

TESIS DOCTORAL

Las Cuidadoras y Cuidadores Mayores de Personas Mayores en la Zona Rural Suroeste del Área de Salud de Badajoz



Laura Muñoz Bermejo
Departamento de Enfermería
Universidad de Sevilla 2015





*Las Cuidadoras y Cuidadores Mayores de Personas
Mayores en la Zona Rural Suroeste del Área de
Salud de Badajoz*

Laura Muñoz Bermejo
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología
Departamento de Enfermería
Universidad de Sevilla
2015



Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

Departamento de Enfermería

TESIS DOCTORAL

**Las Cuidadoras y Cuidadores Mayores de Personas Mayores en
la Zona Rural Suroeste del Área de Salud de Badajoz**

DIRECTOR.

Profesor Dr. D. Francisco de Llanos Peña.

Profesor Titular de la Universidad de Sevilla.

Profesor Dr. D. Salvador Postigo Mota

Profesor Titular de la Universidad de Extremadura

Laura Muñoz Bermejo

2015



Dr. D. Francisco de Llanos Peña, Profesor Titular del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.

Dr. D. Salvador Postigo Mota, Profesor Titular del Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina. Universidad de Extremadura.

CERTIFICAN:

Que bajo su dirección se ha realizado el trabajo de investigación titulado “Las Cuidadoras y Cuidadores Mayores de Personas Mayores en la Zona Rural Suroeste del Área de Salud de Badajoz” por la Graduada en Enfermería Dña. Laura Muñoz Bermejo y reúne las condiciones adecuadas para ser presentado y leído para optar al grado de doctor.

Y para que conste, se expide el presente certificado en Sevilla, quince de Mayo del año 2015.

Prof. Dr. F. de Llanos Peña.

Prof. Dr. S. Postigo Mota

Dña. Laura Muñoz Bermejo, Graduada en Enfermería, con D.N.I. nº 79.306687-L, declara bajo juramento que como doctorando, es autor del presente estudio: “LAS CUIDADORAS Y CUIDADORES MAYORES DE PERSONAS MAYORES EN LA ZONA RURAL SUROESTE DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ”, presentado para obtener el grado de Doctor.

Y para que conste y surta efecto lo firmo en Sevilla a quince de Mayo del año 2015.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Laura', with a large, stylized flourish at the end.

Fdo.: Laura Muñoz Bermejo.

*A mi madre,
por su paciencia y amor en los cuidados.*

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a todos los que han hecho posible la presentación y lectura de esta tesis doctoral, en especial a mis padres, por ser mi apoyo incondicional en la vida.

A Alberto y a mis hijos Alejandro y Fernando, sois mi fuerza y motivación.

A mi hermano y a su familia por prestarme su ánimo y positivismo en la sombra.

A mis abuelos, referentes en mi memoria durante todo el proceso de desarrollo de este trabajo.

A mi gran familia, todos sois parte importante en mi día a día.

A mis amigos, por haber confiado en mi desempeño desde siempre.

A Teresa, tu ayuda ha sido imprescindible.

A Ángel, por tu disponibilidad desinteresada.

A mis Directores de Tesis, D. Francisco De Llanos Peña y D. Salvador Postigo Mota. Gracias por haber caminado a mi lado en este proyecto. Sin vuestro apoyo, interés y dedicación no hubiera sido posible.

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL	17
1.1. EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO	17
1.1.1. Contexto demográfico.....	17
1.1.2. Las características del envejecimiento.....	33
1.1.3. Envejecimiento y la necesidad de cuidado	36
1.1.4. Envejecimiento y dependencia	39
1.2. EL CUIDADO: EVOLUCIÓN Y REPERCUSIONES	55
1.2.1. La complejidad del cuidado.....	55
1.2.2. El cuidado, la familia y las personas mayores	58
1.2.3. El perfil ideal del cuidador: perfil humano y perfil profesional	61
1.2.4. Proveedores del cuidado.....	66
1.2.5. El rol del cuidador principal	71
1.2.6. Repercusiones del cuidado en el cuidador	73
1.3. MAYORES CUIDANDO A MAYORES.....	85
1.3.1. El perfil sociodemográfico del cuidador informal de personas mayores	85
1.3.2. El cuidador mayor de personas mayores.....	96
1.3.3. Mayores que cuidan a mayores en Extremadura	105
CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA	107
2.1. Objetivos de la investigación.....	108
2.2. Tipo de estudio.....	109
2.3. Diseño del estudio.....	110
2.4. Recogida de datos	114
2.5. Elaboración del cuestionario.....	115
2.6. Variables del estudio	120
2.7. Procedimiento de análisis de los datos.....	130

CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE RESULTADOS	135
3.1. Perfil socioeconómico de la persona cuidadora	135
3.2. Composición de la unidad familiar	151
3.3. Perfil de la persona dependiente.....	157
3.4. Rol de la persona cuidadora.	167
3.5. Dificultades, necesidades y demanda de recursos para los cuidados.....	194
3.6. Estado de salud de la persona cuidadora	219
3.7. Capacidad funcional de la persona que realiza los cuidados	235
3.8. Alteración emocional de las personas que realizan los cuidados	247
3.9. Apoyo social de las personas que realizan los cuidados	256
3.10. Resumen de los resultados de investigación	265
CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN	271
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES	301
CONCLUSÕES	311
BIBLIOGRAFÍA	321
ANEXOS	343

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

1. El fenómeno del envejecimiento

El envejecimiento de la población en Europa ha alcanzado unas proporciones sin precedentes, la mayoría de las personas que han sobrevivido la niñez viven más de 50 años¹. En la actualidad se encuentra entre los territorios del mundo con más alto porcentaje de población mayor con un 15,95% de personas que superan los 65 años².

De acuerdo con las proyecciones del Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de la ONU y el Informe de las Personas Mayores en España de 2012, en el año 2050, el 26,2% de la población de los países desarrollados superará los 65 años y, en los países en vías de desarrollo llegará al 14,6%²⁻⁴. La mejora en la calidad de vida contribuye a este aumento^{5,6}.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística del Padrón Municipal de Habitantes de 2014, España sigue su proceso de envejecimiento, alcanzando una población de 46.507.760 habitantes. De ellos, 8.442.887 son personas mayores (65 y más años), lo que significa el 18,15% del total de la población.

Otra de las tendencias previstas es el “envejecimiento de la población mayor”, es decir, un incremento de la población con edad superior a 80 años. En España, han pasado de representar el 12% sobre el total de población de personas mayores de 65 años a principios del siglo XX, al 14,7% en el año 1960 y al 29% en 2010, siendo el grupo de edad que más ha incrementado sus cifras⁷⁻⁹.

En el año 2014 representan el 29,8% del total de personas mayores. Las proyecciones del INE apuntan a que en el año 2050 las personas de más de 80

años representarán un 36,8% sobre el total de población mayor, es decir, la población mayor llegará a ser más de un tercio del total²⁻⁴.

Previsiblemente, en el mismo sentido, en las próximas décadas también aumentará la población centenaria. Las proyecciones realizadas por el INE señalan que las personas de 100 años y más pasarán de 7.155 personas en la actualidad, a 14.432 personas en el año 2020, y 64.841 en 2050. Sobre el total de personas de 65 o más años, los centenarios pasarán de representar un 0,08% en la actualidad, a un 0,16% en 2020 y un 0,42% en el año 2050^{2,3}.

En Extremadura, a comienzos del 2014 según el Padrón municipal del INE, la población era de 1.096.951 habitantes, de ellos 214.571 tienen más de 64 años, lo que representa el 19,56%. En este sentido se puede afirmar que Extremadura tiene un índice de envejecimiento más elevado que España (18,15%); esto quiere decir que desde el año 2008 al año 2014, Extremadura ha envejecido 0,57 puntos porcentuales. Por lo tanto, el porcentaje de mayores sobre el total de la población en Extremadura (19,56%) es superior a la población mayor registrada en España (18,15%). Incluso para el año 2050 se estima un porcentaje de población mayor en Extremadura del 26,94%¹⁰. Concretando en las personas más longevas, las personas mayores de 80 años en el año 2014, representan en Extremadura el 33,59% de la población mayor.

El envejecimiento de la población es, sin duda, la principal característica demográfica de la sociedad actual. Esta realidad impone grandes retos al sector de la salud, que debe tender a planificar acciones de promoción y prevención de enfermedades para la edad avanzada, que deben tener el objetivo de garantizar un envejecimiento satisfactorio; por lo que se hace necesario el estudio de las características de esta población¹¹. En este sentido, identificar los aspectos sociodemográficos, las necesidades y las capacidades permite realizar un tratamiento asistencial y sanitario de la vejez mucho más eficiente y eficaz.

En la población mayor existe un mayor número de mujeres que de hombres, es por ello que se habla de una feminización de la vejez. De forma más concreta, hay un 34% más de mujeres que de hombres mayores de 65 años.

El estado civil de las personas mayores se configura como un indicador óptimo del apoyo con el que pueden contar. En general, las personas mayores de 65 años están casadas. Según los datos censales del 2011 ofrecidos en el Informe del perfil de las personas mayores en España 2014, el 60,5% de las personas de más de 65 años están casadas, el 28,9% viudas, el 7,4% solteras y el 3,2% separadas o divorciadas¹².

También se observan importantes diferencias en el estado civil de la población mayor por sexo y grupo de edad. En general, los hombres de más de 65 años están casados y las mujeres mayores de 65 años, mayoritariamente, están viudas. Las diferencias son muy significativas en este sentido; así, las mujeres viudas suponen el 42,2% del total de la población y los hombres el 11,5%; y respecto a las personas mayores casadas en función del sexo, las mujeres suponen el 47,3% y los hombres el 77,9%¹².

Por otro lado, respecto a la convivencia, la Encuesta Continua de Hogares 2013 (INE)¹³ muestra que en España envejecer al lado de la pareja (cónyuge o pareja de hecho) es más frecuente entre hombres que entre mujeres. El 70,8% de los hombres de 75 y años o más viven en pareja, y el 36,2% de las mujeres del mismo rango viven solas. Son las dos principales situaciones de convivencia. Los hombres nunca alcanzan los niveles de soledad femeninos ni en la vejez más avanzada.

Todos estos cambios sociodemográficos, provocan una realidad social hasta ahora desconocida: el incremento de la longevidad y del peso específico como

grupo social así como los aspectos sociales asociados al fenómeno del envejecimiento.

2. Envejecimiento, dependencia y necesidad de cuidado

La etapa de la vida del adulto mayor, pese a las mejoras en calidad de vida y salud, conlleva ciertas limitaciones físicas y psicológicas. Se trata de una etapa caracterizada por un incremento de patologías crónicas que conllevan a un declive físico y psíquico, condicionando así la capacidad funcional. Todo ello repercute en un aumento del grado de dependencia y pérdida de autonomía de la persona mayor, de manera que necesitarán cuidados y ayuda en la realización de las actividades diarias, apoyo familiar y psicológico, así como soporte económico para cubrir los gastos derivados de los propios cuidados^{14,15}.

Si bien el 70% de los mayores disfrutan de unas condiciones de vida que les permiten ser autónomos hasta los 80 años, casi un tercio de los mayores necesitan a otras personas para desenvolverse en su vida diaria. Así, un 30,3% de los mayores (2.227.500 de 7,4 millones) declara tener alguna discapacidad, según la Encuesta de Discapacidad de 2008 (Portal de Mayores, 2008)¹⁶. Este porcentaje representa el 58% de las personas con discapacidad en España y configura nuevos grupos-perfiles de mayores con más riesgo y más vulnerables a la dependencia y que, por lo tanto, requieren cuidados especiales⁴.

El envejecimiento de la población hará aumentar las tasas de dependencia, ya que la discapacidad está asociada estrechamente con la edad. En el conjunto de mayores la discapacidad afecta ya a casi uno de cada tres (32,2%), y dos de cada tres entre los de 85 y más años (63,6%)¹⁷.

El envejecimiento de la población tiene, por tanto, un fuerte impacto en la prevalencia de la dependencia. Además, el número de personas con discapacidad seguirá en aumento, dada la tendencia demográfica de una

creciente esperanza de vida. Por eso, en la actualidad la dependencia se considera un fenómeno de gran importancia, y así ha quedado referenciado en el Libro Blanco de la Dependencia¹⁸, el Informe 2006¹⁹ y la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia²⁰. En dichos documentos se destaca el importante papel que desempeñan las personas cuidadoras en este proceso de la dependencia. Aunque el informe señala que al hablar sobre la necesidad de cuidados de larga duración se pone el acento en los servicios formales, la inmensa mayoría de las personas dependientes es atendida a través del sistema informal de cuidados¹⁷.

Los cuidados demandados por las personas mayores como su campo de actividades se articulan en una pluralidad de dimensiones, cuya finalidad es asegurar el mantenimiento básico de la persona mayor en concordancia con lo que se considera socialmente aceptable. Todo ello requiere una serie de tareas encaminadas a asegurar la supervivencia sin menospreciar la calidad de vida⁴.

3. El cuidado y las personas mayores

El aumento de la necesidad de cuidados y atención a las personas dependientes está imponiendo, desde hace algunos años, importantes retos a las familias y a la sociedad^{21,22}. El segmento de edad al que pertenece la población mayor se ha convertido en el más vulnerable a las situaciones de dependencia, y gran parte de los cuidados precisados por estas personas recaen sobre los denominados cuidadores informales, entre los que destacan los cuidados prestados por la familia, que es el principal proveedor de cuidados de salud²³⁻²⁵. Así, la atención y cuidados a las personas mayores dependientes es llevada a cabo fundamentalmente por las propias familias y su labor, como cuidadores informales, contribuye al mantenimiento de las personas en su entorno social, disminuyendo la utilización de recursos formales y demorando o evitando el ingreso en instituciones^{23,26}.

La familia supone, por tanto, la principal fuente de ayuda para las personas mayores y adquiere aún más importancia cuando éstas sufren algún tipo de dependencia, pues contribuye a rellenar las lagunas o carencias de las redes sociosanitarias de servicios, y constituye un eje fundamental de las políticas sociales basadas en el “envejecimiento en el hogar”. Así mismo, también la familia contribuye a mantener la seguridad, la calidad de vida y el bienestar tanto físico como psicológico de la persona mayor dependiente²⁷⁻²⁹.

El cuidado familiar es también considerado como el “Cuidado Informal”; el Libro Blanco “Atención a las personas en situación de dependencia en España”¹⁸ lo define como *el cuidado que se presta por parientes, amigos o conocidos*. Más concretamente, se puede decir que es la atención, no remunerada, que se presta a las personas con algún tipo de dependencia por parte de los miembros de su familia y/u otra persona, sin otro lazo de unión ni obligación con la persona dependiente que no sea el de la amistad o el de la buena vecindad³⁰.

Así, cuando alguien enferma o presenta algún tipo de dependencia, dentro del sistema familiar suele haber una persona, el cuidador principal, que asume las tareas de cuidado básicas, y que suele ser percibida por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo^{28,31}.

En nuestro país, de los cuidados que precisan las personas mayores dependientes, el 71,9% es asumido por los familiares y allegados, y de estos cuidadores el 83% son mujeres, declarando el 61,5% de ellas no recibir ayuda para la realización de este trabajo³².

Además, hay evidencias que indican que la mayoría de las personas cuidadoras informales son mujeres casadas, hijas de las personas mayores a las que cuidan, sin ocupación laboral remunerada y con un nivel socioeconómico

medio, que conviven con el mayor dependiente y tienen a su cargo la mayor parte de las tareas de cuidado y de una forma permanente en el tiempo^{4,17,33}.

Entre las funciones del cuidador principal se incluyen la mayoría de las tareas de cuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, incluyendo la supervisión del día a día de las actividades de la vida diaria, manejo del dolor, la gestión médica, control de la medicación y su historia médica³⁴, además de ser responsables de decidir cuando tiene que ponerse en contacto con el equipo de cuidados³⁵. El cuidador ofrece apoyo físico y emocional, prestándole los cuidados más básicos, gestiona sus miedos y preocupaciones, con el consecuente desgaste de aquellas personas que, sin tener los elementos para asumir el cuidado, se ven obligadas a desarrollarlos³⁵.

Por todo ello, el cuidador debe ejercer diferentes tipos de roles: el de enfermero, consejero, psicólogo, etc..., y además cumplir con el resto de las responsabilidades particulares ya anteriormente adquiridas, como las del hogar, la familia y el empleo, siendo la dificultad para compatibilizar los diferentes tipos de responsabilidades lo que repercute en la parte psíquica y física del cuidador y por lo tanto en la calidad de atención que se le brinda al paciente, pudiendo llevar a la claudicación del cuidador³⁶.

El cuidado de una persona dependiente requiere por tanto de habilidades y destrezas suficientes como para cubrir el abanico de necesidades físicas de la persona dependiente, así como para cubrir aspectos emocionales, carencias de relaciones sociales, autoestima e incluso favorecer la relación con el entorno.

4. Repercusión física y emocional de la prestación de cuidados

Ser cuidador principal de una persona conlleva implicaciones familiares, sociales, mentales, económicas y espirituales que merecen atención y

reconocimiento centrado en el cuidado y autocuidado de la salud de personas y colectivos^{37,38}.

El síndrome del cuidador se caracteriza por la existencia de un cuadro plurisintomático, que afecta las esferas de la persona, con repercusiones médicas, psicológicas, sociales y económicas, y otras que pueden llevar al cuidador a tal grado de frustración que claudique en sus labores de cuidado³⁹.

Diversos estudios demuestran las consecuencias que la situación de cuidado genera en el cuidador⁴⁰⁻⁴². Se describen repercusiones psíquicas y físicas como ansiedad y depresión, sobrecarga o cansancio en el desempeño del rol de cuidador, dolores musculares relacionados con el esfuerzo, percepción negativa de su estado de salud y en general una pérdida de la calidad de vida que se trasmite al grupo familiar^{26,43-46}. Determinados factores como el nivel de dependencia de la persona cuidada, el deterioro cognitivo, el tiempo dedicado al cuidado y las características propias del cuidador se han manifestado como determinantes de la aparición de repercusiones en el cuidador.

Así, el cuidador de personas dependientes está expuesto a padecer agotamiento emocional, despersonalización y reducir su autorealización personal a cambio de ofrecer la responsabilidad de cuidar.

De forma complementaria se han descrito los factores causantes del deterioro psicosocial del cuidador de adultos mayores, así, destacan la enfermedad, la discapacidad, el deterioro funcional y cognitivo o los problemas de conducta de los mayores a quienes cuidan⁴⁷. Ante estas situaciones, se ha comprobado que el apoyo social reduce las consecuencias negativas de los acontecimientos estresantes que se producen en el cuidado de enfermos crónicos⁴⁸.

5. Los cuidadores mayores de personas mayores

Las nuevas formas de vida de las familias más jóvenes han traído la aparición del fenómeno que se viene analizando en este trabajo: el nuevo papel de los adultos mayores en el cuidado familiar. Se trata de un fenómeno que presenta una doble cara. Personas mayores potencialmente dependientes, e incluso, en algún caso y en cierta medida, dependientes reales que, por diversas circunstancias, se ven obligadas, desde el amor, el cariño y la generosidad, a cuidar de otros⁴⁹.

