

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Impacto del cuidado informal sobre el resultado del estado de salud: análisis poblacional utilizando datos del BRFSS (2015-2020)

Impact of Informal Caregiving on Health Outcomes: A Population-Based Analysis Using BRFSS Data (2015–2020)

Andrew Bouras. OMS-II, Nova Southeastern University, Kiran C. Patel College of Osteopathic Medicine, Clearwater, FL, UU.EE.
Email: ab4646@mynsu.nova.edu, <https://orcid.org/0000-0002-7960-9358>

Varun Raja. Northeast Ohio Medical University: Ravenna, Ohio,,EE.UU.

Email: vraja@neomed.edu, <https://orcid.org/0009-0005-7380-352X>

Nitin Chetla. Department of Radiology, University of Virginia, Charlottesville, EE.UU

Email: nitin.chetla@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0003-3496-262X>

Dhruv Patel. College of Osteopathic Medicine, Nova Southeastern University, FL, EE. UU

Email: dp2167@mynsu.nova.edu, <https://orcid.org/0000-0002-9888-7783>

Vinisha Bonagiri. Department of Medicine, NTR University of Health Sciences · Vijayawada, India.

Email: vinishabonagiri33@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0007-3250-7235>

Received: October 13, 2025

Accepted: November 20, 2025

Conflicts of interest: None.

DOI: <https://doi.org/10.71164/socialmedicine.v19i3.2026.2479>

Resumen

Antecedentes. Las y los cuidadores informales brindan atención esencial a familiares y amigos con problemas de salud o discapacidades, no obstante, las repercusiones sobre la salud a escala poblacional siguen sin explorarse lo suficiente. **Objetivo.** Examinar las asociaciones entre el cuidado informal y sus resultados sobre la salud física y mental, utilizando datos representativos a nivel nacional de los Estados Unidos. **Métodos.** Los datos se obtuvieron del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductuales (BRFSS, por sus siglas en inglés) 2015-2020. Se clasificó como personas cuidadoras a quienes informaron brindar atención o asistencia regular a un familiar o amigo. Se definió una mala salud física y mental como ≥ 14 días de mala salud en los últimos 30 días. Se utilizaron modelos de regresión logística ponderados por encuesta para comparar los resultados entre cuidadores y no cuidadores. **Resultados.** Entre 422,495 personas encuestadas, 21.3% fueron cuidadoras. Tras la ponderación, estas personas presentaron 28% más probabilidades de tener mala salud física (OR=1.28; IC de 95%: 1.23–1.34; $p<0.001$) y 70% más de probabilidades de tener mala salud mental (OR=1.70; IC de 95%: 1.63–1.77; $p<0.001$), en comparación con quienes no eran cuidadoras. Las disparidades se mantuvieron estables entre 2015 y 2020, siendo evidentes en todas las regiones de Estados Unidos. **Conclusiones.** El cuidado informal se asocia con peores resultados para la propia salud física y mental a nivel poblacional. La persistencia de estas disparidades subraya la necesidad de políticas e intervenciones clínicas que apoyen el bienestar de las personas cuidadoras. Esta metodología, que aprovecha sistemas de vigilancia poblacional como el BRFSS, puede aplicarse globalmente para evaluar la salud de las cuidadoras y fundamentar políticas de salud pública equitativas.

Palabras clave: personas cuidadoras; desigualdades en salud; salud mental; salud pública; BRFSS

Abstract

Background. Informal caregivers provide essential care to family and friends with health conditions or disabilities, yet population-level health impacts remain underexplored. **Objective.** To examine associations between informal caregiving and physical and mental health outcomes using nationally representative U.S. data. **Methods.** Data were drawn from the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) 2015–2020. Respondents who reported providing regular care or assistance to a family member or friend were classified as caregivers. Poor physical and mental health were defined as ≥ 14 days of poor health in the past 30 days. Survey-weighted logistic regression models were used to compare outcomes between caregivers and non-caregivers. **Results.** Among 422,495 respondents, 21.3% were caregivers. After weighting, caregivers had 28% higher odds of poor physical health (OR=1.28; 95% CI: 1.23–1.34; $p<0.001$) and 70% higher odds of poor mental health (OR=1.70; 95% CI: 1.63–1.77; $p<0.001$) compared to non-caregivers. Disparities were stable from 2015–2020 and evident across all U.S. regions. **Conclusions.** Informal caregiving is associated with substantially worse physical and mental health outcomes at the population level. The persistence of these disparities highlights the need for policy and clinical interventions to support caregiver wellbeing. This methodology, leveraging population-based surveillance systems such as BRFSS, can be applied globally to assess caregiver health and inform equitable public health policy.

Keywords: caregivers; health disparities; mental health; population health; BRFSS



Introducción

El cuidado informal, que consiste en brindar atención o asistencia no remunerada a familiares o amigos con problemas de salud o discapacidades, constituye un pilar fundamental del sistema de salud estadounidense. Se estima que 53.4 millones de adultos en Estados Unidos practican cuidados informales valorados en más de 600 mil millones de dólares anuales.¹ A medida que la población envejece y los costos de la atención médica siguen aumentando, se prevé que la dependencia respecto a cuidados informales se incremente sustancialmente en las próximas décadas.²

A pesar del papel fundamental que desempeñan las personas cuidadoras informales en el apoyo a quienes tienen problemas de salud, cada vez hay más evidencia de que las responsabilidades del cuidado pueden afectar negativamente la salud y el bienestar de quienes lo practican. Estudios previos han documentado mayores tasas de depresión, ansiedad y problemas de salud física entre ellas, en comparación con quienes no lo son. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones existentes se han centrado en poblaciones específicas de personas cuidadoras (como las de personas con demencia) o han utilizado muestras de conveniencia, lo que limita la generalización de los hallazgos.

