative's cancer diagnosis: follow-up of the national quality of life survey for caregivers. *Psycho-oncology*. 2012; 21(3): 273-81. <https://doi.org/10.1002/pon.1888>.
 9. Carrillo GM, Chaparro LD, Sánchez BH. The burden of care in family caregivers of patients with chronic illness in the Colombian Pacific coast. *Ciencia y Enfermería*. 2014; XX (2): 83-91.
 10. Youn SC, Sun WH, Cheol H, Yong JL, Young SK, Hyo MK et al. Factors associated with quality of life among family caregivers of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2016; 25 (2): 217-24.
 11. Almutairi KM, Alothayani AA, Alonazi WB, Vinluan JM. Assessment of Health-Related Quality of Life Among Caregivers of Patients with Cancer Diagnosis: A Cross-Sectional Study in Saudi Arabia. *J Relig Health*. 2017; 56(1):226-237.
 12. Puerto-Pedraza HM. Quality of life in family caregivers of people in cancer treatment. *Rev Cuid* 2015; 6(2):1029-40.
 13. Ling SF, Chen ML, Li CY, Chang WC, Shen WC, Tang ST. Trajectory and influencing factors of depressive symptoms in family caregivers before and after the death of terminally ill patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2013; 40(1):E32-40.
 14. Puerto-Pedraza HM, Carrillo-González GM. Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2015; 47 (2): 125-136. Accessed 21 May 2018.
 15. Oliveira WT, Matsuda LM, Sales CA. Relationship between wellness and sociodemographic characteristics of caregivers of people with cancer. *Invest Educ Enferm*. 2016; 34(1):128-136.
 16. Costa TF, Costa KNFM, Fernandes MGM, Martins KP, Brito SS. Quality of life of caregivers for patients of cerebrovascular accidents: association of (socio-demographic) characteristics and burden. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(2): 243-250.
 17. Santos NMF, Tavares DMS. Correlation between quality of life and morbidity of the caregivers of elderly stroke patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(4):952-7.
 18. Loureiro LSN, Fernandes MGM, Marques S, Nóbrega MML, Rodrigues RAP. Burden in family caregivers of the elderly: prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(5):1129-36.
 19. Rocha RS, Pinheiro LP, Oriá MOB, Ximenes LB, Pinheiro AKB, Aquino OS. Determinantes sociais da saúde e qualidade de vida de cuidadores de crianças com câncer. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37(3): e57954.
 20. Organización Mundial de la Salud. Commission on social determinants of health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. [Internet]. 2007. <http://bit.ly/2KwcrSs>. Accessed 21 may 2018.
 21. Olivares P. Estado de Salud de Beneficiarios del Sistema de Salud de Chile 2004-2005. Superintendencia de Isapres, Departamento de Estudios y Desarrollo. 2006; [Internet]. <http://bit.ly/37oV0gu>. Accessed 15 Jun 2018.
 22. Vilaguta G, Ferrera M, Rajmilb P, Permanyer-Miraldad G, Quintanae JM, Santeda R et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005; 19(2):135-50.
 23. Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist*. 1980; 20: 649-55.
 24. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica de Chile*. 2009; 137(5): 657-665.
 25. Pardo XM, Cárdenas SJ, Venegas JM. Variables that predict the appearance of burden in informal primary caregivers of children with cancer. *Psico-oncología*. 2015; 12(1):67-86.
 26. Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Argumentos: *Revista de Crítica Social*. 2015; 17: 307-330. <http://bit.ly/2KBs0le>. Accessed 12 May 2018.
 27. Aoun SM, Deas K, Howting D, Lee G. Exploring the support needs of family caregivers of patients with brain cancer using the CSNAT: A comparative study - with other cancer groups. *PLoS One*. 2015; 11(1): e0148074.
 28. Zhu P, Fu JF, Wang B, Lin J, Wang Y, Fang NN et al. Quality of life of male spouse caregivers for breast cancer patients in China. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014; 15(10):4181-5.
 29. Doubova SV, Infante-Castañed C. Factors associated with quality of life of caregivers of Mexican cancer patients. *Qual Life Res*. 2016; 25(11):2931-40.
 30. Duggleby WD, Williams A, Holstlander L, Thomas R, Cooper D, Hallstrom LK, Ghosh S, O-Rourke H. Hope of rural women caregivers of persons with advanced cancer: guilt, self-efficacy and mental health. *Rural Remote Health*. 2014; 14: 2561.
 31. Wasner M, Paal P, Borasio GD. Psychosocial Care for the Caregivers of Primary Malignant Brain Tumor Patients. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*. 2013; 9(1):74-95.
 32. Williams AL, McCorkle R. Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: a review of the descriptive psychosocial literature. *Palliat Support Care*. 2011; 9(3):315-325.
 33. Costa-Requena G, Cristófol R, Cañete J. Caregivers' morbidity in palliative care unit: predicting by gender, age, burden and self-esteem. *Support Care Cancer*. 2012; 20(7):1465-70.
 34. Ramón-Arbués E, Martínez-Abadía B, Martín-Gómez S. Determinants of caregiver burden. Study of gender differences. *Aten Primaria*. 2017; 49(5):308-9.