El desempeño de un adulto mayor en funciones de cuidador exige de éste una entrega para la cual sus capacidades también están envejecidas y, además, están presentes en él enfermedades o limitaciones que tienden a incrementarse al ofrecer cuidados, lo que hace que se sumen a la ya existente sobrecarga del cuidador⁵⁰.

Según los datos de Encuesta de Apoyo Informal a los mayores en España, más del 30% de los cuidadores de mayores tiene más de 65 años o, con mayor precisión, el 15,9% tiene entre 60 y 69 años y el 14,9% es mayor de 69 años. En definitiva, casi un tercio de los cuidadores ha cumplido los 60.

El principal destinatario de esta ayuda de mayores a mayores es el cónyuge (61%), posteriormente se encuentra el hermano o hermana, padre o madre, otros familiares (8%) y vecinos, amigos y otros (en torno al 5%)²⁴.

Por lo tanto, es una realidad que en nuestra sociedad se encuentran personas mayores que a su vez están cuidando a otras personas mayores y, además, es común que un dependiente cuide de otro dependiente.

6. Pertinencia del estudio

En la Comunidad Autónoma de Extremadura existe un mayor envejecimiento de la población (19,56%) respecto a la población española (18,15%) y, además, tanto la tasa de discapacidad de edades comprendidas entre 65 y 79 años (26,75%), y en mayores de 80 años (56,24%) es mayor que la tasa de discapacidad que presenta España para ambos tramos de edad (22,39% y 51,46%), por lo que la necesidad de cuidados se verá incrementada.

Los cuidados, generalmente, son proporcionados en el entorno familiar y suele ser también la opción más deseada, tanto por el cuidador como por la persona dependiente, por lo que las personas de las actuales generaciones de mayores siguen confiando en la “red familiar”, aunque las nuevas formas de vida de las familias más jóvenes han favorecido la aparición del fenómeno que se viene analizando en este trabajo: *el nuevo papel de los adultos mayores en el cuidado familiar*.

Es, por tanto, una realidad que las personas mayores se hacen cargo de los cuidados de otro adulto mayor. En este sentido, los cuidadores mayores también pueden sufrir desórdenes físicos y emocionales que mermen su capacidad funcional y, por lo tanto, lleguen a ser individuos potencialmente dependientes e, incluso, en algún caso dependientes reales que no puedan desarrollar las actividades de cuidado básicas.

Por todo lo anteriormente expuesto, se hace necesario aumentar el conocimiento de la realidad de los cuidadores mayores de otras personas mayores, ya que no existen trabajos previos que muestren el perfil de estos cuidadores, así como su relación con la capacidad funcional, sobrecarga, alteraciones emocionales o apoyo social percibido, y todo ello relacionado con las necesidades particulares del cuidado.

La utilidad derivada del proyecto se desglosa en una serie de conceptos de interés para la toma de importantes decisiones por las distintas Administraciones con respecto a la atención sociosanitaria en nuestros mayores, en particular del cuidador mayor.

7. Objetivos

Objetivo general:

Conocer el perfil de la persona mayor de 65 años que realiza los cuidados de otra persona mayor, así como la capacidad funcional, el riesgo emocional y la situación social de la persona mayor de 65 años que realiza los cuidados.

Objetivos específicos:

1. Obtener información del perfil sociodemográfico y económico de las personas de edad ≥ 65 años y cuidadoras de adultos mayores residentes en las zonas rurales del suroeste del Área de Salud de Badajoz y analizar las diferencias según el sexo
2. Conocer la composición de la unidad familiar donde reside la persona cuidadora
3. Obtener información del perfil de la persona dependiente
4. Obtener información sobre la experiencia, dedicación y tareas que realiza la persona cuidadora, así como las dificultades y recursos que requieren para realizar los cuidados.
5. Conocer el estado de salud de la persona que realiza los cuidados
6. Estimar la capacidad funcional, el riesgo emocional y el apoyo social de la persona que realiza los cuidados

8. El estudio

El presente estudio es de carácter observacional, transversal y descriptivo de campo. Se ha realizado en una muestra de 107 cuidadores mayores de personas mayores en la Zona Rural Suroeste del Área de Salud de Badajoz.

El diseño de la recogida de la muestra se ha realizado a partir de los datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) junto con los datos del padrón municipal facilitado por los ayuntamientos de los municipios a estudio.

Para el desarrollo del trabajo de investigación se ha procedido a crear un censo de personas mayores cuidadores de personas mayores en los municipios pertenecientes a las tres Zonas de Salud de la Zona Suroeste del Área de Salud de Badajoz (Valverde de Leganés, Tálaga, Cheles, Higuera de Vargas, Alconchel, Villanueva del Fresno y Valencia del Mombuey). Para ello, el procedimiento desarrollado ha consistido en la solicitud al personal de administración de los diferentes municipios el censo de personas mayores de 65 años que residen en el municipio, según el padrón municipal. Posteriormente la trabajadora social de los municipios, como profesional conocedor de la situación personal y social de las personas del municipio, realiza el filtro adecuado para discriminar y seleccionar, exclusivamente, a las personas mayores que realizan las actividades de cuidador principal a otras personas mayores. Finalmente, la trabajadora social del municipio elabora el censo de las personas de edad igual o superior a 65 años que son cuidadores principales de personas mayores, y así conoceremos la población total.

La recogida de datos se ha realizado mediante un cuestionario estructurado compuesto por 29 ítems y 6 escalas, que ha sido contestado por las personas que realizan los cuidados y con una edad mayor o igual a los 65 años. Para ello, se concertó una entrevista con cada cuidador mayor en su propio domicilio.

Para la elaboración del cuestionario se ha tenido como referencia el Cuestionario de Cuidadores/as principales, incluido en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008)¹⁶ del Instituto Nacional de Estadística. En base a este modelo y los objetivos planteados en esta investigación, se diseñaron los 29 ítems, los cuales se agrupan en los siguientes bloques: Perfil socioeconómico de la persona cuidadora, composición de la unidad familiar, perfil de la persona dependiente, rol de la persona cuidadora, dificultades, necesidades y demanda de recursos para los cuidados, y estado de salud de la persona cuidadora.

Para las escalas se seleccionaron aquellas que más se adecúan a los objetivos planteados; en este sentido se han seleccionado las siguientes: el Índice de Katz, para valorar las actividades básicas para la vida diaria; la Escala de Lawton y Brody, para valorar la capacidad de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria; la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit que evalúa la sobrecarga subjetiva del cuidador; el Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ 12 que mide el riesgo de alteración emocional; el Cuestionario de Apoyo Social de Duke-UNK-11 para medir el apoyo social percibido y el Cuestionario de APGAR Familiar para valorar la percepción de la función familiar.

9. Sobre los resultados

Los resultados obtenidos mediante el análisis estadístico, establecen que la relación que une a los cuidadores con la persona cuidada es, principalmente, el matrimonio, donde uno de los miembros cuida del otro y cuya convivencia es continua.

La mujer mayor cuidadora tiene experiencias previas en los cuidados, la gran mayoría lleva más de dos años dedicada a los cuidados y dedican las 24 horas del día a esta labor. La diferencia respecto al rol de los hombres radica en las tareas

de cuidado asociadas a las mujeres: mantenimiento del hogar, lavar la ropa, limpiar la casa, comprar y hacer la comida. Por el contrario, el hombre cuidador no tiene experiencia previa como cuidador.

Los recursos con mayor demanda en cuidadoras y cuidadores mayores son: el apoyo en las labores domésticas, el apoyo de otros familiares y la ayuda de profesionales de los cuidados. En este sentido se ha demostrado que a mayor nivel de dependencia de la persona cuidada, mayor es la dificultad, generalmente, por falta de fuerza física.

Las personas mayores que cuidan a otras personas mayores, en su mayoría, tienen al menos una enfermedad crónica. Y en cuanto a la capacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, las personas que realizan los cuidados son independientes en todas sus funciones, o, en todas salvo una.

Respecto a la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, la población de cuidadores mayores se distribuye principalmente en los niveles: independiente, dependiente ligero y moderado.

Los cuidadores mayores en referencia a la sobrecarga, la mitad de las personas que realizan los cuidados tienen un nivel de sobrecarga entre leve y gran sobrecarga. Y, según los datos recogidos a través del Cuestionario de Salud de Goldberg, se puede concluir que, aproximadamente, 1 de cada 3 personas que se dedican a los cuidados requieren ayuda de un especialista por riesgo de alteración emocional.

La Escala de Apoyo Social de Duke muestra que, aproximadamente, 1 de cada 5 personas cuidadoras cuenta con un apoyo social bajo. Y la Escala de Función Familiar APGAR indica, según los datos obtenidos, que 2 de cada 3 personas cuidadoras se sitúan en grupos familiares normofuncionales.

Otro resultado resalta que los cuidadores más dependientes para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria presentan un riesgo mayor de sufrir alteraciones emocionales. Así mismo, los cuidadores que presentan niveles de sobrecarga más elevados, presentan un menor apoyo social percibido y un mayor riesgo de presentar alteraciones emocionales. Finalmente, las familias disfuncionales están relacionadas con cuidadores con sobrecarga, con cuidadores en riesgo de alteración emocional y con un bajo nivel de apoyo social percibido.

10. Disposición de la Bibliografía

Para concluir con esta investigación hemos incluido un apartado en el que se recopilan todas aquellas obras que han sido consultadas para la elaboración de la misma.

La búsqueda bibliográfica ha sido amplia y exhaustiva, manteniendo siempre presente el contexto de nuestra investigación; por lo tanto se ha tratado de una búsqueda especialmente relacionada con las cuidadoras y cuidadores mayores de personas mayores, así como obras relacionadas con la capacidad funcional, emocional y social de la persona que realiza los cuidados.

En la recopilación de información hemos tratado los documentos más novedosos en el ámbito de la geriatría a nivel de la Comunidad Autónoma de Extremadura y de España, así como trabajos de carácter internacional; todo ello con el fin de contextualizar y asentar las bases de la situación actual en cuanto a la temática elegida.

MARCO CONCEPTUAL

CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL

1.1. EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO

1.1.1. Contexto demográfico

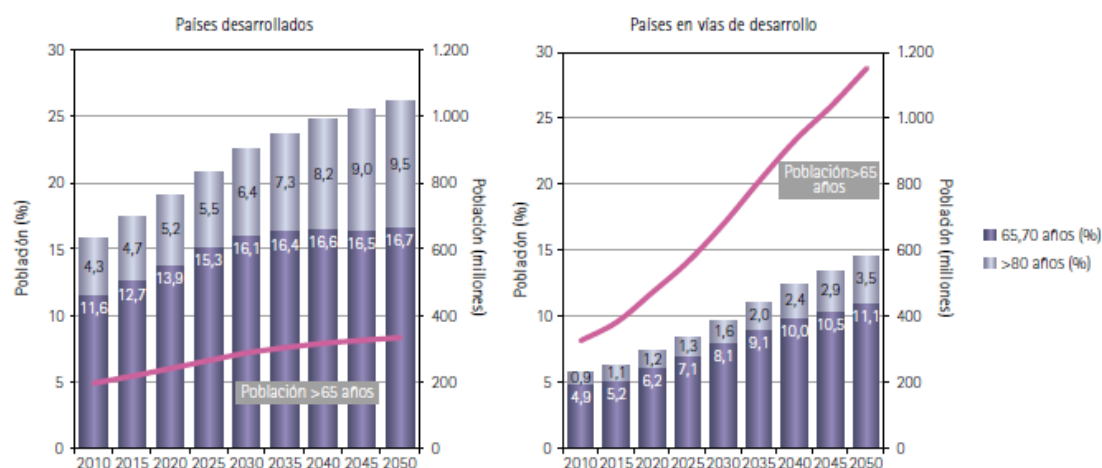
El rápido aumento del número de personas mayores en todo el mundo está creando una revolución demográfica global sin precedentes. Durante el siglo XX, los avances en la higiene, el suministro de agua y el control de enfermedades infecciosas han reducido, de forma muy importante, el riesgo de una muerte prematura, y aumentando, por tanto, significativamente, la esperanza de vida, pasando de una media de 34,76 años a principios del siglo XX a 78,71 años a principios del siglo XXI.

El incremento, en número y en proporción de personas mayores, es previsible. Por primera vez en la historia, la mayoría de los que han sobrevivido la niñez pueden esperar vivir más de 50 años¹.

Como consecuencia, la proporción de población mayor de 60 años en el mundo está aumentando más rápidamente que en cualquier etapa anterior. En 1950 había aproximadamente 200 millones de personas mayores de 60 años en todo el mundo. En el año 2000 más de 550 millones y entre el año 2010 y el 2050 se estima que la población mundial de 60 años y más se triplicará, pasando de 523 millones a 1.510 millones^{1,2}. El envejecimiento de la población es por tanto un fenómeno de alcance global.

De acuerdo con las proyecciones del Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de la ONU y el Informe de las Personas Mayores en España de 2012, en el año 2050, el 26,2% de la población de los países desarrollados superará los 65 años y el 14,6% en los países en vías de desarrollo²⁻⁴.

Población mayor de 65 años en países desarrollados y en vías de desarrollo, 2011-2050 (millones y porcentaje)



Fuente: United Nations: World Population Prospects: The 2010 Revision. Volumen I: Comprehensive tables. 2011.

Son claves para diagnosticar el envejecimiento de la población los siguientes factores demográficos: las bajas tasas de natalidad y mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, gracias a una calidad vital hasta ahora desconocida⁴.

La calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes, tanto objetivos como subjetivos, interrelacionados. Las variables objetivas, de medición más sencilla, responden a lo que se consideran necesidades básicas: déficits funcionales, nivel sociocultural, problemas de salud, economía; las variables subjetivas, más difícilmente medibles, están asociadas a la percepción personal del concepto de vida satisfactoria, a sentimientos y sensaciones como satisfacción, felicidad, autoestima, etc.⁵. La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que se nutre de los anteriores (estado de salud y autoevaluación positiva) y que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud⁶. En este sentido, el concepto es utilizado incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles

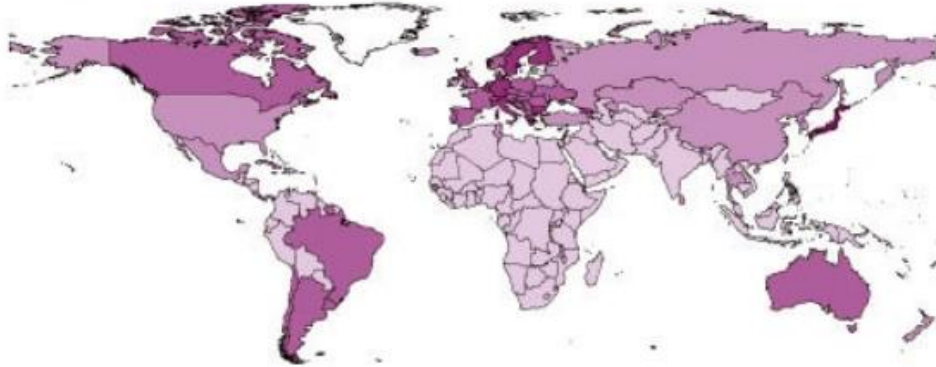
de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas sociales autonómicas, nacionales e internacionales dirigidas a la población mayor.

Aunque es cierto que se percibe una mejora en la calidad de vida de las personas mayores de hoy frente a las de décadas pasadas, estas tendencias globales encubren importantes diferencias territoriales, no solo a nivel de calidad de vida, sino de esperanza de vida e índice de vejez.

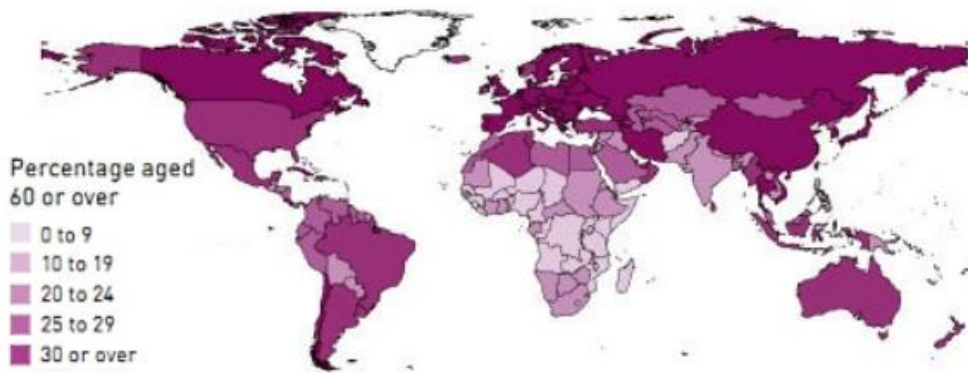
En la actualidad, África es el continente con una menor proporción de personas de 65 o más años (3,4%) y una edad media más joven (19,7 años). Le sigue Asia, con un 6,7% de población mayor, y América Latina y el Caribe, con un 6,9%. La proporción de personas de 65 o más años en Oceanía es del 10,8% y en América del Norte del 13,1%. Por encima del 15% de población mayor se sitúa Europa con un 16,3% y una edad media de 40,2 años. España supera la media europea de población mayor. En el año 2010, los mayores de 65 años representaban un 17,2% del total de la población³ y en el año 2014 representan el 21,3%.

Porcentajes de mayores de 60 en el mundo en el año 2012 y previsiones para el año 2050.

Percentage of the total population aged 60 or over, 2012



Percentage of the total population aged 60 or over, 2050



Fuente: WHO/UN Department of Economic and Social Affairs/UN Economic Commission for Europe

Además de este aumento en el número de personas mayores cabe destacar el evidente crecimiento del número de ancianos más longevos. En la última década, el número de personas octogenarias ha aumentado en Europa en un 66%, mientras que el total de la población lo ha hecho en un 13%. Según las estimaciones de Naciones Unidas, en el año 2050 el 9,5% de la población de los países desarrollados superará los 80 años y el 3,5% en los países en vías de desarrollo^{2,3}.

1.1.1.1. España

Las mejoras en las condiciones de vida generales de la población han permitido que, desde principios del siglo XX, la población española aumente de forma significativa. En concreto, desde 1900 hasta la fecha, la población española se ha multiplicado por 2,5. Sin embargo, es el grupo de edad con, al menos, 65 años el que ha experimentado un mayor incremento. Desde 1900 a 2012, las personas con más de 64 años se han multiplicado por ocho².