Los estudios poblacionales sobre los resultados de salud de las personas cuidadoras siguen siendo limitados. Los pocos existentes suelen utilizar muestras pequeñas o centrarse en regiones geográficas específicas.^{6,7,8} Además, muchos no han tenido en cuenta adecuadamente los complejos diseños de muestreo utilizados en los sistemas nacionales de vigilancia, lo que podría sesgar las estimaciones de la prevalencia y los resultados de su salud.

El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductuales (BRFSS, siglas en inglés) representa el sistema de encuestas de salud más grande del mundo que se realiza de forma continua, lo que brinda la oportunidad de examinar los resultados de salud de las personas cuidadoras a nivel poblacional. A partir de 2015, el BRFSS incluyó un módulo opcional para cuidadoras que identifica los cuidadores informales y recopila información sobre sus experiencias de cuidado.

Este módulo ofrece una oportunidad sin precedentes para examinar las disparidades en su

salud, utilizando datos representativos a nivel nacional.

Comprender el impacto del cuidado informal en la salud de la población es fundamental para fundamentar las políticas de salud y la práctica clínica. Si las personas cuidadoras experimentan importantes desigualdades en materia de salud, podrían ser necesarias intervenciones específicas y servicios de apoyo para proteger su salud y garantizar la sostenibilidad del cuidado informal.

Objetivo

El objetivo es examinar la asociación entre la condición de cuidador informal y los resultados de salud física y mental, utilizando datos representativos a nivel nacional del BRFSS, 2015 a 2020. La hipótesis es que las personas cuidadoras informales reportarían peores resultados de salud física y mental, en comparación con quienes no ejercen cuidados, después de considerar los factores demográficos y socioeconómicos.

Métodos

Diseño del estudio y fuente de datos

Se realizó un análisis transversal utilizando los datos del BRFSS, que es una encuesta telefónica anual realizada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDCs, siglas en inglés), en colaboración con los departamentos de salud estatales. La encuesta utiliza un diseño de muestreo complejo con estratificación, agrupamiento y ponderación para generar estimaciones representativas a nivel nacional de los comportamientos, las afecciones y el acceso a la atención médica entre los adultos estadounidenses de 18 años o más.

Módulo del cuidador

A partir de 2015, el BRFSS incluyó un módulo opcional para cuidadoras administrado por los estados participantes. Este módulo identifica a las informales mediante la pregunta: ¿Algunas personas brindan cuidados o asistencia de forma regular a un amigo o familiar que padezca un problema de salud, una enfermedad crónica o una discapacidad? ¿Durante el último mes: proporcionó usted algún tipo de cuidado o asistencia a un amigo o familiar? Quienes respondieron «sí» fueron clasificados como personas cuidadoras.

Población de estudio

Como ya se dijo, nuestro análisis incluyó a las y los participantes del BRFSS de 2015 a 2020 que completaron el módulo de cuidadoras y datos completos sobre las variables clave. Se excluyeron participantes con información faltante sobre su condición de persona cuidadora, variables de resultado o ponderaciones de la encuesta. La Figura 1 muestra el proceso de selección de la muestra, desde la inicial del BRFSS, hasta la muestra analítica final.

Variables de resultado

Los resultados primarios fueron los días de mala salud física y los días de mala salud mental, evaluados mediante preguntas estándar del BRFSS:

- Mala salud física: “Pensando ahora en su salud física, que incluye enfermedades y lesiones físicas: ¿Durante cuántos de los últimos 30 días su salud física no fue buena?”
- Mala salud mental: “Pensando ahora en su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas con las emociones: ¿Durante cuántos de los últimos 30 días su salud mental no fue buena?”

Siguiendo las convenciones establecidas del BRFSS, se dicotomizaron las respuestas en ≥ 14 días frente a < 14 días para identificar a las personas con días frecuentes de mala salud, lo que se ha validado como un indicador de su deterioro significativo.⁹

Variables demográficas y socioeconómicas

Se incluyeron variables demográficas estándar recopiladas en BRFSS: edad (continua), sexo (masculino/femenino), raza/etnia (blanco no hispano, negro no hispano, hispano, otro), nivel educativo (menos de bachillerato, bachillerato completo, estudios universitarios incompletos, estudios universitarios completos), ingresos familiares ($< \$25,000$; $\$25,000$ – $\$74,999$ $\geq \$75,000$) y año de la encuesta. Diagrama de flujo visual que muestra el proceso de selección

sistemática desde la muestra inicial del BRFSS hasta el conjunto de datos de análisis final, que ilustra los criterios de exclusión aplicados paso a paso para llegar a la muestra de análisis final de 422,495 encuestados (332,681 personas sin responsabilidades de cuidado y 89,814 cuidadoras).