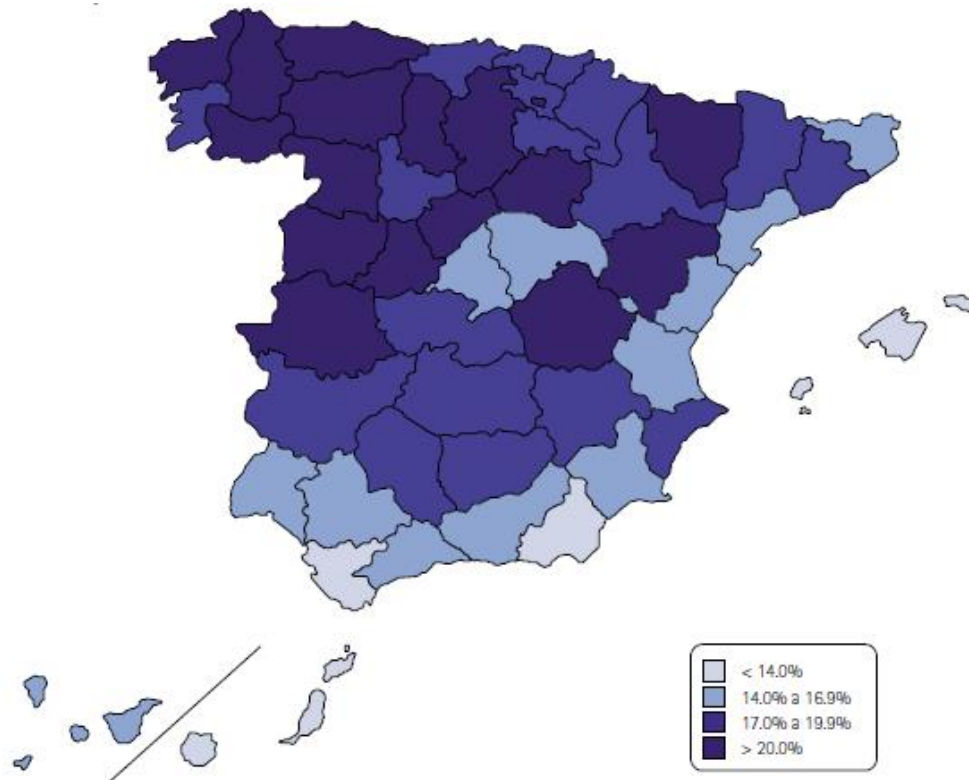
En España, al igual que en el resto de países del área meridional europea, el proceso de envejecimiento de la población se inició más tarde, pero con una intensidad superior que en el resto de países de su entorno¹².

De acuerdo con los datos de Eurostat, en el año 2008 España se situaba en el puesto décimo primero de los países de la Unión Europea-27 con mayor proporción de población mayor de 65 años (16,6%) y en el séptimo lugar entre los que mayor número de población octogenaria tenían (4,6%)³.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística del Padrón Municipal de Habitantes de 2014, España sigue su proceso de envejecimiento, pues de una población total de 46.507.760 habitantes, el número de personas mayores (65 y más años) alcanza la cifra de 8.442.887, lo que significa el 18,15% del total de la población.

Si tenemos en cuenta la distribución de población en España, por Comunidades Autónomas, Castilla y León, Galicia y Extremadura presenta una foto ligeramente más envejecida que la media española, caracterizadas estas comunidades por una fuerte influencia de la población rural.

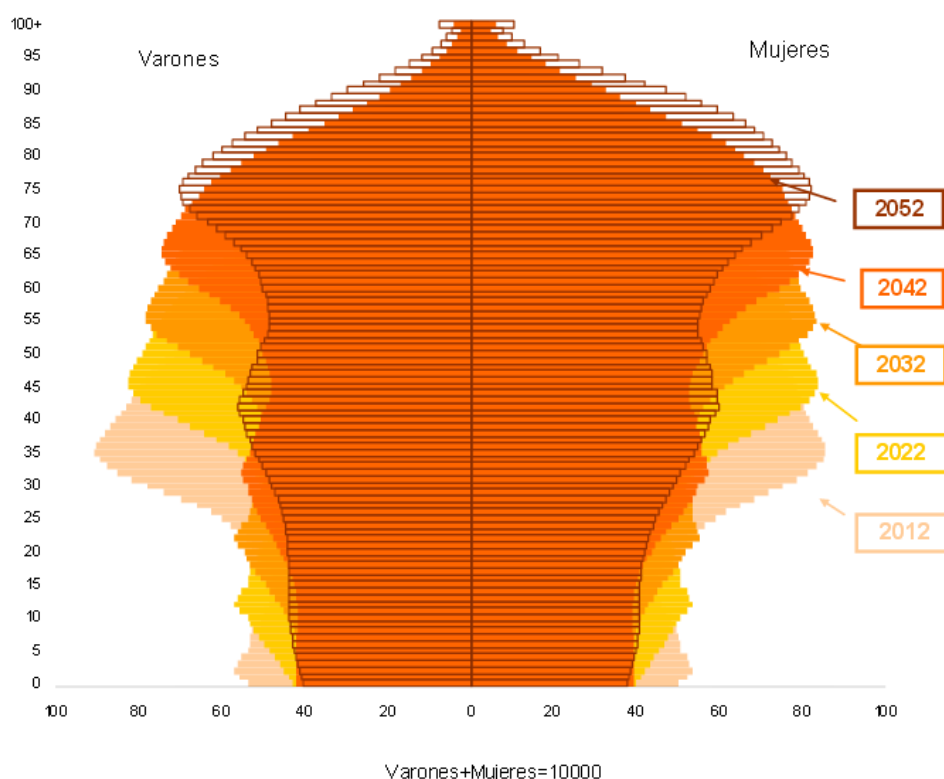
Distribución provincial de las personas de 65 y más años, 2011



Fuente: INE.INEBASE: Censos de Población y Vivienda 2011. Resultados Nacionales, por Comunidades Autónomas y Provincias.

Otra de las tendencias previstas es el “envejecimiento del envejecimiento” o “envejecimiento de la población mayor”, es decir, un incremento de la población con edad superior a 80 años. En España, los mayores de 80 años han pasado de representar el 12% sobre el total de población de personas mayores de 65 años a principios del siglo XX, al 14,7% en el año 1960 y al 29% en 2010. En el año 2014 representan el 29,8% del total de personas mayores. Las proyecciones del INE apuntan a que en el año 2050 las personas de más de 80 años representarán un 36,8% sobre el total de población mayor, es decir, la población mayor alcanzará a ser más de un tercio del total²⁻⁴.

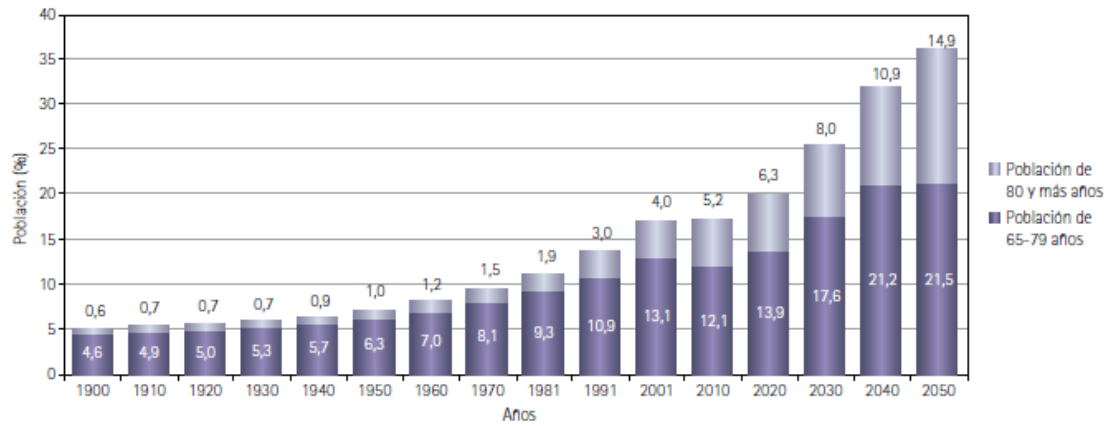
Pirámide de población en España



Fuente: 2000-2013, *Indicadores Demográficos Básicos*; 2014-2.052, *Proyección de Población a Largo Plazo*.

Previsiblemente, como se puede observar en la imagen ofrecida por el INE, en las próximas décadas también aumentará la población centenaria. Las proyecciones realizadas por el INE señalan que las personas de 100 años y más pasarán de 7.155 personas en la actualidad, a 14.432 personas en el año 2020, y 64.841 en 2050. Sobre el total de personas de 65 o más años, los centenarios pasarán de representar un 0,08% en la actualidad, a un 0,16% en 2020 y un 0,42% en el año 2050^{2,3}.

Evolución de la población mayor en España de 1900 a 2050.



* Las proyecciones de población (2020-2050) están calculadas a partir de la población a 1 de enero de 2012.

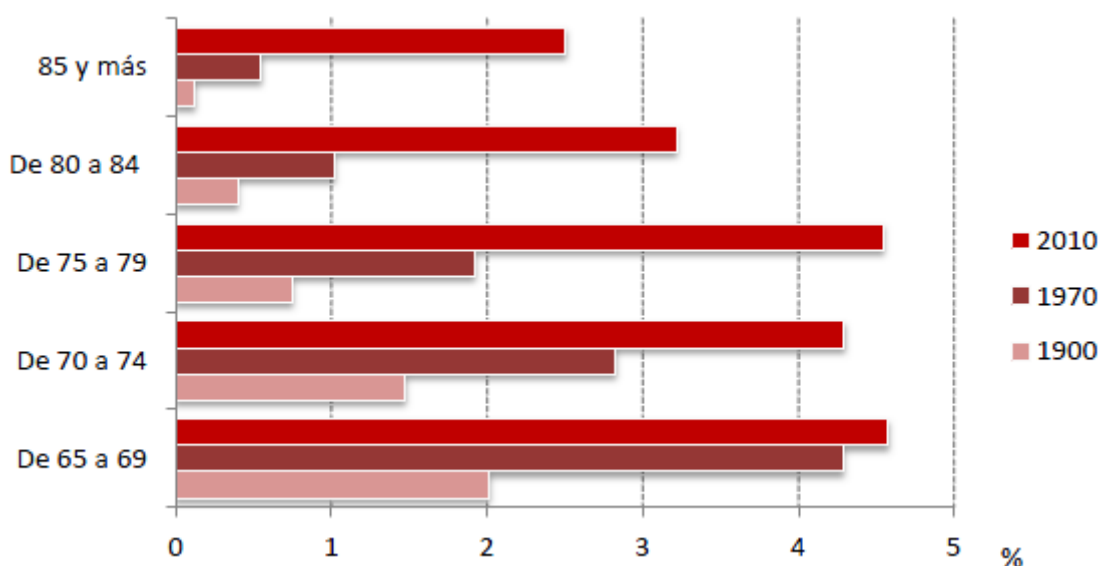
Fuentes: 1900-2001: INE: INEBASE: Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001.2011: INE: INEBASE: Censos de población y vivienda 2011. Resultados nacionales, por comunidades autónomas y provincias.2020-2050: INE: INEBASE: Proyección de la población a largo plazo.

Es importante mencionar que la esperanza de vida española femenina es la mayor de Europa y de las primeras del mundo: 85,1 años, más de 2,3 años superior a la masculina (79,4 años) (INE, 2014). En otros lugares del planeta apenas se cumplen más de 50 años (la media mundial está en 65 años). En España más de 8 millones de personas han llegado a los 65 años, casi la quinta parte de la población (18,15%), y aún se presentan tasas más elevadas en medios rurales y en barrios urbanos especialmente envejecidos (INE, 2014). Sigue habiendo dos Españas: la del sudeste, más rejuvenecida, y la del centro-norte, más envejecida. Muchas comunidades autónomas han superado el 20% de población mayor y en algunas provincias se sobrepasa el 30%. Es más, en muchas aldeas sólo viven mayores⁴.

1.1.1.2. Extremadura

La Comunidad Autónoma de Extremadura en el año 1900 contaba con un total de 37.356 personas con edades comprendidas entre los 65 y los 80 años (representaban el 89 % del total de la población mayor de 65 años), esta cifra en el año 2010 aumentó hasta llegar a un total de 148.590 personas de edades entre 65 y 80 años (suponían el 70% de la población mayor de 65 años y el 18,99% del total de la población extremeña). Sin embargo, el colectivo de personas mayores de 80 años en el año 1900 tan sólo aglutinaba a un total de 4.569 personas (el 11 % de la población mayor de 65 años) y en el 2010 reunía a 63.349 individuos (30 % de la población mayor de 65 años y el 5,18% del total de la población), lo que ha supuesto que el grupo de personas mayores a 80 años es el grupo de edad que más ha incrementado sus cifras⁷⁻⁹.

Población mayor de 65 años por grupos quinquenales, Extremadura 1900 ,1970 y 2010.



Fuente: García Paredes MC. *Envejecimiento demográfico y ordenación del territorio en Extremadura. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura. 2013.*

A comienzos del 2014 según el Padrón municipal del INE, la población en Extremadura era de 1.096.951 habitantes, de ellos, 214.571 tienen más de 65 años, lo que representa el 19,56%. En este sentido se puede afirmar que Extremadura tiene un índice de envejecimiento más elevado que España (18,15%); esto quiere decir que desde el año 2008 al año 2014, Extremadura ha envejecido 0,57 puntos porcentuales. Por lo tanto, el porcentaje de mayores sobre el total de la población en Extremadura (19,56%) es superior a la población mayor registrada en España (18,15%). Incluso para el año 2050 se estima un porcentaje de población mayor en Extremadura del 26,94%¹⁰. Concretando en las personas más longevas, las personas mayores de 80 años en el año 2014, representan en Extremadura el 33,59% de la población mayor.

Un análisis por provincias, permite conocer con mayor detalle la distribución del envejecimiento en la región; así pues, desde esta perspectiva, se observa que la provincia de Cáceres presenta un índice de vejez de 21,3% y la provincia de Badajoz 17,9%. Así, la provincia de Cáceres presenta un índice de vejez 3,4 puntos porcentuales por encima de las cifras de la provincia de Badajoz y 2,2 puntos por encima del valor para el total de Extremadura.

La Esperanza de vida en Extremadura en varones asciende a 77,7 años, en el caso de las mujeres alcanza los 84,3 años, datos algo inferiores a los de España (79,4 y 85,1 respectivamente). En este sentido cabe señalar que, en una región envejecida como Extremadura, la situación de dependencia de la población mayor va aumentando con la edad; de hecho, al observar la tasa de discapacidad de la región, según la edad, se aprecia que dicha tasa de discapacidad (Número de personas con alguna discapacidad por cada 100 habitantes), en edades comprendidas entre 65 y 79 años, es 26,75% y en mayores de 80 años se corresponde con 56,24 por cada 100 habitantes; datos superiores a los de España (22,39 y 51,46 por cada 100 habitantes respectivamente)⁵¹.

Referente a la provincia de Badajoz, la tasa de discapacidad de las personas mayores con edades comprendidas entre 65 y 79 años es de 288,8 por cada 1000 habitantes (superior a la tasa extremeña en general) y la correspondiente a edades mayores de 80 años es 552,8 por cada 1000 habitantes (algo inferior a la tasa de discapacidad de Extremadura).

Sin embargo, en la provincia cacereña los datos correspondientes a la tasa de discapacidad para edades entre 65 y 79 años es de 236,5 por cada mil y para mayores de 80 años es de 576,1 por cada mil, con lo cual se invierte la tendencia que sigue la provincia de Badajoz.

Concretando, las características demográficas más significativas de la Comunidad Extremeña se pueden resumir en haber un mayor envejecimiento de la población (19,56%) que en España (18,15%) aunque la esperanza de vida en Extremadura (77,7 hombre y 84,3 años mujeres) muestra datos algo inferiores a los de España (79,4 y 85,1 respectivamente). Por otro lado, la tasa de discapacidad de edades comprendidas entre 65 y 79 años es 26,75%, es mayor que en España (22,39%), y en mayores de 80 años (56,24%) también se corresponde con cifras superiores a las cifras de españolas (51,46%), por lo que la necesidad de cuidados se verá incrementada.

1.1.1.2.1. Organización territorial sanitaria en Extremadura

Según la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura⁵², los principios de universalización de la atención; aseguramiento único y financiación pública del sistema; complementariedad, coordinación e integración o adscripción funcional de todos los medios y recursos del Sistema Sanitario Público de Extremadura, hacen que la organización del sistema se base en la desconcentración y la descentralización. Así, el Sistema Sanitario Público de Extremadura se ordena en demarcaciones territoriales denominadas áreas de

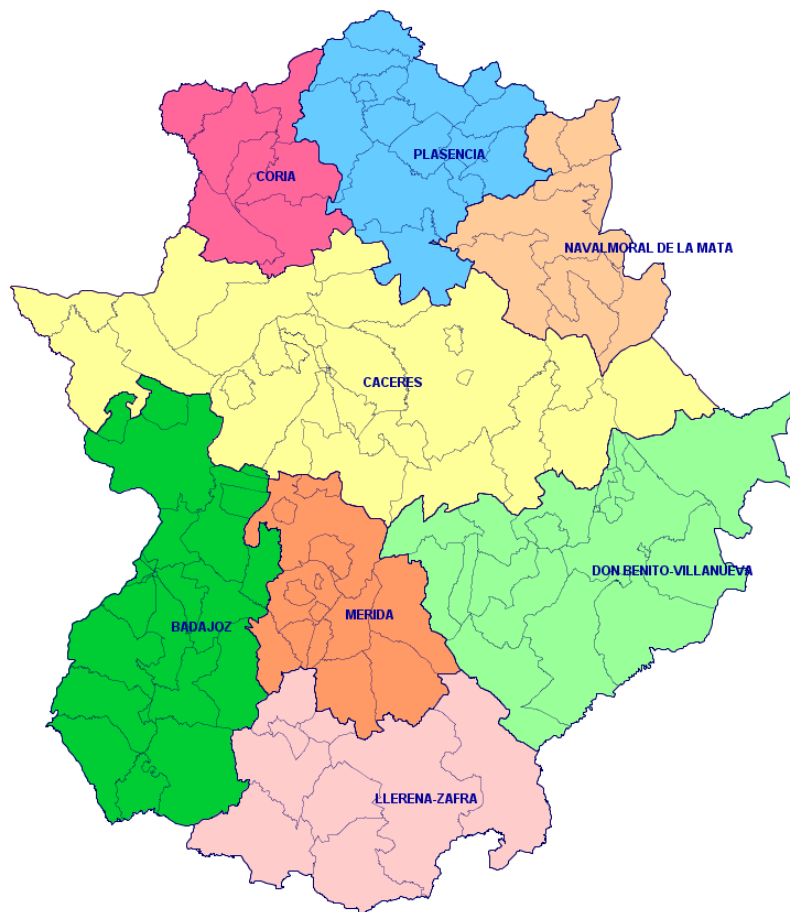
salud, dentro de las cuales se dispone de las dotaciones necesarias para prestar atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria, pretendiéndose con ello: compensar y eliminar las desigualdades, a efectos del disfrute de los servicios y las prestaciones, y corregir los desequilibrios territoriales injustificados en la asignación y distribución de los recursos y de los medios; alcanzar la igualdad en el acceso a los servicios y las prestaciones; mejorar continuamente la calidad de la atención y la asistencia prestadas por los servicios; buscar la participación de la comunidad y de los profesionales en la orientación, la evaluación y el control de sistemas; contar con la economía necesaria, y con flexibilidad y eficiencia en la asignación y la gestión de los recursos y los medios puestos a disposición del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Los criterios que se establecen en la delimitación de cada área se deben a factores geográficos, demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, laborales, culturales, de vías y medios de comunicación. El área de salud es el marco fundamental para el desarrollo de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y, en tal condición, asegura la organización y ejecución de las distintas disposiciones y medidas que adopte la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma⁵².