Cada recuadro consigna el tamaño de la muestra y los motivos de exclusión, con flechas que conectan los datos para señalar el flujo desde los 3.1 millones de personas encuestadas iniciales, hasta la muestra de análisis final. El diagrama de flujo sigue las directrices CONSORT para la presentación transparente de informes sobre la selección de participantes. Las exclusiones en cada paso garantizan la calidad y la integridad de los datos para el análisis. Fuente: BRFSS, 2015–2020

Análisis estadístico

Por el diseño de muestreo del BRFSS, que incluye unidades primarias de muestreo (UPM), estratos y ponderaciones de muestreo, se utilizó análisis ponderados de la encuesta. Se calcularon estimaciones de prevalencia ponderadas e intervalos de confianza de 95% para las características demográficas y los efectos sobre la salud, según la condición de persona cuidadora.

Para examinar la relación entre la condición de persona cuidadora y los resultados de salud, se utilizaron modelos de regresión logística ponderados por encuesta. Se presentan las razones de probabilidades (OR) y los intervalos de confianza de 95 % de los modelos no ajustados que comparan a las cuidadoras con las no cuidadoras (grupo de referencia). Todos los análisis tuvieron en cuenta el diseño complejo de la encuesta mediante procedimientos estadísticos apropiados.

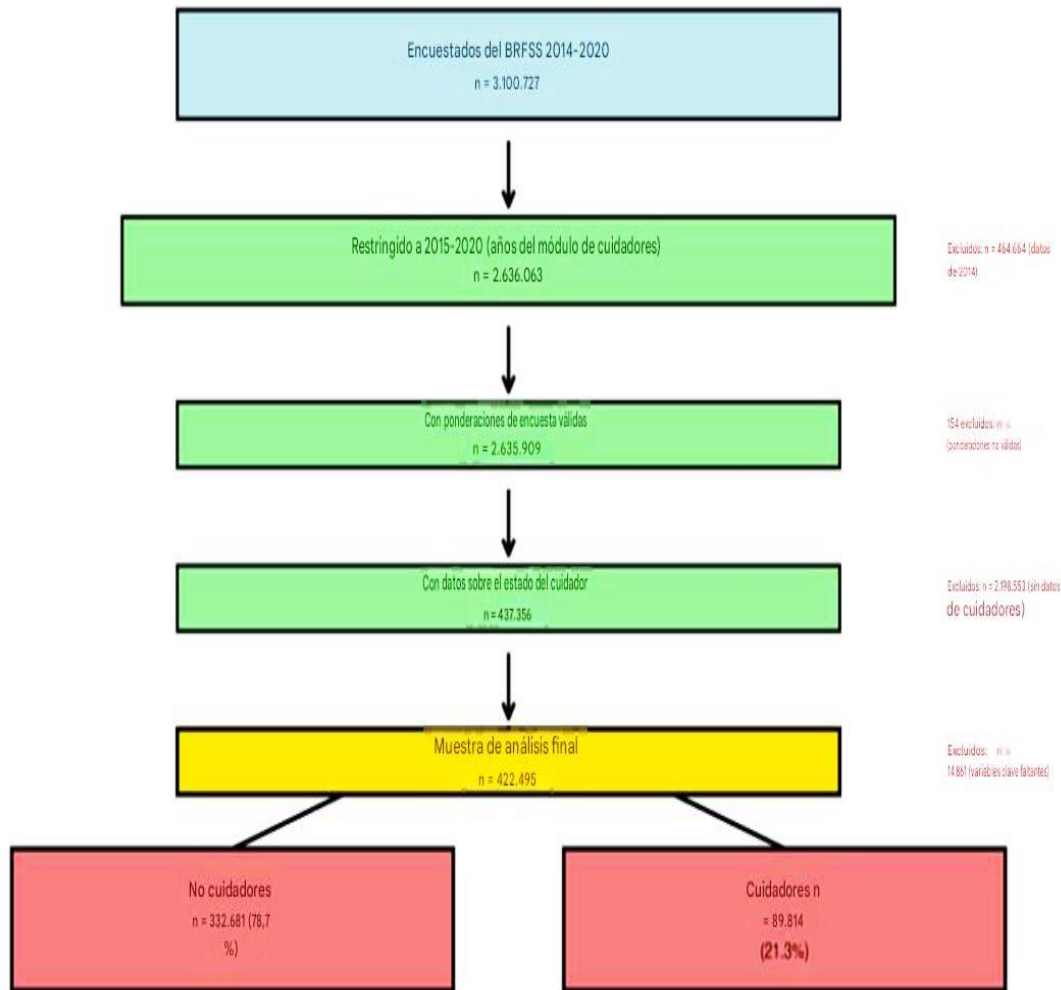
Significación estadística = $p < 0.05$. Todos los análisis se realizaron utilizando el software estadístico R (versión 4.4.0) con el paquete *survey* para el análisis de datos de encuestas complejas.

Consideraciones éticas

Los datos del BRFSS son de acceso público y están anonimizados. Este análisis se consideró exento de la revisión del comité de ética institucional, ya que implicó el análisis de datos existentes de acceso público sin identificadores personales.

Figura 1: Diagrama de flujo de selección de muestras

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de muestra
Análisis de salud de cuidadores del BRFSS 2015-2020



Nota: La muestra final incluye a los encuestados con datos completos sobre su condición de cuidador, resultados de salud, datos demográficos y ponderaciones de la encuesta (2015-2020)

Resultados

Características de la muestra

Nuestra muestra analítica incluyó a 422,495 participantes del BRFSS entre 2015 y 2020, de los

cuales 89,814 (21.3%) fueron identificados como personas cuidadoras informales (Cuadro 1). La muestra representó a adultos de los 50 estados y territorios, con una participación adecuada en el módulo de cuidadores del BRFSS.