Además, el área de salud, como estructura básica del Sistema Sanitario Público de Extremadura, constituye el ámbito de referencia para la financiación de las actuaciones sanitarias que en ellas se desarrollan. Su organización debe asegurar la continuidad de la atención en sus distintos niveles y promover la efectiva aproximación de los servicios al usuario y la coordinación de todos los recursos sanitarios y sociosanitarios, públicos y privados⁵².

En Extremadura se han establecido 8 áreas de salud: Badajoz, Mérida, Don Benito-Villanueva de la Serena, Llerena-Zafra, Cáceres, Plasencia, Coria y Navalmoral de la Mata. Y dentro de cada área se distribuyen también las zonas de salud, consiguiendo así la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios de atención primaria.

Mapa de Extremadura: áreas y zonas de salud



Las zonas de salud, se corresponden con demarcaciones de carácter funcional como ámbitos de actuación, disponiendo de una cabecera en la que se ubicará un Centro de Salud como estructura física y funcional, que dará soporte a las actividades comunes de los profesionales del equipo de atención primaria, así como a las actuaciones sanitarias de la propia localidad⁵².

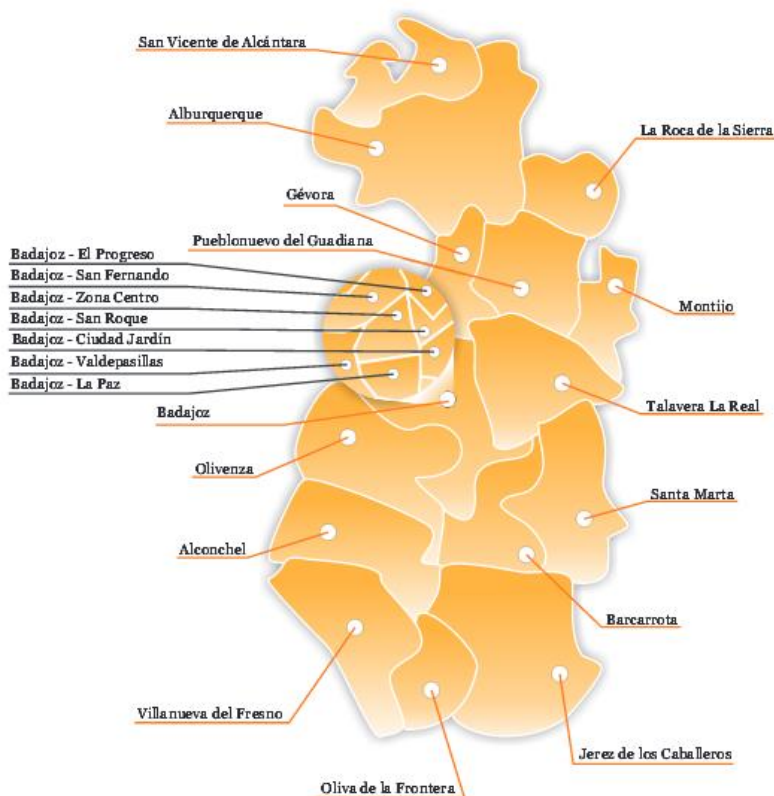
La delimitación de las zonas de salud se ha realizado en función a factores geográficos, demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, laborales, culturales y de vías y medios de comunicación, así como de recursos y comarcalización existente.

1.1.1.2.2. El área de salud de Badajoz

El Área de Salud de Badajoz es la demarcación territorial del Servicio Extremeño de Salud en el municipio de Badajoz y zonas circundantes. El Área Salud de Badajoz se encuentra situada al suroeste de la Comunidad Autónoma de Extremadura y está rodeada por las áreas sanitarias de Cáceres, Mérida y Llerena-Zafra y el país vecino Portugal. Es el Área de Salud con mayor población de Extremadura, ya que proporciona cobertura sanitaria a 141.145 ciudadanos censados a 1 de Enero de 2014 en los municipios que alberga dicha área.

Las zonas de salud incluidas en el área de salud de Badajoz son: Badajoz, Alburquerque, Alconchel, Barcarrota, Gévora, Jerez de los Caballeros, La Roca de la Sierra, Montijo, Oliva de la Frontera, Olivenza, Pueblonuevo del Guadiana, San Vicente de Alcántara, Santa Marta de los Barros, Talavera la Real y Villanueva del Fresno.

Mapa del área de salud de Badajoz: delimitación de las zonas de salud.



1.1.1.2.3. Las zonas de salud de Olivenza, Alconchel y Villanueva del Fresno

Las zonas de salud de Olivenza, Alconchel y Villanueva del Fresno, están situadas al suroeste del área de salud de Badajoz. Se trata de la zona rural situada al sur de Badajoz y en la frontera con Portugal, también denominada La Raya (espacio geográfico próximo a esta frontera, donde las poblaciones portuguesas y españolas, separadas por una frontera política, comparten de alguna manera elementos históricos, culturales o económicos). Así, estas poblaciones son calificadas como “rayanas”.

Estas tres zonas de salud dan cobertura sanitaria a 30.205 personas, es decir, al 21,33% de la población del área de salud de Badajoz⁵¹.

Cada zona de salud está formada por varios municipios, cuyos centros de salud y consultorios médicos conforman la estructura sanitaria de la zona.

La zona de salud de Alconchel está formada por los municipios de Alconchel, Cheles, Higuera de Vargas y Táliga; la zona de Salud de Olivenza está formada por el municipio de Valverde de Leganés y el municipio de Olivenza con sus poblados: San Benito de la Contienda, San Rafael de Olivenza, Villareal, San Francisco de Olivenza y San Jorge de Alor; y la zona de salud de Villanueva del Fresno está formada por los municipios de Villanueva del Fresno y Valencia de Mombuey.

En términos de índice de vejez, la zona de salud de Alconchel presenta un 22,77% de personas mayores, la zona de salud de Olivenza un 16,2% (en este dato no se incluye el índice de vejez de las pedanías del municipio de Olivenza pertenecientes a núcleos de población fundamentalmente mayor) y la zona de salud de Villanueva del Fresno presenta un índice de vejez de 22,65% respecto a la totalidad de la población ¹². En general, teniendo en cuenta estas cifras se puede observar que el porcentaje de personas mayores de 65 años en esta zona rural es superior a los datos de la Comunidad Autónoma de Extremadura (19,56%).

Si hacemos referencia al índice de sobreenvjecimiento (cuarta edad 85 o más años / tercera edad 65 o más años) de la zonas de salud mencionadas, se observa que en la zona de salud de Alconchel el porcentaje de personas mayores de 85 años, en relación al total de la población mayor de 65 años, es de 18,5%; la zona de salud de Olivenza presenta un índice de sobreenvjecimiento del 13,9% (no se han incluido los datos procedentes de las pedanías del municipio de Olivenza pertenecientes a esta zona de salud y cuyo número de personas mayores aumenta considerablemente); y en la zona de salud de Villanueva del Fresno el índice de sobreenvjecimiento es del 16,65%.

El índice medio de sobreenviejimiento de las tres zonas de salud se corresponde con el 16,35%¹³. Si comparamos este dato con el 13,22% que representa el número de personas mayores de 85 años en la Comunidad Autónoma de Extremadura⁵¹, se deduce que, en el territorio a estudio, el índice de personas mayores de 85 años que viven en él es superior al resto de la Comunidad extremeña.

Poniendo el foco en la realidad social en la que se ve inmersa la actual generación de mayores, parece oportuno valorar el rol que desempeñan las personas mayores en la sociedad, y las consecuencias familiares y sociales que pueden derivar de la convivencia de generaciones de personas mayores dentro de una unidad familiar.

1.1.2. Las características del envejecimiento

El envejecimiento de la población es sin duda la principal característica demográfica de la sociedad actual. Esta realidad impone grandes retos al sector de la salud, ya que se deben planificar acciones de promoción y prevención de enfermedades para la edad avanzada que tengan el objetivo de garantizar un envejecimiento satisfactorio, para lo que se hace necesario el estudio de las características de esta población¹¹. En este sentido, identificar los aspectos sociodemográficos, las necesidades y las capacidades, permitirá realizar un tratamiento asistencial y sanitario de la vejez mucho más eficiente y eficaz.

Por ello, a continuación se detallan algunos de los rasgos más definitorios de la vejez que permiten dar un enfoque sociosanitario.

1.1.2.1. Sexo

Si observamos la pirámide de población, en función del sexo, se refleja un mayor número de mujeres en su cima, siendo, en consecuencia, numerosas las

investigaciones y análisis demográficos que hablan de una feminización de la vejez, que viene dada por la mayor proporción de mujeres frente a la de hombres a medida que se incrementa la edad¹¹. Por lo tanto, el sexo predominante en la vejez es el femenino. De forma más concreta, hay un 34% más de mujeres que de hombres mayores de 65 años.

Generalmente suelen nacer más varones que mujeres y este exceso se mantiene durante muchos años. Actualmente se alcanza el equilibrio hacia los 50 años de edad, en los que el número de hombres y mujeres casi se iguala.

En las primeras décadas del siglo XX, la edad en que las mujeres excedían ya en número a los varones era los 14 años. A principios del siglo XX, el número de mujeres mayores superaba al de varones en un 10,3%. En el año 2009 esta cifra había ascendido hasta el 35,6%¹². Es decir, que a principios del siglo XXI el número de mujeres mayores de 65 años superaba en un 35,6% al número de varones mayores de 65 años.

Esta preponderancia femenina se debe a que durante las primeras décadas del siglo XX, las mujeres han experimentado mayores ganancias en esperanza de vida que los varones. En España en el año 1900, la esperanza de vida al nacer era de 33,9 años para los varones y 35,7 años para las mujeres. En el año 2013, la esperanza de vida al nacer de los varones era de 79,4 años y la de las mujeres de 85,1 años. Esta mayor supervivencia de las mujeres se fundamenta en las diferencias por género en la mortalidad de adultos y ancianos.

Por otro lado, las pérdidas ocasionadas por la Guerra Civil han provocado un desequilibrio en las generaciones nacidas a principios de siglo XX. La Guerra Civil redujo sustancialmente los efectivos de hombres. Sin embargo, en los próximos años el desequilibrio provocado por la Guerra Civil se suavizará a medida que las generaciones que participaron en ella vayan desapareciendo³.

1.1.2.2. Estado civil

El estado civil se configura como un indicador óptimo del apoyo con el que pueden contar las personas, ya que la soltería, la viudedad, la separación y el divorcio, reducen los vínculos familiares con los que las personas pueden contar en la vejez.

En general, las personas mayores de 65 años están casadas. Según los datos censales del 2011 ofrecidos en el Informe del perfil de las personas mayores en España, 2014, el 60,5% de las personas de más de 65 años están casadas, el 28,9% viudas, el 7,4% solteras y el 3,2% separadas o divorciadas¹².

También se observan importantes diferencias en el estado civil de la población mayor por sexo y grupo de edad. En general, la mayoría de los hombres de más de 65 años están casados y la mayoría de las mujeres de estas edades están viudas³. Las diferencias son muy significativas en este sentido, así, las mujeres viudas suponen el 42,2% del total de mayores de 65 años, y los hombres el 11,5%, y respecto a las personas mayores casadas en función del sexo, en este mismo tramo, las mujeres suponen el 47,3% y los hombres el 77,9%.

1.1.2.3. Convivencia

Según la Encuesta Continua de Hogares 2013 (INE)¹³, el estudio de las formas de convivencia en hogares muestra que, en España, envejecer al lado de la pareja (cónyuge o pareja de hecho) es más frecuente entre hombres que entre mujeres. El 70,8% de los hombres de 75 años o más viven en pareja, y el 36,2% de las mujeres del mismo rango viven solas. Son las dos principales situaciones de convivencia. Los hombres nunca alcanzan los niveles de soledad femeninos ni en la vejez más avanzada.

Entre 65-69 años, un 82% de los hombres y un 67% de las mujeres aún viven en pareja (solos o con algún hijo u otra persona), pero esas proporciones

disminuyen regularmente según avanza la edad, con un retroceso muy marcado en las mujeres. Al final de su vida los hombres siguen viviendo básicamente en pareja (56,7% a partir de los 85 años, por sólo 14,2% entre las mujeres), por lo que apenas aumenta el tipo de convivencia con otros familiares u otras situaciones, como la soledad (sólo uno de cada cinco vive en soledad a los 85 y más años)¹³.

En este sentido, la mayor supervivencia de las mujeres supone una importante desventaja. En la mayor parte de los casos, cuando los hombres llegan a mayores y se generalizan las enfermedades y/o discapacidades cuentan con el apoyo de su mujer. En el caso de las mujeres no sucede así. Previsiblemente, en las próximas décadas el aumento de la supervivencia de los cónyuges contrarrestará este desequilibrio³.

1.1.3. Envejecimiento y la necesidad de cuidado

La etapa de la vida del adulto mayor, pese a las mejoras en calidad de vida y salud, conlleva ciertas limitaciones físicas y psicológicas. Se trata de una etapa caracterizada por un incremento de patologías crónicas que conllevan a un declive físico y psíquico que condiciona la capacidad funcional. Todo ello repercute en un aumento del grado de dependencia y pérdida de autonomía de la persona mayor, de manera que necesitarán cuidados y ayuda en la realización de las actividades diarias, apoyo familiar y psicológico, así como soporte económico para cubrir los gastos derivados de los propios cuidados^{14,15}.

Por lo tanto, el incremento de la longevidad y del peso específico como grupo social de personas mayores conlleva a un aumento de probabilidades de padecer desórdenes físicos (patologías) y psíquicos o mentales. Siendo altamente probable que estos desórdenes deriven en el confinamiento en su domicilio,

siendo éste directamente proporcional a los requerimientos de prestaciones de cuidados^{15,43}.

Si bien el 70% de los mayores disfrutan de unas condiciones de vida que les permiten ser autónomos hasta los 80 años, casi un tercio de los mayores necesitan a otras personas para desenvolverse en su vida diaria. Así, un 30,3% de los mayores (2.227.500 de 7,4 millones) declara tener alguna discapacidad, según la Encuesta de Discapacidad de 2008 (Portal de Mayores, 2008)¹⁶. Este porcentaje representa el 58% de las personas con discapacidad en España y configura nuevos grupos-perfiles de mayores con más riesgo y más vulnerables a la dependencia y que, por lo tanto, requieren cuidados especiales⁴.

El fenómeno de la ultralongevidad, del sobreenvjecimiento o del envejecimiento del envejecimiento destaca el aumento del grupo de edad de más de 80 años, que son las personas más necesitadas de cuidado. Las distintas proyecciones apuntan en esta línea, así, los nonagenarios y centenarios aún cobrarán más protagonismo. Cuando se jubilen los denominados baby boomers (en la década 2020-2030) habrá más de nueve millones de mayores en España⁴.

Dentro del sector de las personas mayores, las categorías de edad más avanzada (los mayores de los mayores), como se ha comentado anteriormente, son el sector de población con mayor velocidad de crecimiento. Es probable, por ello, que la dependencia aumente en consonancia con el envejecimiento general de la población en Europa y, particularmente, la dependencia relacionada con la demencia, igualmente, crece en función de la edad. Frecuentemente, a pesar de un tratamiento médico adecuado, algunas personas mayores tienen algún tipo de discapacidad, por lo que necesitan diferentes niveles de asistencia de larga duración. Además, las personas mayores con limitaciones físicas por discapacidades desde edades tempranas están viviendo cada vez más años; realmente, han sido las personas con discapacidades las que

han experimentado el mayor incremento en esperanza de vida en las últimas décadas. Por lo tanto, es el momento de considerar el bienestar y la calidad de vida de todas las personas en su proceso de envejecimiento, incluyendo las personas dependientes⁵³.

Así, el envejecimiento de la población hará aumentar las tasas de dependencia, ya que la discapacidad está asociada estrechamente con la edad. En el conjunto de mayores la discapacidad afecta ya a casi uno de cada tres (32,2%), y dos de cada tres entre los de 85 y más años (63,6%)¹⁷.

El envejecimiento de la población tiene, por tanto, un fuerte impacto en la prevalencia de la dependencia. Además, el número de personas con discapacidad seguirá en aumento dada la tendencia demográfica de una creciente esperanza de vida. Por eso, en la actualidad, la dependencia se considera un fenómeno de gran importancia, y así ha quedado referenciado en el Libro Blanco de la Dependencia¹⁸, el Informe 2006¹⁹ y la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia²⁰. En dichos documentos se destaca el importante papel que desempeñan las personas cuidadoras en este proceso de la dependencia. Aunque el informe señala que al hablar sobre la necesidad de cuidados de larga duración se pone el acento en los servicios formales, la inmensa mayoría de las personas dependientes es atendida a través del sistema informal de cuidados¹⁷.

En lo que se refiere a la población mayor de 65 años, frente a los datos esperanzadores de aumento de los años vividos, y vividos en buena forma, se tean, por tanto, necesidades crecientes y complejas derivadas de variadas clases de dependencia, especialmente física y psicosocial⁴.

Así, los cuidados demandados por las personas mayores se articulan en una pluralidad de dimensiones, cuya finalidad es asegurar el mantenimiento básico

de la persona mayor en concordancia con lo que se considera socialmente aceptable. Todo ello requiere una serie de tareas encaminadas a asegurar la supervivencia sin menospreciar la calidad de vida⁴.

En este sentido, la calidad de vida de las personas mayores está ligada a la calidad de los cuidados que reciben.

1.1.4. Envejecimiento y dependencia

El fenómeno de la dependencia por razones de salud está ligado al envejecimiento de la estructura demográfica, proceso que se ha intensificado en los países desarrollados en las últimas décadas, como se ha descrito anteriormente. Esta tendencia ha sido calificada en la Organización de Naciones Unidas como un “terremoto demográfico”, que dará lugar a un nuevo orden internacional de la población, y que ha llevado a todos los países miembros a considerar un desafío social, económico y político de primer orden: La atención y el bienestar de la población mayor en el medio y largo plazo, especialmente en los países desarrollados⁵⁴.

El protagonismo de la población mayor dará lugar a un “envejecimiento de la sociedad”⁵⁵, entendido éste como un proceso que sobrepasa el mero envejecimiento de la estructura demográfica y que tiene consecuencias en todos los órdenes.

La discapacidad, también por razones de salud afecta especialmente a las personas mayores, por lo que el envejecimiento de la estructura demográfica es uno de los factores más importantes para determinar las necesidades de cuidados de una población⁵⁶.