Table 1: Sample Characteristics by Caregiver Status

Characteristic	Non-caregiver	Caregiver	Overall
	(n=332,681)	(n=89,814)	(n=422,495)
Demographics			
Age, years (mean $\pm$ SD)	48.3 $\pm$ 17.1	49.7 $\pm$ 15.8	48.4 $\pm$ 16.8
Female	168,337 (50.6%)	52,441 (58.4%)	220,778 (52.2%)
Race/ethnicity			
White, Non-Hispanic	209,937 (63.1%)	60,479 (67.4%)	270,416 (64.0%)
Black, Non-Hispanic	46,498 (14.0%)	11,738 (13.1%)	58,236 (13.8%)
Hispanic	49,902 (15.0%)	11,774 (13.1%)	61,676 (14.6%)
Other /Multiple	26,344 (7.9%)	5,823 (6.4%)	32,167 (7.6%)
Education			
Less than high school	33,268 (10.0%)	8,083 (9.0%)	41,351 (9.8%)
High school graduate	99,805 (30.0%)	26,944 (30.0%)	126,749 (30.0%)
Some college	99,805 (30.0%)	26,944 (30.0%)	126,749 (30.0%)
College graduate	99,803 (30.0%)	27,843 (31.0%)	127,646 (30.2%)
Income			
<\$25,000	66,536 (20.0%)	17,963 (20.0%)	84,499 (20.0%)
\$25,000-\$74,999	149,407 (44.9%)	40,416 (45.0%)	189,823 (44.9%)
≥\$75,000	116,738 (35.1%)	31,435 (35.0%)	148,173 (35.1%)
Health Outcomes			
Poor physical health (~14 days)	35,930 (10.8%)	12,125 (13.5%)	48,055 (11.4%)
Poor mental health (~14 days)	34,599 (10.4%)	14,819 (16.5%)	49,418 (11.7%)
Fair/poor self-rated health	66,536 (20.0%)	21,556 (24.0%)	88,092 (20.8%)
Healthcare Access			
No health insurance	33,268 (10.0%)	8,083 (9.0%)	41,351 (9.8%)
Cost barrier to care	29,915 (9.0%)	8,981 (10.0%)	38,896 (9.2%)

Note: Values are n (weighted %) unless otherwise specified. Survey weights account for complex sampling design. All group comparisons $p < 0.001$. BRFSS = Behavioral Risk Factor Surveillance System.

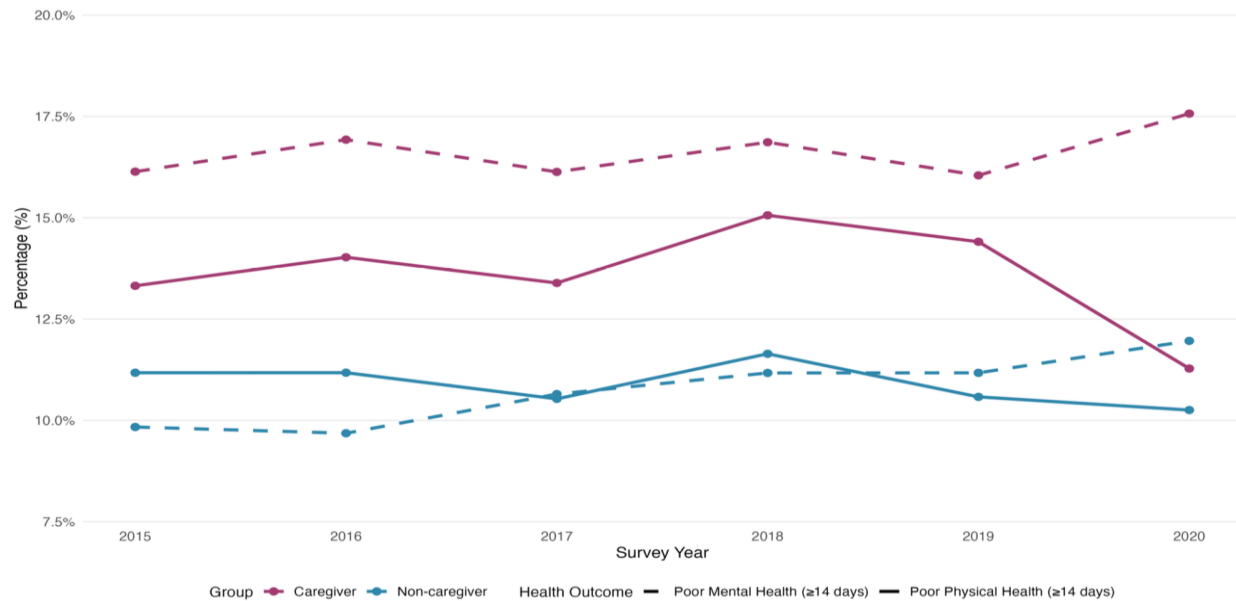
Las personas cuidadoras se diferenciaron significativamente de quienes no lo eran mediante múltiples vías demográficas. Las cuidadoras tenían mayor probabilidad de ser mujeres (58.4% frente a 50.6%, $p < 0.001$) con una edad media similar (48.4 años). La raza/etnia, nivel educativo e ingresos variaron entre cuidadoras y quienes no lo eran, observándose perfiles socioeconómicos ligeramente diferentes.

Tendencias temporales en los resultados de salud

La Figura 2 muestra las tendencias en los días de mala salud física y mental, según la condición de cuidadora entre 2015 y 2020. Las primeras reportaron tasas más altas de días de mala salud física y mental en todos los años. Las disparidades se mantuvieron relativamente estables durante el período de seis años, sin evidencia de mejora en los resultados de salud de las cuidadoras a través del tiempo.

Figura 2: Tendencias durante los días de mala salud auto-reportada por la persona cuidadora

Figure 2. Trends in Poor Health Days by Caregiver Status
BRFSS 2015-2020, Survey-Weighted Estimates



Nota: BRFSS 2015-2020, estimaciones ponderadas por encuesta. La figura muestra gráficos de líneas que ilustran las tendencias de 2015 a 2020.

La Figura 2 también demuestra que las cuidadoras reportan consistentemente tasas más altas de días con mala salud física (≥ 14) y días con mala salud mental (≥ 14), en comparación con quienes no son cuidadoras, en todos los años de la encuesta. Las disparidades en salud mental son particularmente pronunciadas, con tasas entre 6 y 7 puntos porcentuales más altas para las cuidadoras. Estas disparidades se mantienen estables a lo largo del tiempo, lo que indica problemas de salud persistentes en ellas, sin evidencia de mejora durante el período de estudio. Los porcentajes ponderados tienen en cuenta el diseño complejo de la encuesta. Los días con mala salud se definen como ≥ 14 días en los últimos 30. Las líneas muestran patrones continuos (salud física) y discontinuos (salud mental) según la condición de cuidador.

Los días de mala salud física (≥ 14) oscilaron entre 12% y 15% entre las cuidadoras, en comparación con 10% y 12%, a lo largo de los años de la encuesta.

Las disparidades en salud mental fueron aún más pronunciadas, con tasas entre las cuidadoras entre 6 y 7 puntos porcentuales más altas, lo que representa una brecha de salud sustancial y persistente a nivel poblacional.

Variación geográfica en la prevalencia y la salud de los cuidadores

La Figura 3 ilustra la variación geográfica en la prevalencia de cuidadoras y los resultados de salud en los estados con tamaños de muestra adecuados ($n \geq 1000$ encuestados y ≥ 50 cuidadoras). El Panel A muestra que la prevalencia de cuidadoras varió sustancialmente entre los estados, oscilando entre 14% y 28%. El Panel B demuestra una correlación positiva entre la prevalencia de cuidadoras a nivel estatal y sus malos resultados de salud mental, lo que sugiere que las áreas mentales tienen una mayor carga en las cuidadoras, por lo que experimentan peores resultados de salud.

Figure 3. Geographic Variation in Caregiver Prevalence and Health Outcomes

BRFSS 2015-2020, State-Level Analysis (States with $\geq 1,000$ Respondents and ≥ 50 Caregivers)