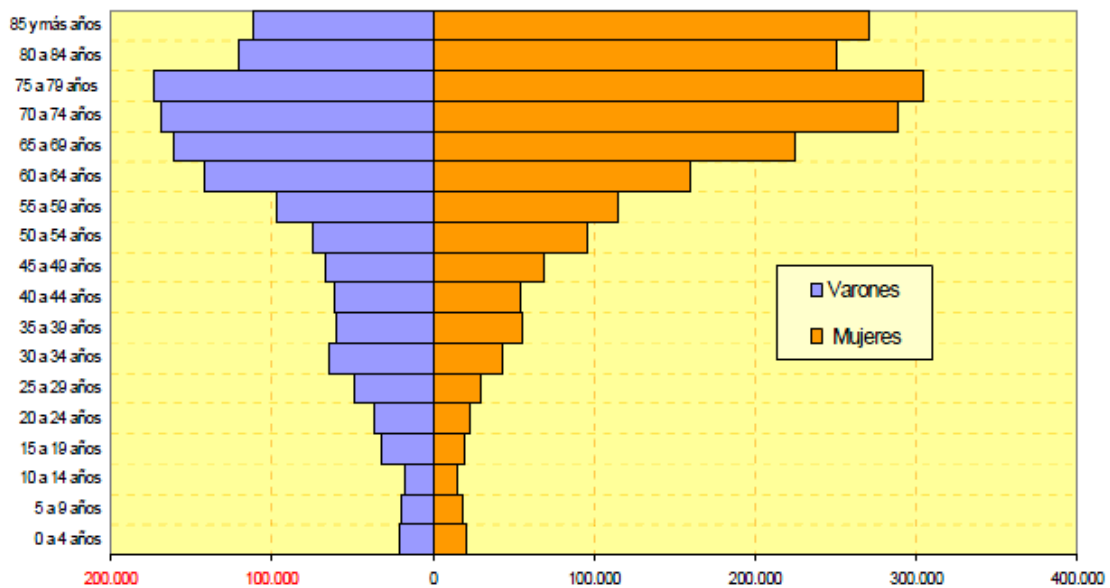
La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (EDDES 99)⁵⁷ ofrece una información precisa y detallada sobre la estructura por edad y sexo de la población con discapacidad y sobre la población total estimada en el momento de realización de la encuesta, lo que facilita la obtención de estimaciones de prevalencia desagregados.

Los resultados obtenidos, por EDDES 99, alcanza la cifra de 3.528.221. Esta cantidad representa el número total de personas con alguna discapacidad, o con limitaciones que han causado o pueden llegar a causar discapacidades, lo que expresado en términos relativos, viene a representar un 9 por ciento de la población española.

Los resultados muestran una clara correlación entre la prevalencia de las situaciones de discapacidad y la edad. Más del 32 por ciento de las personas mayores de 65 años tiene alguna discapacidad, mientras que entre las menores de 65 años la proporción de personas con discapacidad no llega al 5 por ciento. Aunque el aumento de la prevalencia es continuo conforme avanza la edad, a partir de los 50 años ese incremento se acelera de forma notable¹⁸; el 22% de los situados entre 65 y 79 años tiene alguna discapacidad, proporción que alcanza en los mayores de 80 años el 52%⁵⁶. También concreta que aproximadamente el 90% del volumen de recursos sanitarios y sociales consumidos se concentra en los últimos siete u ocho años de vida de quien sufre algún proceso de dependencia⁵⁶.

Por otro lado, la encuesta estima, en conjunto, un número mayor de mujeres que de varones con discapacidad (el 58,3 por cien de la población con discapacidad son mujeres). Sin embargo, este predominio cuantitativo de las mujeres no se da en todos los grupos de edad. La encuesta ha identificado discapacidad en un mayor número de varones que de mujeres en las edades jóvenes, mientras que en edades más elevadas se invierte esta tendencia. El punto de inflexión se da alrededor de los 45 años¹⁸.

Estructura por edad y sexo de la población con discapacidad en España, 1999



Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Resultados detallados. INE, Madrid, 2002

A pesar de los estudios realizados y de las fuentes disponibles, en España no ha habido un seguimiento longitudinal preciso de los efectos del envejecimiento de la estructura demográfica en la evolución de la población dependiente. Un estudio realizado por Casado (2006)⁵⁸ a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud (INE), estimó que entre 1993 y 2003 las tasas de prevalencia de discapacidad han experimentado una reducción de algo más de dos puntos porcentuales (de 19,4% a 17%), lo que hizo que, a pesar del aumento de población mayor de 65 años, el número de personas mayores dependientes se mantuviera estable⁵⁹. Esta tendencia parece corroborarse con la reciente aparición de los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2008)¹⁶, que refleja que, a pesar de la mayor proporción de mayores de 74 años en la estructura demográfica, la tasa global de discapacidad se ha mantenido estable entre 1999 y 2008 (9% y 8,6%, respectivamente)^{16,57}.

Asumiendo que estos resultados son correctos, la presencia relativa de personas dependientes con edades superiores a los 65 años se ha reducido debido a factores sociales, esto es, mejoras en el estado de salud y/o en el entorno de los individuos. Ello pone de nuevo de manifiesto la importancia del contexto en el estado de salud, en la aparición de discapacidades y en la generación de situaciones de dependencia.

El número de personas dependientes y su presencia en los hogares españoles depende de la fuente escogida para su estimación, pero se detectan similitudes importantes entre las diferentes encuestas. La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (EDDES), realizada por el INE en 1999⁵⁷, constituyó una gran operación estadística que posibilitó una aproximación cuantitativa detallada al fenómeno de la dependencia. Esta encuesta ha sido replicada en 2008 por el INE, aunque con sustanciales modificaciones, con el nombre de Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008)¹⁶. Según la EDDES, en España había 3.528.220 personas con discapacidad de todas las edades en 1999. Los resultados de la EDAD indican que en 2008 esa cifra había aumentado hasta las 3.847.900 personas.

La discapacidad se concentra en las edades más avanzadas de la estructura demográfica, lo que se refleja en la pirámide de población con discapacidad en España. Según la EDDES, de las 3.528.220 personas con discapacidad que había en España en 1999, 2.072.652 eran mayores de 64 años (el 59% del total). El fenómeno de la discapacidad es relevante en la medida que implica algún grado de dependencia de otros.

En este sentido, todos los expertos que estudian las consecuencias que para las sociedades modernas tiene el fenómeno del envejecimiento, coinciden en afirmar que el problema fundamental es cubrir las necesidades de cuidados y atención a las personas dependientes, cuyo número se está viendo enormemente

incrementado como consecuencia del aumento de la población de avanzada edad¹⁸. Así, el progresivo envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de pacientes con enfermedades crónicas y discapacidades, no solo aumenta el número de personas que necesitan cuidados, sino que además existe una mayor exigencia en la prestación de servicios⁶⁰.

1.1.4.1. Situaciones de dependencia

El Consejo de Europa (1998) define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, de manera más precisa, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que se pueda hablar de una situación de dependencia: en primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria y en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero^{18,61}.

Esta perspectiva es coherente con el planteamiento de la nueva clasificación de discapacidades de la OMS, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada durante la 54ª Asamblea Mundial de la Salud que tuvo lugar en Ginebra (Suiza) entre el 14 y el 22 de mayo de 2001 (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Esta clasificación propone el siguiente esquema conceptual para interpretar las consecuencias de las alteraciones de la salud:

- Déficit en el funcionamiento (sustituye al término “deficiencia”, tal y como se venía utilizando por la anterior Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM, de 1980): es la pérdida o anomalía de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. En este contexto el término “anormalidad” se usa para referirse a una desviación significativa de la norma estadística (por ejemplo, la mediana de la distribución estandarizada de una población).
- Limitación en la actividad (sustituye el término “discapacidad”, tal y como se venía utilizado en la CIDDM): son las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades. Las limitaciones en la actividad pueden calificarse en distintos grados, según supongan una desviación, más o menos importante, en términos de cantidad o calidad, en la manera, en la extensión o en la intensidad en que se esperaría la ejecución de la actividad en una persona sin alteración de salud.
- Restricción en la participación: (sustituye el término “minusvalía”, tal y como se venía utilizado en la CIDDM): son problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. La presencia de restricciones en la participación es determinada por la comparación entre la capacidad de participación de un determinado individuo y la participación esperada del mismo, si eliminamos la componente de la discapacidad en una determinada cultura o sociedad.
- Barrera: son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que condicionan el funcionamiento y crean discapacidad. Pueden incluir aspectos, como por ejemplo: un ambiente físico inaccesible, la falta de tecnología asistencial apropiada, las actitudes negativas de las personas hacia la

discapacidad, y también la inexistencia de servicios, sistemas y políticas que favorezcan la participación.

- Discapacidad: en la CIF, es un término "paraguas" que se utiliza para referirse a los déficits, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno (factores contextuales y ambientales).



Figura X: Mapa conceptual de la evolución del concepto de "Discapacidad". Elaboración propia.

La dependencia puede entenderse, por tanto, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana¹⁸.

La dependencia, según Pacolet et al. (2000), puede definirse en función de cuatro dimensiones: física, mental, social y económica. La dependencia puede expresarse en términos físicos y mentales por medio de varias escalas (la Escala de Actividad de la Vida Diaria, desarrollada por Katz et al. (1963) y el Cuestionario General de Salud, desarrollado por Goldberg (1978)). La salud social comprende una definición del bienestar individual, distinto de la salud física y la salud mental. Según Townsed (1979), la salud social se refiere a la capacidad de las personas a funcionar como miembros de la comunidad, e incluye indicaciones de cómo las personas se relacionan con otras, en cuanto a sus interacciones personales y su participación social. Los indicadores de dependencia económica están relacionados con los recursos disponibles para las personas que les permitan participar significativamente en el ámbito económico y social, de acuerdo con los estándares sociales establecido⁵³.

La valoración de las funciones físicas y mentales es muy importante y, actualmente, se realiza en todos los países del Consejo de Europa por profesionales que utilizan diferentes escalas y en ocasiones las combinan. En función de los resultados de estos análisis se determinará el apoyo y el tipo de servicio que cada persona debe recibir del Estado, así como la duración y la localización de ese apoyo. La capacidad de las personas de cuidar de ellas mismas a medida que envejecen, determinará si pueden permanecer en sus viviendas o si necesitan cualquier tipo de asistencia de larga duración⁵³.

En el Libro Blanco de la Dependencia¹⁸ se detalla el análisis realizado para establecer cuáles son las actividades más relevantes en relación con el funcionamiento/discapacidad. Para realizar dicho análisis se seleccionaron, por un lado, los baremos o escalas más utilizados para valorar la discapacidad, y por otro, las encuestas socio-sanitarias de mayor importancia.

En ambos instrumentos se identificaron las categorías referidas a las actividades que más se repetían y se homogeneizaron utilizando la terminología de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud). Las actividades de movilidad y autocuidado estaban presentes en todos los baremos y encuestas sobre personas con discapacidad, y las actividades de comunicación (60-70%) y las relacionadas con la vida comunitaria, social y cívica (40-60%) tuvieron una presencia relevante⁵⁴.

Si se tiene en cuenta la actividad o actividades que una persona no puede realizar sin ayuda y la cuantía de las mismas, se establecen los “isogrupos” o grupos de “isodependencia”. Estos conceptos definen agrupaciones de personas que comparten características similares con relación a la dependencia y que conforman las siguientes categorías ordinales: no dependientes o dependientes ligeros (autónomos); dependientes (dependencia, al menos, moderada); grandes dependientes (dependencia grave)^{54,62,63}.

El Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el Baremo de Valoración de los grados y niveles de Dependencia (BVD) establecido por la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de “promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”, más conocida como Ley de Dependencia, considera las actividades de acuerdo con la CIF y clasifica a los individuos, mayores de 3 años, en personas sin dependencia, con dependencia moderada, severa y gran dependencia, diferenciando dos niveles en cada uno de estos grados⁵⁴:

- Grado 3 (gran dependencia): Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

- Grado 2 (dependencia severa): Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.
- Grado 1 (dependencia moderada): Cuando la persona necesita ayuda para realizar una o varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

La importancia que ha adquirido el fenómeno de la dependencia obliga a poner a punto los esquemas conceptuales que faciliten su estudio e investigación desde una perspectiva epidemiológica. En la nueva clasificación de discapacidades de la OMS se contemplan, dentro de las limitaciones en la actividad (las dificultades que un individuo puede tener en el desempeño o en la realización de actividades), algunas cuya consideración es esencial en el caso de la dependencia. Ahí se englobarían las relacionadas con el cuidado personal (lavarse, cuidado de partes del cuerpo, excreción, vestirse, comer, beber, cuidado de la propia salud...), con la movilidad y el cambio o mantenimiento de las posiciones del cuerpo (posturas corporales básicas, levantarse, sentarse, acostarse...), con la capacidad de desplazarse en el entorno doméstico, con la posibilidad de realizar las actividades del hogar (preparación de comidas, quehaceres de la casa y otras actividades domésticas) y con el funcionamiento mental básico (reconocer personas y objetos, entender y realizar instrucciones y tareas sencillas, etc.¹²).

Los criterios para la estimación del nivel de dependencia se basan en el grado de desempeño de una actividad y en el grado de asistencia que necesita para su realización. La necesidad de ayuda en alguna de las actividades básicas de la vida diaria determina el umbral administrativo para la protección del Sistema Nacional de Dependencia⁶⁴.

Para ello, el Baremo de Valoración de la Dependencia permite identificar los dos niveles de cada grado en función de la autonomía personal y de la intensidad de cuidado que requiere, de acuerdo con el apartado 2 del artículo 26 de la Ley de Dependencia.

El baremo de valoración de la dependencia contempla 52 actividades y el apoyo que necesita la persona para llevarlas a cabo. Para realizar la ponderación, se debe determinar si la persona es capaz o no de realizar la actividad; si no lo es, se determina por qué no la puede realizar (por incapacidad física o por no comprender la actividad) y el grado de apoyo que necesita por parte de otra persona para la ejecución de la actividad (supervisión/ preparación, asistencia física parcial o asistencia física máxima).

La valoración se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa de la persona que se valora por parte de un profesional entrenado para ello⁶⁵.

El cuestionario aborda las siguientes actividades:

- Comer y beber: emplear nutrición artificial, abrir botellas y latas, cortar carne en trozos, usar cubiertos para llevar comida a la boca, sujetar el recipiente de bebida, acercarse el recipiente de bebida a la boca, sorber las bebidas...
- Regulación de la micción/defecación: acudir a un lugar adecuado, manipular la ropa, adoptar y abandonar la postura adecuada, limpiarse, continencia de micción, continencia de defecación...
- Capacidad de lavarse: lavarse las manos, lavarse la cara, lavarse la parte inferior del cuerpo, lavarse la parte superior del cuerpo...
- Realizar otros cuidados corporales: peinarse, cortarse las uñas, lavarse el pelo, lavarse los dientes...

- Capacidad de vestirse: calzarse, abrocharse botones, vestirse con prendas de la parte superior del cuerpo, vestirse con prendas de la parte inferior del cuerpo...
- Capacidad de mantenimiento de la salud: aplicarse medidas terapéuticas recomendadas, evitar riesgos dentro del domicilio, evitar riesgos fuera del domicilio, pedir ayuda ante una urgencia...
- Transferencias corporales: sentarse, tumbarse, ponerse de pie, transferir mientras está sentado, transferir mientras está acostado...
- Capacidad para desplazarse dentro del hogar: desplazamientos vinculados al autocuidado, desplazamientos no vinculados al autocuidado, acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones, acceder a todas las estancias comunes a la vivienda en la que reside...
- Capacidad para desplazarse fuera del hogar: acceso al exterior, desplazamiento alrededor del edificio, desplazamiento cercano, desplazamiento lejano, utilización de medios de transporte...
- Capacidad para realizar tareas domésticas: preparar comidas, hacer la compra, limpiar y cuidar de la vivienda, lavar y cuidar la ropa...
- Capacidad para tomar decisiones: actividades del autocuidado, actividades de movilidad, tareas domésticas, interacciones interpersonales, usar y gestionar el dinero, usos de servicios a disposición del público...

1.1.4.2. Las discapacidades más frecuentes en la población mayor

Conforme las personas avanzan en edad se producen cambios normales que permiten una buena adaptación física, psíquica y social al medio en que viven y que son necesarios conocerlos y para diferenciarlos de aquellos que alteran la salud (procesos patológicos). Sin embargo, también es frecuente la aparición de

determinadas patologías asociadas a la edad y que merman la capacidad funcional, dando lugar a situaciones de dependencia.

Como se ha referido anteriormente, las personas mayores con algún tipo de discapacidad, representan un 58,8% del total de personas discapacitadas y a su vez un 32,2% de la población mayor española. El predominio de discapacidades en el sexo femenino es mayoritario en los mayores, y es especialmente manifiesto a partir de los 85 años. La presencia de discapacidad desemboca en una situación de dependencia que requiere algún tipo de ayuda personal en el 53% de los mayores que presentan discapacidad⁶⁶.

A través del análisis de las proyecciones de población, se puede preveer que, debido al incremento del sobreenvejecimiento de la población, las tasas de discapacidad en las personas mayores se vean aumentadas en un futuro no muy lejano.

Las causas de dependencia en la población son múltiples y vienen determinadas por más de un antecedente. Se pueden diferenciar elementos físicos (debilidad, limitaciones sensoriales, etc.), psicológicos (depresión, trastornos cognitivos, etc.) o sociales. En cuanto a estos últimos, cabe destacar que, se refieren tanto al contexto donde vive la persona mayor como a las actitudes y comportamientos de sus allegados y redes sociales. Además, algunas características sociodemográficas (estudios, ingresos, hábitat, etc.) tienen relación directa con la entrada más o menos tardía en situaciones de dependencia^{4,67}.

Algunos de los principales tipos de dependencia que soportan los mayores se pueden resumir en: dependencia económica, dependencia física, dependencia social, dependencia psicológica, dependencia psicosocial, dependencia emocional o dependencia percibida.

Respecto al perfil de la persona mayor dependiente que manifiesta necesitar cuidados, se han identificado a mayores que viven solos/as, mujeres mayores con necesidades de cuidados y/o cuidadores, mayores inmigrantes, mayores de minorías étnicas o de colectivos especiales, mayores de zonas rurales despobladas o urbanas con pocos servicios y mayores con enfermedades especiales y pluripatologías⁴.

Otra peculiaridad de la dependencia de mayores respecto a los más jóvenes es el grado, la evolución y la duración, que suele ser creciente (generalmente la evolución no es positiva, como en el caso de los menores) e indefinida (no se sabe hasta cuándo).

La edad de la persona, como se ha mencionado anteriormente, influye en la aparición de determinadas limitaciones que hacen que la persona mayor pase a un estado de dependencia; un dato crítico en este sentido es que tres de cada cuatro nonagenarios son dependientes. Además, se detecta una feminización de la discapacidad, concretamente a partir de los 50 años. El 72,2% de los mayores con alguna limitación declaran tener problemas de movilidad (levantarse, sentarse, andar, etc.), seguido de problemas para la vida doméstica (comprar, lavar, etc.) y para actividades de autocuidado (aseo, comer, etc.). Estos tres tipos de discapacidad más frecuentes acarrear limitaciones sociales que inciden en las relaciones, la cotidianidad y la calidad de vida. Las estadísticas sobre los solicitantes de valoración oficial como dependiente certifican la menor autonomía de los mayores: el 79,9% son mayores (630.400 sobre 788.288) y 63,1% mujeres (Imsero, 2009)⁴.

Las discapacidades más frecuentes entre las personas mayores son: desplazarse fuera del hogar (utilización del transporte público), referida por un 65% de los mayores; las discapacidades sensoriales (ver y oír), en un 65%; la realización de las tareas del hogar, en un 45%; desplazarse dentro del hogar, en

un 39%, y la utilización de las extremidades superiores, referida por un 31%. Aproximadamente un 70% de las personas mayores discapacitadas presenta dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria, y en un 68% de éstas, la dificultad es grave. En un 28% la discapacidad grave afecta a las actividades básicas de la vida diaria. La edad media en que se inicia la dependencia se sitúa en torno a los 72 años y es más elevada entre los viudos que entre solteros y casados⁶⁸.

Las personas dependientes, por tanto, van a requerir de una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados. De ahí la importancia de los cuidados formales e informales en la atención a la necesidades de este colectivo.

Es por ello, que una de las principales demandas de los mayores es el aumento de la calidad y cantidad de los apoyos formalizados a los que pueden acceder, como los servicios de atención a domicilio (SAD, teleasistencia y otros servicios de atención domiciliaria), servicios de atención diurna (hogares y clubes para mayores y centros de día) y servicios de atención residencial (centros residenciales, viviendas tuteladas, acogimiento familiar y apartamentos residenciales). La cobertura es todavía muy insuficiente; no obstante, hay diferencias destacables dependiendo del grado de implantación de la Ley de Dependencia en las distintas Comunidades Autónomas.

Las principales demandas se sitúan, pues, en el campo asistencial (mejora y aumento de los servicios existentes), de participación social (formación, voluntariado, asociacionismo, etc.), psicosocial (afectivo, imagen social, por ejemplo) y socioeconómico (aumento de pensiones, bonificaciones, etcétera)⁴. No obstante, el nivel de calidad de vida alcanzado se impone frente a las alarmas negativas y permite que los mayores disfruten de un envejecimiento lleno de actividad e independencia. Las altísimas tasas de mayores que sobreviven en

buenas condiciones son un indicador de desarrollo, éxito y progreso indudables. El envejecimiento activo no es sólo una expresión de moda o una propuesta de vanguardia, constituye un reto y una realidad constatable. Si bien casi una tercera parte de los mayores son dependientes, las aportaciones del otro 70% merecen ser destacadas^{8,69}. Ello implica que las personas mayores van más allá de la reciprocidad: generalmente dan más que reciben, sea en un contexto familiar o extrafamiliar⁴.

1.2. EL CUIDADO: EVOLUCIÓN Y REPERCUSIONES

Todos los seres humanos, a lo largo de nuestra vida, necesitamos ser cuidados por otras personas⁴. Aunque es en la niñez y en la vejez cuando más cuidados se necesitan.

El aumento sostenido de adultos mayores a nivel mundial evidencia la necesidad de un nuevo abordaje de la tercera edad y su calidad de vida.

1.2.1. La complejidad del cuidado

El cuidado es un concepto complejo de definir. Es en esa dimensión relacional donde los individuos pueden intervenir, donde la acción de cuidar se traduce en una conducta motivada al logro de un fin, es decir, adquiere sentido⁷⁰. Cuidar es una experiencia humana universal que tiene una dimensión social muy especial. El cuidado en general, atañe a los bienes y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio⁷¹. Por su parte Aguirre (2008)⁷², plantea que el cuidado incluye aspectos materiales e inmateriales, donde está presente un vínculo afectivo, emocional y sentimental, entre el que otorga y el que recibe el cuidado. El cuidado, según Hochschild (2008)⁷³, “es el resultado de muchos actos pequeños y sutiles, consciente o no, en el que ponemos algo más que la naturaleza del cuidado: ponemos tiempo, sentimientos, actos y pensamientos”.

En sentido similar, Robles (2007)⁷⁰, considera al cuidado como una práctica social cuya finalidad es que un individuo incapacitado en sus funciones básicas pueda sobrevivir o progresar, biológica y socialmente, al satisfacer sus necesidades por medio de dicho cuidado. Esta autora plantea que el cuidado en la vejez puede surgir debido a la edad, en la que de manera natural hay una disminución y/o pérdida de capacidades que van afectando la autonomía de los

sujetos. O bien, cuando aparece la enfermedad provocando discapacidad en los adultos mayores, llegando de la misma forma a requerir de apoyo en su padecimiento.

Según la definición de Stefoni (2001)⁷⁴, puede entenderse como “la gestión y generación de recursos para el mantenimiento cotidiano de la vida y la salud de las personas; la provisión del bienestar físico y emocional, que satisface sus necesidades a lo largo del ciclo vital”. Fernández et al. (2007)⁷⁵ señalan que el cuidado es una actividad que se realiza cara a cara en periodos vitales de las personas, como la niñez o la vejez, en que presentamos dependencia, por lo que en más de una etapa necesitaremos ser cuidados o deberemos ejercer esos cuidados. Incluye además prestaciones de apoyo como limpiar y cocinar para la persona cuidada^{74,76}, como también aspectos subjetivos de afectividad, protección y tiempos de compañía⁷⁷. Pero principalmente se conceptualiza como trabajo doméstico, lo que desde la perspectiva de género evidencia las desigualdades sociales entre hombres y mujeres, que en este ámbito son más acentuadas que en el trabajo productivo, pues éste es entendido como trabajo femenino. Además deben considerarse las desigualdades de clase social en su ejecución^{76,78,79}.

Existen, por tanto, gran diversidad de formas de construir la noción de cuidado y de entender las actividades que ello conlleva. Por ello, el cuidado necesita la coordinación de muchos factores, no siendo una tarea fragmentaria sino holística. Es importante aportar una humanización de la tecnificación, que en muchos casos se aplica. El envejecimiento con éxito y calidad de vida (entendiendo la calidad de vida como un concepto evaluador, multidimensional y multidisciplinario) resultante de la combinación de factores objetivos y subjetivos), se consigue desde el conocimiento de las diferentes condiciones que rodean al individuo y su contexto, potenciándose desde el terreno de los cuidados

la autoestima, marcando objetivos y metas que los hagan vivir con mayor ilusión⁸⁰.

En el envejecimiento se recurrirá al ajuste de calidad de vida con esperanza de vida, estando muy relacionada con el grado de funcionalidad (en dependencia física, psíquica y social)⁵⁴. El envejecimiento exitoso estaría marcado por el grado de cumplimiento de criterios como el de bienestar subjetivo. La longevidad y el mantenimiento de la competencia para vivir en forma independiente son claros ejemplos de criterios objetivos de la vejez. La distinción entre los criterios subjetivos y objetivos no es del todo significativa en la vida diaria de los mayores, que apreciarán la longitud de su existencia, tan sólo, si logran vivir un estado subjetivo de bienestar. Para mantener dicha calidad de vida se reconoce la importancia del desarrollo personal y social, con autonomía en las condiciones y estilo de vida, e implica la posibilidad de asumir decisiones, tanto en el plano individual como con las otras personas^{54,81}.

Las metas finales desde el prisma de los cuidados pasarán por la potenciación de la autoestima, haciendo que la persona se quiera, incluso con el sufrimiento, aceptándose la persona como valor, nunca como carga. Si no se tienen objetivos, será muy probable que enfermedades mentales, como la depresión, ansiedad, etc. hagan su aparición. Por tanto se habrá de favorecer la comunicación, llegando a establecer buenas redes sociales, y fomentando las actividades recreativas y lúdicas (que permite disfrutar del tiempo libre, sintiéndose a gusto y bien). Para lograr el éxito se aceptarán los actuales roles y papeles sociales desempeñados por su edad, pero no seremos especialmente pretenciosos exigiéndoles aspecto que no cumplen con los que su entorno sociocultural espera de ellos⁸¹.

En este sentido, la actividad del cuidado no solo debe cubrir las necesidades básicas de forma objetiva, sino que permitir una plena autonomía, física,

psicológica y social, debe ser el único objetivo del cuidado. Por ello, cuidar es una actividad compleja que requiere habilidades, entre otras, empatía, paciencia, dedicación y esfuerzo, tanto físico como psicológico⁴.

1.2.2. El cuidado, la familia y las personas mayores

Está documentado que en el periodo preindustrial, el trabajo de cuidado de adultos mayores no solo era asumido por las familias, sino por organizaciones comunales y relaciones de vecindad⁷⁷. Fue posterior a la industrialización cuando el cuidado se situó dentro del ámbito privado y asumió características de interdependencia intergeneracional; así, para el caso que analizamos, es sujeto de cuidado un adulto mayor que en su momento ejerció labores de cuidado. Además, su cuidado debería efectuarlo un cuidador de una generación posterior^{77,79}. Sin embargo la incorporación de los miembros adultos de la familia al mercado laboral ha desatado una crisis de cuidado. Menos familiares con capacidad de cuidar están presentes en el hogar y el involucramiento del Estado aún es escaso, en términos de políticas públicas para el área de envejecimiento y dependencia⁷⁹.

Todo ello pone de manifiesto la paulatina transición del rol de las mujeres, muy valorado en la sociedad preindustrial, y mucho más subsidiario a medida que su actividad se centraba exclusivamente en el cuidado de los hijos y en las tareas del hogar. Con el paso del tiempo, el asentamiento lento de la familia obrera tendió progresivamente a reproducir el modelo familiar burgués, generalizándose la segregación de funciones entre los dos miembros de la pareja, de modo que, el marido comenzó a realizar su actividad fuera del entorno del hogar mientras que la mujer desempeñaba todo el repertorio de tareas domésticas, incluyendo la atención, educación y cuidado de sus hijos y de los miembros dependientes de la familia⁴.

En estas circunstancias, el ama de casa se constituyó como un pilar invisible de ese orden social. Su contribución, no obstante, llega mucho más lejos si atendemos al valor económico de la mujer en el hogar y como cuidadora a tiempo completo, no por invisible menos real, como demuestran las numerosas investigaciones que exploran y cuantifican esa actividad que, desvinculada del mercado, cobra forma en la llamada contabilidad satélite, complementaria de la nacional⁸².

Paradójicamente, este enfoque que plantea y reivindica el valor del trabajo no remunerado en el ámbito doméstico convive con su escasa valoración social. Ello explica el alejamiento de las mujeres del modelo tradicional de ama de casa en el momento actual, como muestran los datos de la Encuesta de Población Activa⁴.

Al principio de los años sesenta del pasado siglo se producen cambios significativos en el entorno familiar occidental que reflejan, y al mismo tiempo constituyen en sí mismos, importantes elementos de transformación social, especialmente evidente al observar la familia, ya que constituye el núcleo básico del entramado social.

Las transformaciones que están experimentando las familias son^{4,18,83,84}:

- La desaparición de la familia extensa, que proporcionaba asistencia y proveía de recursos a todos sus miembros, por núcleos familiares más reducidos.
- El desdibujamiento del perfil de institución permanente de la familia, que se traduce en un incremento del número de separaciones, divorcios y nuevos matrimonios.
- La creciente movilidad geográfica de los distintos miembros de la familia, que aleja a los familiares directos y debilita las redes de solidaridad familiar.

- La variedad de modelos familiares coexistentes (incremento de personas que viven solas, familias monoparentales, uniones de hecho...).
- La democratización en las relaciones intergeneracionales y entre los miembros de la pareja; la permanencia de los hijos en la casa familiar hasta edades que llegan a superar los 30 años.
- Los cambios profundos en la posición social de las mujeres y, por ende, en su rol dentro de la familia.

En los últimos años se ha producido una incorporación progresiva y creciente de la población femenina al mercado laboral, cada vez con mayores cualificaciones y niveles formativos. Sin embargo, la persistencia de la tradicional asignación de roles sociales entre los sexos continúa afectando negativamente a su integración y promoción social y laboral. Las mujeres siguen siendo quienes se ocupan de las tareas domésticas y de las responsabilidades familiares, bien como actividad exclusiva, bien como extensión de la jornada laboral extradoméstica, y son quienes generalmente se responsabilizan de la prestación de cuidados a familiares enfermos, discapacitados y personas mayores, lo que supone, en muchos casos, un importante obstáculo para su integración en el sistema productivo, al ser esta una tarea intensiva en trabajo y en tiempo que se extiende durante largos periodos. Por otra parte, la difícil conciliación entre la vida familiar y el trabajo remunerado retroalimenta el fenómeno del envejecimiento poblacional, pues ha originado el retraso de la maternidad y una brusca y continuada reducción de la misma^{18,84}.

Este conjunto de circunstancias ha sometido a la familia a importantes tensiones de adaptación. La institución familiar sigue cumpliendo sus funciones clásicas, pero se ha visto obligada a hacer frente, además, a nuevas demandas, como resultado del retraso en el proceso de independización de los hijos y de

la mayor carga de cuidados que supone el incremento en el número de personas dependientes¹⁸.

Consecuentemente, quienes han comenzado a asumir dichas tareas son grupos no atractivos para el mercado laboral (mujeres adultas de mediana y avanzada edad, entre 45 y 65 años, que cuidan a sus hijos y cónyuge, quienes afrontan además el cuidado de sus mayores)^{75,78}. Esta situación está cambiando, los adultos mayores pasan a ser proveedores de cuidado para otros adultos mayores dependientes, dejando de ser únicamente receptores de cuidado^{79,85}.

El ejercicio de este rol se realiza generalmente de manera individual a través de un aprendizaje autodidacta⁸⁶. Es un trabajo constante, y que se realiza por un periodo considerable de la vida. Las habilidades de cuidado pueden modificarse de manera negativa, dependiendo de las vivencias del cuidador; son relevantes los cambios en sus actividades cotidianas, como el continuo estrés⁷⁹.

1.2.3. El perfil ideal del cuidador: perfil humano y perfil profesional

Las responsabilidades y las tareas del cuidador requieren el desarrollo de habilidades que no todas las personas están en capacidad de desarrollar o demostrar, sin embargo, deben asumir el rol de cuidador, afrontar las demandas del cuidado y compartir la experiencia de la enfermedad.

Watson citado por Gaut de Lores (1996)²³ señala que hay tres elementos que son fundamentales en la entrega del cuidado: la conciencia y el conocimiento de las necesidades de asistencia de uno mismo, la intención de cuidar y las acciones basadas en el conocimiento y un cambio positivo como resultado de la asistencia.

La habilidad del cuidado del cuidador hace referencia al potencial del cuidado que tiene la persona adulta, que asume el rol de cuidador de una persona que lo demande. Bajo este referente conceptual, “el cuidador que es hábil tendrá la

posibilidad de encontrar significado en los hallazgos de mantener un vínculo significativo, de hacer actividades de forma estética y de tomar decisiones pertinentes para determinar el curso de la acción que debe realizar. El cuidador hábil comprende que él y las personas a su cargo son seres humanos activos, trascendentes y totales en todo momento”⁸⁷.

El cuidador ideal requiere desarrollar habilidades y estrategias de afrontamiento que requieren capacitación, esfuerzo físico, esfuerzo psicológico y actitudes y aptitudes adecuadas al cuidado. El cuidador debe poseer, por tanto, virtudes humanas con capacidad de realizar las tareas del cuidado, no solo desarrollando tareas que requieren conocimientos, sino sentir y hacer sentir, a la persona que cuida, el respeto y cariño necesario en estas situaciones. Para ello es necesaria la comunicación como herramienta fundamental, además de paciencia, empatía y dedicación⁴.

1.2.3.1. El perfil humano del cuidador

Normalmente el perfil humano del cuidador está configurado por una serie de características que no se expresan en su experiencia profesional. Se puede denominar la experiencia del “Saber ser”. A continuación, se aborda este concepto desde tres perspectivas: individual, social e interactiva.

- **Autonomía:** Capacidad para funcionar competentemente como individuo (perspectiva individual). Se requiere del sujeto autónomo haber adquirido el grado suficiente de autonomía que le permita asumir responsabilidades, entendiendo por tal, el hecho de ser capaz de responder ante sí y ante los demás de su propia conducta y de las consecuencias positivas o negativas que de ella se deriven. El ser autónomo precisa de otros rasgos, tales como confianza en sí mismo, organización efectiva del trabajo, según unos objetivos concretos, identidad y autenticidad, etc.

- Responsabilidad social: Capacidad para funcionar competentemente como miembro de una sociedad (perspectiva social). Se requiere haber adquirido unas leyes de convivencia. Esto exige que se haya desarrollado en el sujeto la idea de que convivir implica tener en cuenta, no solamente las necesidades del propio YO, sino también las necesidades y motivos de los OTROS. Esto conlleva la necesidad de compromiso social, apertura al cambio sociopolítico y tolerancia ante las diferencias individuales y culturales.
- Ser en Relación: Capacidad para funcionar competentemente a nivel interrelacional (perspectiva interpersonal). Estar en relación, significa, “estar vinculado”. Cuando dos personas entran en relación el comportamiento de una influye en el de la otra y viceversa. La vida humana procede de una relación, y sólo se desarrolla en “relación con”. Se requiere ser capaz de aprender y desarrollar habilidades de comunicación (habilidad para codificar y decodificar mensajes, empatía, expresar aprecio, ser asertivo...), así como confianza y conocimiento de los roles principales.

Es necesario profundizar en la fundamentación teórica y práctica de los rasgos que diseñan y perfilan la dimensión humana de este profesional, para así poder adecuar mejor el trabajo a la persona, y viceversa.

1.2.3.2. El perfil profesional del cuidador

La figura del Cuidador está recogida en el Título de Técnico en Atención Sociosanitaria que aparece en el Real Decreto 496/2003, de 2 de mayo 2003 (BOE, nº 124; 24-V-03).

Con este título se pretende cubrir las necesidades de formación correspondientes al nivel de cualificación profesional para la prestación de servicios de atención directa a las personas, desarrollando diversas actividades tales como: coordinador, responsable de planta, gobernante de una institución residencial, cuidador de personas mayores, adquiriendo experiencias en discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales en las diferentes instituciones y asistente de atención domiciliaria.

Ser competente profesional se puede equiparar a estar profesionalmente preparado. Esta afirmación nos conduce a definir la competencia como capacidad efectiva que tiene un sujeto para realizar con éxito una tarea laboral definida.

De manera descriptiva, también se puede decir que, la competencia profesional es ese conjunto de conocimientos, destrezas y aptitudes que los individuos adquieren para desarrollar, de modo propositivo, las diversas funciones y tareas que se le exigen en una situación real de trabajo: tener iniciativa, resolver problemas con autonomía, desplegar una conducta flexible y, a la vez, adaptado al contexto, organizar el trabajo según los objetivos y a las decisiones tomadas en el equipo en el que se está inserto.

El “saber hacer” o perfil profesional y las competencias profesionales del cuidador ideal se refieren a la organización, preparación, seguimiento y desarrollo de actividades e intervenciones de atención a las personas que demanden cubrir necesidades.