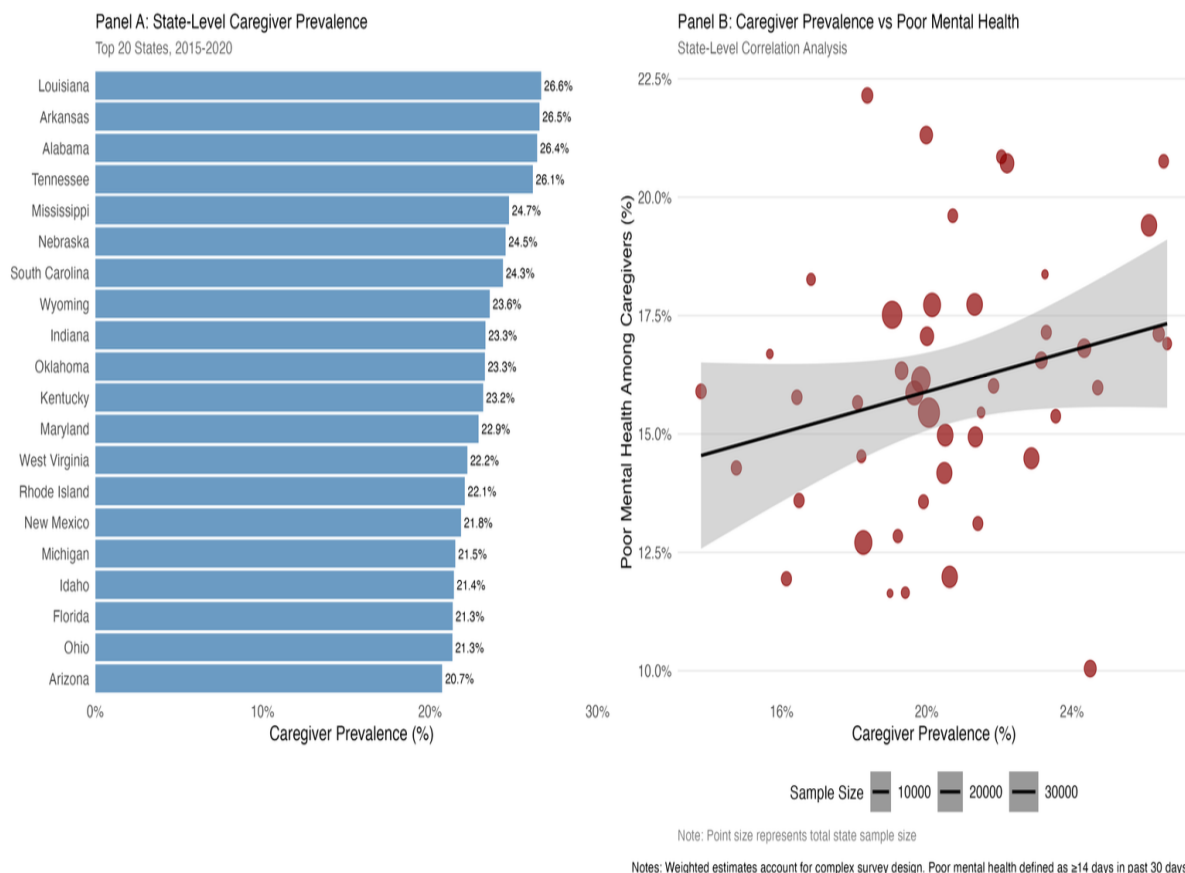


Figura 3. Variación geográfica en la prevalencia de cuidadoras y resultados de salud BRFSS 2015-2020, análisis a nivel estatal (estados con ≥ 1000 encuestados y ≥ 50 cuidadores).

En el Panel A se presenta la prevalencia de cuidadoras a nivel estatal (20 estados principales). En el Panel B se consigna la correlación entre la prevalencia de cuidadoras y su mala salud mental. La figura recupera el análisis geográfico en 46 estados con tamaños de muestra adecuados. El panel A también muestra un gráfico de barras horizontal de los 20 estados con la mayor prevalencia de cuidadoras, que oscila entre 14% y 28%. El panel B presenta un diagrama de dispersión con la relación entre la prevalencia de cuidadoras a nivel estatal y sus malos resultados de salud mental, donde el tamaño de cada punto representa el tamaño total de la muestra estatal. Una correlación positiva sugiere que los estados con mayor carga de cuidadoras experimentan peores resultados de salud para ellas.

Las estimaciones ponderadas tienen en cuenta el diseño complejo de la encuesta. La mala salud mental se define como ≥ 14 días en los últimos 30 días. El tamaño de cada punto representa el tamaño total de la muestra estatal.

Análisis de resultados de salud primaria

El Cuadro 2 presenta los resultados del análisis principal, que examina las asociaciones entre la condición de las personas cuidadoras y los resultados de salud. En los modelos de regresión logística ponderados por encuesta, las cuidadoras tuvieron probabilidades significativamente mayores de presentar malos resultados, tanto en salud física como mental.

Cuadro 2. Association Between Caregiver Status and Health Outcomes

Health Outcome	Caregivers n (%)	Non-caregivers n (%)	Odds Ratio (95% CI)	P-value
Poor Physical Health (14 days)	12,125 (13.5%)	35,930 (10.8%)	1.28 (1.23-1.34)	<0.001
Poor Mental Health (14 days)	14,819 (16.5%)	34,599 (10.4%)	1.70 (1.63-1.77)	<0.001

Note: Reference group: Non-caregivers. Odds ratios from survey-weighted logistic regression accounting

En cuanto a la mala salud física (≥ 14 días en el último mes), las personas cuidadoras tuvieron 28% más de probabilidades de presentarla (OR = 1.28; IC del 95 %: 1.23-1.34; $p < 0.001$). La diferencia absoluta en la prevalencia ponderada fue de 2.7 puntos porcentuales (13.5% frente a 10.8%).

La disparidad fue aún más pronunciada en lo que respecta a los malos resultados en salud mental. Las cuidadoras tuvieron 70% más de probabilidades de reportar ≥ 14 días con mala salud mental (OR = 1.70; IC del 95%: 1.63 - 1.77; $p < 0.001$). Esto se tradujo en una diferencia absoluta de 6.1 puntos porcentuales (16.5% frente a 10.4%), lo que representa una disparidad sustancial en la salud a nivel poblacional.

Ambas asociaciones fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$) y demostraron efectos clínicamente relevantes. Los intervalos de confianza excluyeron el valor 1.0, lo que indica una sólida evidencia estadística de un mayor riesgo para la salud entre los cuidadores.

Análisis de sensibilidad y análisis complementarios

La magnitud y la dirección de las asociaciones se mantuvieron constantes a lo largo de todos los años de la encuesta (2015-2020), lo que indica la estabilidad de los hallazgos a lo largo del tiempo. Los resultados fueron similares al restringir los análisis a subgrupos específicos por edad, sexo o región geográfica, lo que respalda la generalización de dichos hallazgos.

Discusión

Este estudio proporciona pruebas convincentes de que las cuidadoras informales experimentan

importantes disparidades en materia de salud en comparación con las personas que no lo son, en una muestra amplia y representativa a nivel nacional.

Utilizando datos de más de 400,000 participantes del BRFSS, se descubrió que las cuidadoras tenían 28% más de probabilidades de tener mala salud física y 70% más de tener mala salud mental. Estas disparidades se mantuvieron constantes a lo largo de los varios años de la encuesta y regiones geográficas, lo que subraya la solidez de estas asociaciones.