El Real Decreto 496/2003 (BOE, nº 124; 24.5.2003) asigna las capacidades de autonomía que se le requieren al cuidador ideal en el campo de su dedicación, denominadas “competencias de autonomía”:

- Organizar y supervisar, a su nivel, espacios, ayudas técnicas e instrumentos de trabajo.
- Mantener las condiciones higiénico-sanitarias adecuadas al usuario.
- Aplicar técnicas y procedimientos con el fin de cubrir las necesidades básicas de la vida diaria del usuario.
- Aplicar técnicas básicas de primeros auxilios.
- Adecuar y aplicar las ayudas técnicas prescritas.
- Organizar y supervisar las recogidas y entregas de ropa de los residentes.
- Elaborar el plan de actividades de atención domiciliaria.
- Mantener la higiene y el orden del domicilio.
- Diseñar y preparar los menús de la unidad convivencial.
- Administrar alimentos por vía oral aplicando, en caso necesario, técnicas de ayuda a la ingesta.
- Registrar y transmitir los datos observados sobre la evolución del usuario y su entorno en el desenvolvimiento diario.
- Elaborar la decoración y ambientación de los espacios.
- Organizar, desarrollar y dinamizar juegos y actividades de entrenamiento y relación social.
- Acompañar al usuario en sus gestiones y actividades diarias destinadas al mantenimiento y mejora de sus hábitos de autonomía personal, social y ocupacional.
- Aplicar técnicas de comunicación grupal.
- Aplicar al nivel requerido por las exigencias del desarrollo del trabajo, sistemas alternativos de comunicación: Blis, SPC, LSE, Sistema Bimodal

Por lo tanto, el “Saber ser” y el “Saber hacer” deben formar parte del cuidador ideal como desarrollador de actividades que ayuden y satisfagan las necesidades de otras personas, pero sin quedarse en el olvido las habilidades sociales necesarias para cubrir la parte afectiva.

1.2.4. Proveedores del cuidado

En España, según la Encuesta de Discapacidad Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008)¹⁶, dos millones de personas reciben asistencia, supervisión o cuidados personales o informales, y casi millón y medio, ayudas técnicas o formales. No obstante, más de un millón de personas afirman no recibir ningún tipo de ayuda para realizar las actividades para las que tienen una limitación funcional. Además, un análisis de estos datos, por sexo, pone de manifiesto que los hombres son los que afirman recibir menos ayuda (31,7%) frente a las mujeres (23,2%). El 60,7% de las mujeres con discapacidad recibe ayuda de otras personas, frente al 47,1% de los hombres⁸⁸.

Actualmente existe una compleja organización social destinada a atender las necesidades que las personas dependientes puedan demandar. Dicha organización incluye a los agentes institucionales y sociales, como la familia, el Estado o el mercado, y a las personas concretas que dan o reciben cuidado. Tanto los cuidados prestados por parte de las instituciones, como los cuidados prestados por la familia, tienen especial importancia ya que estas prácticas sociales se basan, generalmente, en la interacción personal bajo el signo de la reciprocidad intergeneracional, la solidaridad o el intercambio^{54,79,89}.

Es por este motivo, por el que se desdibujan las fronteras entre los cuidados prestados en contextos institucionales (hospitales, clínicas, residencias, viviendas tuteladas o centros de día, fundamentalmente) y en los hogares, sea por familiares, sea por personas que realizan tales trabajos a cambio de una

remuneración. No existe una delimitación clara ya que la necesidad de recibir cuidado es continua. Sin embargo, es la persona cuidadora principal la que, como persona responsable, establece el enlace entre los diferentes proveedores de cuidado o vigila la asistencia recibida en la institución, asegurando con ello la cobertura de las necesidades de las personas enfermas⁴.

1.2.4.1. Cuidados formales

El cuidado formal alude al conjunto de acciones que un profesional oferta de forma especializada y va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás^{90,91}. Se trata, fundamentalmente, de toda aquella asistencia a personas mayores que necesitan ayuda en las actividades de la vida diaria y en la que concurre alguno de los siguientes criterios: el cuidado se provee sobre una relación contractual (oral o escrita), o a través de una organización (empresa, institución pública u organización sin ánimo de lucro). Por tanto, el proveedor de cuidado formal es un profesional que oferta un servicio para el que tiene una preparación que lo habilita^{54,91}. En este sentido, desempeña tareas de asistencia especializada, a diferencia de la atención generalista que se le atribuye al cuidador familiar. Por otro lado, la relación entre cuidador profesional y receptor está caracterizada por una neutralidad afectiva, en contraste con la implicación emocional del cuidador familiar^{91,92}. Pese a ello, es necesario destacar el papel protagonista que estos trabajadores tienen para garantizar una atención de calidad dado que, después de la familia, proveen una mayor y más intensa atención a la persona dependiente^{91,93}.

La profesionalización de los cuidados es una tendencia laboral debido al desequilibrio demográfico y, por tanto, al aumento del número de personas mayores que requieren cuidados. Así, un agente clave que dirige esta tendencia es el mercado, que cubre principalmente necesidades de corte físico-sanitario, lo

que resulta evidente en el caso de los trabajadores remunerados y en la proliferación de empresas dedicadas a estos servicios. En algunos países ya existe una “Carta-Estatuto de Cuidadores/as” que especifica sus derechos. Frente a esta forma de cuidado, el apoyo público y formalizado apenas llega al 6% de la población mayor (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005). Más concretamente, la ayuda a domicilio alcanza al 5%, la teleasistencia al 4,6% según la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores (2006)⁹⁴, y el servicio de respiro al 0,5%⁹⁵. Estos programas, sin duda, benefician a los cuidadores (y a su entorno).

A diferencia de otros países, en España existen pocas ayudas de este tipo. Con los años se avanza y comienzan a aparecer las primeras investigaciones y algunos programas empiezan a gozar ya de un notable grado de consolidación, aunque aún no se conoce el número exacto. Lo que sí parece claro es lo beneficioso que resulta en contextos como el nuestro, donde la cobertura de los servicios formales es ínfima⁴.

El trabajo profesional y específico en el cuidado es un sector en auge, coherente con la menor disponibilidad de la familia para cuidar y de las necesidades crecientes relacionadas con el envejecimiento y los cambios en las estructuras familiares. La diversidad es grande, en lo que se refiere a la cualificación y las condiciones laborales, así como a las formas de ejercer el cuidado, en instituciones o en la familia, donde se asocia al servicio doméstico⁹¹.

Un caso híbrido entre el cuidado profesional y familiar es la posibilidad que abre la Ley de Dependencia de remunerar y aportar protección social formalizada a quienes cuidan a un miembro de la familia⁵⁴.

1.2.4.2. Cuidados informales

El aumento de la necesidad de cuidados y atención a las personas dependientes está imponiendo, desde hace algunos años, importantes retos a las familias y a la sociedad^{21,22}. El segmento de edad al que pertenece la población mayor se ha convertido en el más vulnerable a las situaciones de dependencia, por lo que, gran parte de los cuidados precisados por estas personas recaen sobre los denominados cuidadores informales, entre los que destacan los cuidados prestados por la familia, que es el principal proveedor de cuidados de salud²³⁻²⁵. Así, la atención y cuidados a las personas mayores dependientes es llevada a cabo fundamentalmente por las propias familias, y su labor, como cuidadores informales, contribuye al mantenimiento de las personas en su entorno social, disminuyendo la utilización de recursos formales y demorando o evitando el ingreso en instituciones^{23,26}.

La familia supone, por tanto, la principal fuente de ayuda para las personas mayores y adquiere aún más importancia cuando éstas sufren algún tipo de dependencia, pues contribuye a rellenar las lagunas o carencias de las redes sociosanitarias de servicios y constituye un eje fundamental de las políticas sociales basadas en el “envejecimiento en el hogar”. Así mismo, la familia, también contribuye a mantener la seguridad, la calidad de vida y el bienestar, tanto físico como psicológico, de la persona mayor dependiente²⁷⁻²⁹.

El cuidado familiar, también considerado como “Cuidado Informal” (el Libro Blanco “Atención a las personas en situación de dependencia en España”¹⁸ lo define como *el cuidado que se presta por parientes, amigos o conocidos*). Más concretamente, se puede decir que es la atención, no remunerada, que se presta a las personas con algún tipo de dependencia por parte de los miembros de su familia y/u otra persona, sin otro lazo de unión ni obligación con la persona dependiente que no sea el de la amistad o el de la buena vecindad³⁰.

Así, cuando alguien enferma o presenta algún tipo de dependencia, dentro del sistema familiar suele haber una persona, el cuidador principal, que asume las tareas de cuidado básicas y que suele ser percibida, por los restantes miembros de la familia, como el responsable de asumir el cuidado del enfermo^{28,31}.

En este sentido, los cuidadores informales asumen tareas de cuidado en un contexto no profesional, es decir, sin un marco formal que regule su actividad, por lo que suelen tener un vínculo familiar con la persona dependiente; pero también pueden cuidar dentro de sus redes de amistad, vecindad o voluntariado⁴. Los cuidadores no profesionales constituyen un recurso imprescindible en la red social de ayuda al dependiente.

Es por ello que, también que se define como cuidador principal informal (CPI) a la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello^{22,40,96}.

En nuestro país, en relación de los cuidados que precisan las personas mayores dependientes, el 71,9% es asumido por los familiares y allegados, y de estos cuidadores el 83% son mujeres, declarando el 61,5% de ellas no recibir ayuda para la realización de este trabajo³².

A diferencia de otros países, España se caracteriza por la homogeneidad del cuidador en el colectivo de cuidadores principales e informales, donde predominan las mujeres en la doble acepción del género y el parentesco.

Numerosos estudios coinciden en afirmar que el perfil del cuidador principal se corresponde con el de una mujer, de edad comprendida entre los 45 y 69, que informa no recibir la ayuda de nadie para realizar este trabajo y que se

caracteriza, mayoritariamente, por no tener una actividad laboral retribuida^{27,97,98}.

Además, hay evidencias que indican que la mayoría de las personas cuidadoras informales son mujeres casadas, hijas de las personas mayores a las que cuidan, sin ocupación laboral remunerada y con un nivel socioeconómico medio, que conviven con el mayor dependiente y tienen a su cargo la mayor parte de las tareas de cuidado de una forma permanente en el tiempo^{4,17,33}.

Los cuidadores no profesionales tienen, por tanto, un papel importante en la atención a personas mayores dependientes y, desde un punto de vista social, no son un recurso gratuito, ya que el tiempo dedicado al cuidado de una personas mayor dependiente por parte de un familiar significa que otras actividades, bien trabajo o de ocio, han tenido que ser abandonadas. El cuidado de las personas mayores también puede suponer una “carga” para los cuidadores que ven afectada la calidad de sus relaciones con otros familiares o amigos, o incluso afectar a su salud⁵³.

1.2.5. El rol del cuidador principal

El cuidador principal de personas mayores asume una serie de tareas y responsabilidades que es conveniente definir para poder entender la repercusión que el cuidado puede tener en el cuidador. Así, resulta conveniente mencionar las actividades tanto objetivas y medibles, así como las subjetivas y difícilmente medibles, para tener un concepto global del trabajo que supone cuidar.

Cuando en una familia se da un caso de dependencia de algún familiar mayor, gran parte de los cuidados precisados por estas personas recaen sobre los cuidadores informales, entre los que destacan los cuidados prestados por la familia, que es el principal proveedor de cuidados de salud^{24,25}. Así, la labor de los

cuidadores informales contribuye al mantenimiento de las personas en su entorno social, disminuyendo la utilización de recursos formales y demorando o evitando el ingreso en instituciones^{23,26,99}.

Entre las funciones del cuidador principal se incluyen la mayoría de las tareas de cuidado para la satisfacción de las necesidades básicas, incluyendo la supervisión del día a día de las actividades de la vida diaria, manejo del dolor, la gestión médica y el control de la medicación y su historia médica³⁴. Además de ser responsables de decidir cuando es necesario ponerse en contacto con el equipo de cuidados. El cuidador ofrece apoyo físico y emocional prestándole los cuidados más básicos y gestiona sus miedos y preocupaciones, con el consecuente desgaste de aquellas personas que, sin tener los elementos para asumir el cuidado, se ven obligadas a hacerlo³⁵.

Por todo ello, el cuidador debe ejercer diferentes tipos de roles: el de enfermero, consejero, psicólogo, etc... y, además, cumplir con el resto de las responsabilidades particulares ya anteriormente adquiridas, como las del hogar, la familia y el empleo, siendo la dificultad para compatibilizar los diferentes tipos de responsabilidades lo que repercute en la parte psíquica y física del cuidador y, por lo tanto, en la calidad de atención que se le brinda al paciente, pudiendo llevar, incluso, a la claudicación del cuidador³⁶.

El cuidado informal es, por tanto, un concepto complejo y multidimensional. En primer lugar, implica no sólo la realización de una serie de tareas (dimensión física), sino también relaciones y sentimientos (dimensión emocional o relacional). En segundo lugar, el cuidado puede considerarse como un proceso, con diferentes fases, en el que la persona que cuida: (a) identifica necesidades y elige estrategias de acción, (b) asume responsabilidades, (c) desempeña tareas específicas, y (d) tiene en cuenta las reacciones de la persona receptora de los

cuidados. Por último, el cuidado posee una dimensión ética y política que repercute en un ámbito social y físico más amplio que el interpersonal¹⁰⁰.

El cuidado de una persona dependiente requiere por tanto de habilidades y destrezas suficientes como para cubrir el abanico de necesidades físicas de la persona dependiente, así como para cubrir aspectos emocionales, carencias de relaciones sociales, autoestima, e incluso, favorecer la relación con el entorno.

1.2.6. Repercusiones del cuidado en el cuidador

El trabajo de atención integral a enfermos dependientes crónicos determina un aumento de morbilidad en los cuidadores principales^{26,101}.

Ser cuidador principal de una persona conlleva implicaciones familiares, sociales, mentales, económicas y espirituales que merecen atención y reconocimiento centrado en el cuidado y autocuidado de la salud de personas y colectivos³⁷.

La tarea de cuidar a un enfermo comprende, a menudo, la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y sociofamiliar, que componen un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento. De igual manera hay otros factores que pueden influir en la salud del cuidador y que pueden afectarle; habrá que considerar la edad, el género, el parentesco, el tiempo de dedicación y otras cargas familiares como elementos que han demostrado influir en la aparición del síndrome del cuidador^{38,102}.

El síndrome del cuidador se caracteriza por la existencia de un cuadro plurisintomático, que afecta las esferas de la persona, con repercusiones médicas, psicológicas, sociales y económicas, y otras que pueden llevar al cuidador a tal grado de frustración que claudique en sus labores de cuidado³⁹.

Diversos estudios demuestran las consecuencias que la situación de cuidado genera en el cuidador⁴⁰⁻⁴². Se describen repercusiones psíquicas y físicas como ansiedad, depresión, sobrecarga o cansancio en el desempeño del rol de cuidador, dolores musculares relacionados con el esfuerzo, percepción negativa de su estado de salud y, en general, una pérdida de la calidad de vida que se trasmite al grupo familiar^{26,43-46}. Determinados factores, como el nivel de dependencia de la persona cuidada, el deterioro cognitivo, el tiempo dedicado al cuidado y las características propias del cuidador, se han manifestado como determinantes de la aparición de repercusiones en el cuidador.

Las repercusiones o consecuencias negativas que tienen probabilidad de aparecer en el cuidador se pueden agrupar en tres áreas: aspectos económicos y profesionales; ocio, tiempo libre y relaciones familiares, y salud y estado general⁹⁶. Todo ello da lugar al síndrome del cuidador mencionado anteriormente^{23,103}. Esta situación constituye un estado estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos, y de repercutir en la salud física del cuidador, en su estado de ánimo y en la modificación de los umbrales de percepción del sufrimiento y del dolor del enfermo a su cuidado¹⁰².

Así, diversos estudios confirman que los cuidadores informales constituyen una población a riesgo de sufrir enfermedades psíquicas y físicas^{46,104,105}. De igual manera, es importante anotar que alteraciones emocionales, como la depresión y la ansiedad, son enfermedades sub-diagnosticadas en el cuidador¹⁰².

Teniendo en cuenta esta premisa, actualmente, las necesidades de la familia pueden ser, o son, mayores que las del paciente.

1.2.6.1. La sobrecarga del cuidador

La familia, en su conjunto, sufre un cambio en su dinámica y funcionamiento cuando uno de sus miembros envejecidos presenta alguna enfermedad, sobre todo, si hay una pérdida de autonomía del anciano para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria y necesita del apoyo de otros para realizarlas y satisfacer sus necesidades. Generalmente, este deterioro funcional provoca alteraciones emocionales y cognitivas que agravan la situación del anciano, aumenta la tensión de los miembros de la familia y se hace más difícil la tarea del cuidado para quienes asumen esta responsabilidad dentro de ella¹⁰⁶.

A medida que los enfermos se hacen más dependientes, recae una mayor responsabilidad sobre el cuidador principal, quien a su vez está expuesto a un mayor trabajo, limitando el tiempo disponible para establecer o mantener sus relaciones sociales¹⁰⁷. Este hecho conlleva un paulatino desgaste físico y psicológico que a medio plazo repercute seriamente en la salud del cuidador.

El cuidado de un familiar en su domicilio tiene importantes consecuencias emocionales. Supone estar sometido a situaciones estresantes que, como resultado, el cuidador tiene elevadas probabilidades de padecer problemas emocionales, sociales e incluso físicos^{41,107}.

Las causas reconocidas de sufrimiento de los cuidadores principales son: la tarea asistencial, observar el deterioro del paciente, sus vínculos afectivos con este, la naturaleza irreversible de la situación, la estrechez económica y no saber cómo actuar en las diferentes fases de la enfermedad¹⁰⁸.

Esta situación de tensión emocional, exceso de responsabilidad y trabajo agotador que padece el cuidador se conoce como “Sobrecarga del cuidador”, que se puede complicar con problemas laborales, sociales, familiares y económicos.

Entre los efectos que sufre un cuidador se encuentra su deterioro económico, derivado del incremento en gastos para todo aquello que requiere el cuidado de una persona dependiente. Además, a nivel de su salud y en relación con el desgaste físico y emocional, se pueden desencadenar enfermedades crónicas, físicas y psicológicas¹⁰⁹. Respecto al manejo de su propia salud, el estudio realizado por De la Cuesta (2007)¹¹⁰ revela que los cuidadores, generalmente, no socializan con el personal médico sus problemas de salud hasta que alcanzan estados graves. Esto podría responder a que su atención está focalizada en la persona cuidada, lo cual se reproduce también en el personal de salud, que considera como sujeto de atención al adulto mayor dependiente y no al cuidador, ya que lo considera simplemente un recurso^{79,110,111}.

En cuanto al desarrollo de las actividades del cuidado, existen estudios que demuestran que el 85% de los cuidadores manifiestan vivencias negativas por el hecho de cuidar¹¹², y el 80% menciona sufrir alguna consecuencia relativa al tiempo libre y las relaciones familiares. Las mujeres puntualizan estos efectos negativos y los concretan en más conflictos de pareja, menos tiempo para las amistades y para cuidar de sí mismas⁴. La sobrecarga del cuidador origina ciertos costes al sistema, ya que el cuidador demandará recursos que deben ser considerados en el desarrollo de servicios para personas mayores dependientes y sus cuidadores⁵³.

Además, es destacable la falta de tiempo, de vida social y los efectos en la salud, especialmente entre las mujeres de 55-64 años. Las consecuencias más habituales en las cuidadoras se resumen en que no pueden plantearse trabajar fuera (29,7%), han reducido su jornada (11,5%), no cumplen el horario (11%) o, lo que es más radical, han dejado su empleo (13,2%)¹⁰¹.

La sobrecarga que soporta el cuidador, una vez superados los recursos disponibles, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, siendo

numerosos los trabajos publicados en los que se reflejan dichas repercusiones negativas, destacando, por su frecuencia, las referidas al malestar psíquico y alteraciones emocionales (principalmente ansiedad y depresión)^{23,25,40,101,103-105,113,114}.