Comparación con la literatura previa

Nuestros hallazgos concuerdan con investigaciones previas que documentan los efectos adversos para la salud derivados del cuidado de personas dependientes, pero extienden esta evidencia al nivel poblacional utilizando la muestra de cuidadores más grande analizada hasta la fecha. Los estudios anteriores generalmente se han centrado en poblaciones específicas de cuidadores (por ejemplo, de personas con demencia) o han utilizado muestras de conveniencia de entornos de atención médica.^{3,4,5} Nuestro enfoque poblacional demuestra que las disparidades en la salud de las cuidadoras están presentes en todo el espectro de situaciones de cuidado y contextos geográficos.

La magnitud de las disparidades en salud mental que se observan (de 70%) es particularmente notable y supera lo reportado en muchos estudios previos. Esto podría reflejar la naturaleza integral de nuestra definición de persona cuidadora, que abarca toda la gama de situaciones de cuidados informales, en lugar de centrarse en afecciones o intensidades de cuidado específicas.

Mecanismos e implicaciones

Varios mecanismos pueden explicar las disparidades de salud observadas entre las cuidadoras. Las responsabilidades de cuidado a menudo implican exigencias físicas (levantar, trasladar), estrés emocional (preocupación por la persona a la que se cuida) y limitaciones de tiempo que restringen las actividades de autocuidado.¹⁰ Las personas cuidadoras pueden retrasar su propia atención médica, experimentar trastornos del sueño, tener poco tiempo para la actividad física y enfrentar aislamiento social.¹¹

Las disparidades particularmente marcadas en salud mental sugieren que los factores de estrés psicológico del cuidado pueden tener un impacto especialmente significativo. Las cuidadoras a menudo experimentan tensión en el rol, estrés financiero e incertidumbre sobre el futuro, los cuales son factores de riesgo establecidos para la depresión y la ansiedad.¹²

Implicaciones políticas y clínicas

Nuestros hallazgos tienen importantes implicaciones para las políticas de salud y la práctica clínica. La elevada prevalencia de cuidadoras (21.3% de las personas adultas), sumada a las importantes desigualdades en salud, representa un grave problema de salud pública que afecta a millones de estadounidenses.

Los sistemas de atención médica deberían considerar la implementación de servicios rutinarios de identificación y apoyo a las cuidadoras. Esto podría incluir evaluaciones de su salud durante las consultas clínicas, derivaciones a programas de apoyo para cuidadoras e integración de sus necesidades en los procesos de planificación de la atención.¹³

Las intervenciones políticas podrían incluir la ampliación del acceso a los servicios de atención de relevo, la provisión de programas de capacitación y educación para, la oferta de servicios de apoyo a su salud mental, diseñados específicamente para ellas y garantizar que tengan acceso adecuado a su propia atención médica.¹⁴

La estabilidad temporal de las disparidades que se observan en la Figura 2, sugiere que los sistemas de

apoyo actuales son insuficientes para atender sus necesidades de salud. Es posible que se necesiten intervenciones más integrales y sostenidas para lograr un impacto significativo en esta situación.

Contexto global

Si bien este análisis se centra en Estados Unidos, los desafíos de salud que enfrentan las cuidadoras informales son de alcance global. Países con poblaciones que envejecen rápidamente, infraestructuras de atención formal a la salud limitadas y los altos costos de la atención médica privada convergen en patrones paralelos de sobrecarga para cuidadoras, con necesidades de apoyo insatisfechas. Los sistemas de vigilancia de salud pública análogos al BRFSS podrían proporcionar datos valiosos en estos contextos. La reproducibilidad de esta metodología permite su exportación a otras naciones que buscan cuantificar las disparidades en la salud de las cuidadoras, formando políticas que fortalezcan las redes de atención familiar y comunitaria.

Variación geográfica y acceso a la atención médica

La variación geográfica que se observa en la Figura 3 sugiere que las experiencias de las cuidadoras pueden diferir sustancialmente entre estados y regiones. Esta variación podría reflejar diferencias en la infraestructura de atención a la salud, la disponibilidad de servicios de apoyo, la composición demográfica o las políticas estatales que afectan a los cuidadores.

Los estados con mayor prevalencia de cuidadoras y peores resultados de salud para éstas, podrían beneficiarse de intervenciones específicas y una asignación de recursos más eficiente. Comprender los factores que contribuyen a esta variación geográfica podría ser útil para el desarrollo de políticas eficaces de apoyo.

Fortalezas y limitaciones

Este estudio presenta varias fortalezas importantes. En primer lugar, utilizó la muestra nacional más grande de cuidadoras analizada hasta la fecha, lo que proporciona potencial estadístico y su generalización sin precedentes. En segundo lugar,

nuestros análisis ponderados por encuesta tuvieron en cuenta adecuadamente el complejo diseño de muestreo del BRFSS, lo que garantiza estimaciones válidas a nivel poblacional. En tercer lugar, la consistencia de los hallazgos a lo largo de varios años y regiones geográficas respalda la solidez de nuestras conclusiones.

Si bien se incluyeron factores demográficos y socioeconómicos en las comparaciones descriptivas, los modelos de regresión logística primarios no se ajustaron para estas covariables. Por lo tanto, la confusión residual por edad, sexo, raza o etnia, ingresos y educación podría explicar parcialmente algunas de las asociaciones observadas. Futuros análisis podrían aclarar aún más estas relaciones mediante el uso de ajustes multivariantes o diseños estratificados.

Además, cabe señalar varias limitaciones. En primer lugar, el estudio BRFSS utiliza un diseño transversal, lo que impide establecer inferencias causales sobre la relación entre el cuidado de personas dependientes y los resultados de salud. Es posible que las personas con peor salud tengan mayor probabilidad de convertirse en cuidadoras, aunque esto parece menos plausible en el caso de la salud mental.

En segundo lugar, nuestra definición de cuidadora se basó en la autodeclaración y refleja la situación de cuidado en un único momento. No se pudo evaluar la duración, la intensidad ni las características específicas de las situaciones de cuidado, factores que pueden influir sobre la salud.

En tercer lugar, si bien se examinaron los días de mala salud como indicadores validados de deterioro de dicha salud, no pude evaluar afecciones clínicas específicas, ni medidas más detalladas del funcionamiento de la salud física y mental.

En cuarto lugar, el módulo para cuidadoras era opcional en el BRFSS, y no todos los estados consignaron datos en todos los años. Sin embargo, nuestro amplio tamaño de muestra y la diversidad geográfica sugieren que los resultados son ampliamente representativos.

Direcciones futuras de investigación

Las investigaciones futuras deberían examinar los cambios longitudinales en la salud de las cuidadoras mediante diseños de estudio prospectivos. Esto proporcionaría evidencia más sólida de las relaciones causales e identificaría el momento y la trayectoria de los efectos en la salud.

Futuros estudios también deberían examinar la heterogeneidad en las experiencias de las cuidadoras, incluyendo las variaciones según las características de la persona que recibe los cuidados, la intensidad del cuidado, la disponibilidad de servicios de apoyo y las características demográficas de la persona cuidadora. Comprender qué cuidadoras corren mayor riesgo, podría orientar estrategias de intervención específicas.

Además, es necesario realizar investigaciones para evaluar la eficacia de las intervenciones de apoyo a los cuidadores a nivel poblacional. Si bien muchas intervenciones han mostrado resultados prometedores en ensayos clínicos, su implementación en la práctica y su impacto a nivel poblacional aún no están claros.

Conclusiones

Las cuidadoras informales representan una parte sustancial de la población adulta de Estados Unidos y experimentan importantes desigualdades en materia de salud, en comparación con quienes no ejercen esa actividad. La magnitud de estas desigualdades, en particular en lo que respecta a la salud mental, constituye un grave problema de salud pública que afecta a millones de estadounidenses.

Nuestros hallazgos aportan pruebas contundentes de la necesidad de desarrollar e implementar políticas y programas integrales de apoyo a estas cuidadoras. Los sistemas de salud deberían considerar la identificación y el apoyo rutinario a las cuidadoras como un componente estándar de la prestación de servicios a la salud. Las y los responsables políticos deberían priorizar la salud y el bienestar de las cuidadoras en los debates sobre

reformas en salud y en las decisiones sobre la asignación de recursos.

A medida que aumenta la dependencia de los cuidadores informales, debido al envejecimiento de la población y a la presión de los costos de la atención médica, proteger la salud de estas cuidadoras se vuelve cada vez más crucial para la sostenibilidad del sistema de salud. La evidencia presentada aquí proporciona una base sólida para actuar en favor de la salud y el bienestar de las personas cuidadoras informales en Estados Unidos.

Referencias

1. National Alliance for Caregiving; AARP Public Policy Institute. Caregiving in the U.S. 2020. Washington (DC): National Alliance for Caregiving; 2020.
2. Redfoot D, Feinberg L, Houser A. The aging of the baby boom and the growing care gap: a look at future declines in the availability of family caregivers. Washington (DC): AARP Public Policy Institute; 2013.
3. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*. 2003;18(2):250-67.
4. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*. 2008;108(9 Suppl):23-7.
5. Roth DL, Fredman L, Haley WE. Informal caregiving and its impact on health: a reappraisal from population-based studies. *Gerontologist*. 2015;55(2):309-19.
6. Hoffman GJ, Lee J, Mendez-Luck CA. Health behaviors among baby boomer informal caregivers. *Gerontologist*. 2012;52(2):219-30.
7. Cannuscio CC, Jones C, Kawachi I, Colditz G, Berkman L, Rimm E. Reverberations of family illness: a longitudinal assessment of informal caregiving and mental health status in the Nurses' Health Study. *Am J Public Health*. 2002;92(8):1305-11.
8. Haley WE, Roth DL, Howard G, Safford MM. Caregiving strain and estimated risk for stroke and coronary heart disease among spouse caregivers: differential effects by race and sex. *Stroke*. 2010;41(2):331-6.
9. Moriarty DG, Zack MM, Kobau R. The Centers for Disease Control and Prevention's Healthy Days Measures: population tracking of perceived physical and mental health over time. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:37.
10. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*. 1999;282(23):2215-9.
11. Burton AM, Sautter JM, Tulskey JA, Lindquist JH, Hays JC, Olsen MK, et al. Burden and well-being among a diverse sample of cancer, congestive heart failure, and chronic obstructive pulmonary disease caregivers. *J Pain Symptom Manage*. 2012;44(3):410-20.
12. Bevans M, Sternberg EM. Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*. 2012;307(4):398-403.
13. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA*. 2014;311(10):1052-60.
14. Feinberg L, Reinhard SC, Houser A, Choula R. Valuing the invaluable: 2019 update. Washington (DC): AARP Public Policy Institute; 2019.



Social Medicine

Health For All

ISSN: 1557-7112