Otras consecuencias en la vida del cuidador informal son conflictos familiares, conflictos laborales por abandono del trabajo remunerado, merma económica, deterioro de la vida social, alteraciones orgánicas y psicológicas por menor descanso, mayor desgaste físico, hiporexia, dificultad para el control de esfínteres, estrés emocional (aun mayor que el del propio enfermo o sus familiares), ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, problemas de memoria, etc., que se han englobado bajo el término Síndrome de Burnout del cuidador¹¹⁵. Así, el cuidador de personas dependientes está expuesto a padecer agotamiento emocional, despersonalización y reducir su autorrealización personal a cambio de ofrecer la responsabilidad de cuidar.

1.2.6.2. Alteraciones emocionales en el cuidador

El cuidar implica un fuerte componente afectivo que, además, está impregnado también de un elevado contenido moral, ya que se lleva a cabo en un conjunto de obligaciones y deberes derivados de los lazos de parentesco¹¹⁶. Mientras más tiempo se invierte en el cuidado, el cuidador se ve más sacrificado, llegando incluso a sacrificar sus propios recursos y actividades¹¹⁷. A partir de esto, los problemas físicos y psíquicos comienzan a aparecer debido a la falta de cumplimiento de autocuidado¹¹⁸.

Las personas que tienen a su cargo a un familiar, enfermo o discapacitado, reúnen características que las predisponen a la psicopatología. Como se ha citado en el apartado anterior, los aspectos negativos como: la preocupación constante acerca de lo que va a ocurrir, el desarrollo de un exceso de esfuerzo físico,

necesidades de gastos extras para atender al paciente, empleo de gran cantidad de tiempo por día para atender a esa persona, restricciones en la vida social, descuido de su estado de salud, poco tiempo libre para aficiones e intimidad, sensación de soledad (sobre todo respecto al paciente que cuidan, que en ocasiones son ancianos dementes); así como, también, el enfrentamiento a problemas complejos y difíciles y, en ocasiones, éticos e inherentes a la función de cuidador, son condicionantes que afectan y hacen susceptible del padecimiento de alteraciones emocionales al cuidador^{21,119}.

En relación al sufrimiento experimentado por el cuidador, hay estudios que han abordado las consecuencias del cuidado bajo categorías tituladas "disturbio", "carga" y "calidad de vida", estableciéndose como conclusión general, en todos ellos, que los problemas que experimentan los cuidadores son paralelos a los experimentados por el paciente, según el estado en que éste se encuentre y la fase de su enfermedad. Este concepto se ha denominado sufrimiento recíproco¹²⁰.

Cuanto más exigente es la responsabilidad del cuidador, mayor será la cantidad de estrés emocional y el sufrimiento en las experiencias del cuidador¹²¹.

Cuidar de un familiar mayor con dependencia, especialmente si ésta es debida a una demencia, se asocia con importantes niveles de malestar psicológico y físico^{122,123}, e incluso con riesgo de muerte, siendo la probabilidad de morir de un cuidador, que manifiesta estrés, un 63% superior a la de un no cuidador^{113,124}.

Se han encontrado diferencias respecto a la estabilidad emocional al combinar sexo-edad, donde deja ver que la mujer, en la mayor parte de su etapa fértil, hasta los 45 años, goza de buena salud mental y, a partir de la menopausia, donde se sobrecarga además con roles como el de cuidadora, experimenta un mayor deterioro¹¹⁹.

Existe un amplio consenso respecto a las repercusiones negativas del cuidado en la salud y calidad de vida del cuidador familiar^{27,97,98}. La mayoría de los estudios constatan que la presión a la que están expuestos los cuidadores puede desencadenar en ellos sentimientos de estrés, ansiedad y depresión^{83,125}. Otros autores también informan que el cuidado afecta negativamente a la salud física y psicológica¹²⁶. Por tanto, está ampliamente contrastado que cuidar de una persona mayor dependiente es una experiencia estresante, que puede llegar a cronificarse y tener repercusiones negativas para la persona proveedora del cuidado, especialmente en aquellos casos en que el cuidador perciba la situación como altamente demandante y los cuidados se ofrezcan de manera continuada (ocupando gran parte del tiempo del cuidador) y prolongada en el tiempo^{91,102}.

En esta misma línea se sitúan los resultados obtenidos por Masanet et al. (2011)⁸³, que evidencian que, tanto hombres como mujeres, presentan un alto riesgo de deterioro de la salud psíquica cuando desempeñan un elevado número de horas de cuidado de personas dependientes adultas.

Según Dueñas et al. (2013)¹⁰², en los cuidadores existe una prevalencia de características psicosociales especiales, presentando niveles altos de ansiedad y depresión, según la escala de Goldberg (cuestionario para evaluar la salud autopercebida, especialmente, en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales). También se comprueba que el 96% de los cuidadores con el síndrome del cuidador presentaron ansiedad y el 100 % depresión, concluyendo que es importante anotar que la depresión y la ansiedad son entidades subdiagnosticadas en los cuidadores¹²⁷.

Así mismo, Dueñas et al. (2013)¹⁰², concluyen que la depresión y la ansiedad “ocultas” hacen que los cuidadores no asistan a tiempo a los servicios de salud; en consecuencia, estos trastornos se vuelven crónicos.

1.2.6.3. La importancia del apoyo social

El apoyo social se expresa como la transacción interpersonal que incluye tres aspectos: la expresión de afecto de una persona hacia otra (apoyo afectivo), la aprobación de la conducta, pensamientos o puntos de vista de la otra persona (apoyo confidencial) y la prestación de ayuda de tipo material (apoyo instrumental)¹²⁷.

El apoyo social se puede recibir de dos maneras: como apoyo informal, proveniente de familiares, vecinos, amigos u organizaciones altruistas de voluntarios o familiares, y como apoyo formal, que es el proporcionado por los profesionales de la salud y otros apoyos institucionalizados.

Las formas en que los cuidadores afrontan las demandas de cuidado dependen de lo estresante de la situación, de la etapa de la enfermedad en que se encuentra el receptor de cuidado y de la percepción de apoyo de las fuentes cercanas a él⁴⁸.

De forma complementaria se han descrito los factores causantes del deterioro psicosocial del cuidador de adultos mayores; así destacan la enfermedad, la discapacidad, el deterioro funcional y cognitivo o los problemas de conducta de los mayores a quienes cuidan⁴⁷. Ante estas situaciones, se ha comprobado que, el apoyo social reduce las consecuencias negativas de los acontecimientos estresantes que se producen en el cuidado de enfermos crónicos⁴⁸.

En esta línea, los resultados del estudio de Oliva et al. (2013)¹²⁸, evidencian que los mayores que tienen menos posibilidades de hablar con otras personas de sus problemas presentan un mayor deterioro en su bienestar psicológico.

Se puede presuponer, por tanto, que los cuidadores que tienen ayuda, bien sea informal o formal, se encontrarán más desahogados en determinadas actividades y percibirán menos sobrecarga de trabajo. De hecho, respecto a la

existencia de relación entre el apoyo social al cuidador y la sobrecarga del mismo, hay estudios que evidencian una relación entre ambas variables y se propone el apoyo social como variable predictora de la sobrecarga¹²⁹⁻¹³².

El apoyo social es considerado, por tanto, la variable más importante para la familia, ya que supone una fuente de ayuda para los cuidadores al momento de hacer frente a situaciones que le son propias. Además, permite el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo, por lo que sus funciones primarias son: aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales¹²⁷.

Las personas que cuentan con buenas redes sociales se adaptan fácilmente a la situación; de la misma manera, contar con estas redes protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al paciente para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándolo así, a desarrollar respuestas de afrontamiento. Es básico que los cuidadores, a pesar del exceso de trabajo, mantengan sus vínculos afectivos que amortiguan el estrés y la tensión, y que no se alejen de sus amigos y familiares, por lo que deben disponer siempre de algún tiempo libre para hacer las actividades que les gustan¹⁰⁷.

Las redes informales de apoyo, que incluyen las familias y las amistades, no solo constituyen uno de los principales recursos en los cuidadores que acuden en busca de ayuda, sino que, comparadas con los servicios profesionales de ayuda, también han demostrado su efectividad. Se establece que los cuidadores que tienen vínculo con los miembros de la familia o grupos de apoyo, con quienes pueden y van a discutir sus problemas, se enfrentan mejor a las situaciones vitales estresantes que los que carecen de él. Por lo que resulta necesario, que los profesionales de enfermería evalúen la percepción del apoyo social funcional que tienen estos cuidadores, para así prevenir el aislamiento social y las consecuencias emocionales negativas de este^{48,132}.

Algunos cuidadores expresan la necesidad de que sus familiares les presten atención y les den el merecido reconocimiento, pues se sienten frustrados al saber que su entorno más cercano no valora el esfuerzo físico, mental y espiritual por ellos realizado, ya que son actividades complejas de supervisión y vigilancia, que implican grandes dosis de tiempo y esfuerzo, haciendo que se olviden de sus propios intereses. Todo esto produce resultados deseables en el desahogo de la tensión emocional, en el cambio de actitudes, en el aumento de la autoestima y en los modos de conducta en la remisión de la sobrecarga⁴⁸.

Está ampliamente descrito que la red y el apoyo social están relacionados con la mortalidad, la morbilidad, la calidad de vida y la salud mental; y tanto los estudios transversales como los longitudinales ponen de manifiesto esta relación^{10,133}. Así mismo, distintos estudios han demostrado la relación existente entre la falta de apoyo social, la depresión y el riesgo de trastornos mentales en las personas mayores^{134,135}.

Por otro lado, la depresión se ha relacionado con la falta de apoyo social¹³⁶ y, sobre todo, con la adecuación de dicho apoyo^{10,137}.

Es por ello, que se debe considerar al cuidador como una persona de riesgo y dedicarle más atención a prevenir y resolver sus problemas de salud¹³⁸. El equipo de salud debe elaborar un plan de cuidados para el usuario y para el cuidador informal, asumiendo un papel protagonista en la ejecución de programas asistenciales y educativos, que preparen y habiliten a los cuidadores en el trabajo que su nueva realidad les plantea, y en mejorar la calidad de vida, no solo de los familiares bajo su responsabilidad, sino también de sí mismos⁴⁸. El apoyo del equipo de salud debe permitir que el cuidador se sienta acogido para expresar sus sentimientos y angustias, y posibilitará que continúe ejerciendo su papel con el menor sufrimiento posible hasta la muerte del paciente¹³⁹.

Por otra parte, y no menos importante es, que los familiares puedan disponer de una red amplia y diversificada de recursos sanitarios y sociosanitarios que les permita, mientras sea posible, atender al enfermo en su casa. Ello implica atención y seguimiento, sin excesivas demoras, en la atención especializada, pues son frecuentes las extensas listas de espera que postergan de forma notable, no sólo la primera visita, clave en el diagnóstico precoz, sino que también espacian excesivamente las revisiones de los enfermos; así pues, la atención, la supervisión y el seguimiento sanitario domiciliario deben ser prioritarios, ya que los familiares deben sentirse respaldados y ayudados a la hora de cuidar a su familiar enfermo por parte de los equipos de los centros de salud; paralelamente, deben disponer de otros recursos como: servicio de ayuda a domicilio, toda vez que es necesario que se les proporcione la ayuda que vayan necesitando conforme la enfermedad avanza; centros de día, pues se trata de un recurso muy interesante para las primeras etapas de la enfermedad, tanto para el enfermo, con el que se desarrollan completas programaciones de psicoestimulación, como para la familia, que puede normalizar considerablemente su vida al saber que su familiar está bien atendido; estancias temporales, que permitan realizar un ingreso ante una enfermedad o intervención quirúrgica del cuidador principal, o para proporcionar descanso y alivio a la familia; y asimismo plazas residenciales para cuando la familia no pueda seguir atendiendo al enfermo en el domicilio¹³².

Por todo lo expuesto, las redes de apoyo social cobran un valor significativo para las personas mayores, en la medida en que pueden brindar la oportunidad de continuar participando activamente en tareas productivas durante la vejez. En este sentido, es importante que los adultos mayores no sólo sean reconocidos como receptores de servicios, sino también como proveedores de apoyos materiales, afectivos e instrumentales, basados en la experiencia y la sabiduría que le han dado los años, desempeñando un papel protagonista en el

fortalecimiento de los vínculos intergeneracionales en el interior de la familia y la comunidad¹⁴⁰.

1.3. MAYORES CUIDANDO A MAYORES

1.3.1. El perfil sociodemográfico del cuidador informal de personas mayores

Cuando alguien enferma o presenta algún tipo de dependencia, en la familia del enfermo suele haber un cuidador principal que asume las tareas de cuidado básicas, con las responsabilidades que ello conlleva, que es percibido por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo, sin que, generalmente, haya llegado a desempeñar ese papel por un acuerdo explícito de la familia¹⁸.

La atención y cuidados a las personas mayores es, por tanto, llevada a cabo, fundamentalmente, por las propias familias y, aunque en ocasiones son varios los miembros de la familia los que atienden al familiar dependiente, lo cierto es que la mayoría de las veces el peso del cuidado recae sobre una única persona: el cuidador principal^{2,105,141,142}; su labor contribuye al mantenimiento de las personas en su entorno social, disminuyendo la utilización de recursos formales y demorando o evitando el ingreso en instituciones^{23,26}.

Esta atención proporcionada en el entorno familiar suele ser también la opción más deseada, tanto por el cuidador como por la persona dependiente, por lo que las personas de las actuales generaciones de mayores siguen confiando en la “red familiar”; tanto es así que un 48,3% de las personas mayores residentes en España cree que tendrá ayuda de un familiar para ser atendido, aunque a un 52,2% le gustaría que fuese así¹⁴³.

Por otro lado, respecto al cuidador informal y los aspectos que pueden influir en la decisión de involucrarse en el cuidado de una persona mayor, se encuentran la obligación y resignación como compromiso ineludible y como deber, aunque

en el otro extremo se encuentra la satisfacción (sentimiento de utilidad social, autoestima o por afectividad-cariño) y lo vocacional^{4,53}.

Es importante mencionar que las satisfacciones que obtienen las personas cuidadoras tras prestar cuidados a personas que lo necesitan son, en su mayoría, psicológicas. Estas satisfacciones están relacionadas con el sentimiento de haber cumplido con su deber, haber dado un sentido a su vida, etc. Esto podría explicar la perseverancia que en ocasiones muestran algunos cuidadores informales, la gran cantidad de horas que dedican al día o incluso el número de años¹⁷.

Por todo ello, aunque la mayoría de los cuidadores familiares quieren prestar algún tipo de apoyo a sus familiares y seres queridos, necesitan apoyo sanitario y social para poder hacer frente a todas las necesidades del dependiente, siempre y cuando se quieran mantener los niveles de prestación informal actuales. El papel de los cuidadores no está suficientemente reconocido ni recompensado por el sector público⁵³ y, sin embargo, esta función social es de gran intensidad por el tipo de tareas que se prestan, por el número de horas dedicadas al día a ella y por la prolongación en el tiempo de esta ayuda¹⁷.

El IMSERSO, teniendo en cuenta esta premisa, comenzó a estudiar en profundidad las características y extensión del apoyo informal en los años noventa, a raíz de la elaboración del Plan Gerontológico¹⁴⁴. En el año 1994 se aplicó la primera encuesta de ámbito nacional dirigida a la población española cuidadora de personas mayores. La misma encuesta volvió a aplicarse en el año 2004 a la población cuidadora, cuyos resultados informaron de una evolución en los modelos de familia y en el rol social de las mujeres¹⁸.

De acuerdo con datos obtenidos a partir de un estudio nacional¹¹² realizado a personas cuidadoras informales, en el 5,1% de los hogares españoles (725.870 hogares) viven personas que prestan ayuda a personas mayores de 60 años en aquellas tareas de la vida cotidiana que no pueden realizar por sí mismas.

Esta ayuda puede desglosarse en dos grupos: ayuda informal y empleados/as de hogar por cuenta ajena. El 4,5% correspondería a ayuda informal, y el 0,6% restante corresponde a la ayuda de los/as empleados/as de hogar. En términos de hogares, son un total de 633.685 hogares en los que reside al menos una persona que presta ayuda informal a personas mayores. El porcentaje de personas mayores atendidas a través de este tipo de ayuda informal, estimado a través de los datos de la encuesta, es el 17% de la población de 65 y más años.

1.3.1.1. Los cuidados familiares

Todos los datos internacionales, europeos y nacionales confirman, de forma consistente, que la familia es la principal proveedora de los cuidados informales para las personas dependientes en la mayoría de los países desarrollados^{18,24,25,42,55,145-149}. Estos hallazgos apuntan a que los cuidados de larga duración dependen de la disponibilidad de la familia como fuente de apoyo^{150,151}.

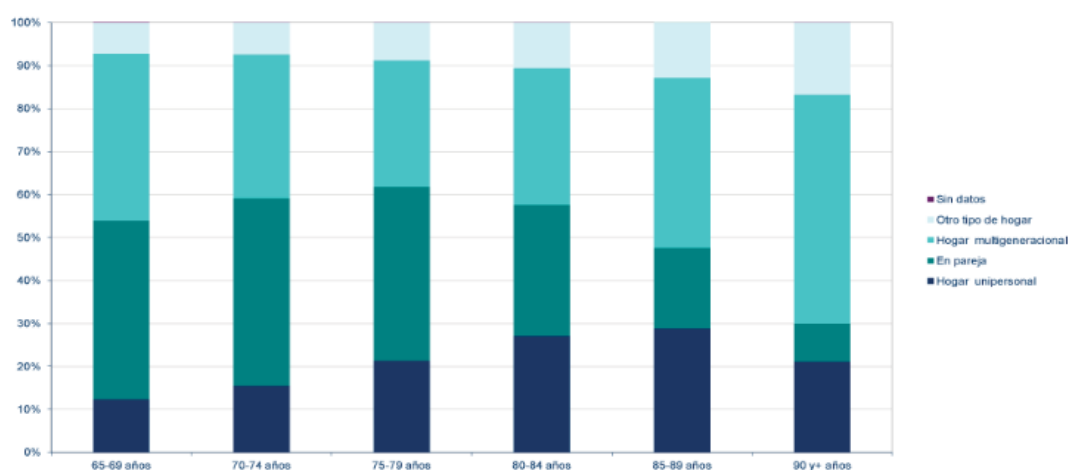
En España, el 93,7% de adultos que presta ayuda a una persona mayor para realizar las actividades de la vida diaria tiene vínculos familiares con el receptor de cuidados^{2,3}. Otras fuentes de datos señalan que, en nuestro país, más del 50% de sujetos afectados de deficiencias psíquicas y un 70% de discapacitados físicos reciben asistencia de un familiar^{25,152,153}.

De forma más concreta, las personas mayores que suelen vivir con algún familiar lo hacen con personas de la generación posterior (35,6%), con su pareja (21,8%), solos (15,4%), con pareja e hijos (13,5%), de manera rotativa (7,8%), con alguien de la misma generación (3,9%), con un empleado de hogar (0,7%) o en una residencia (0,6%). La solidaridad del cuidado se cimienta, pues, en la familia y sólo un mínimo porcentaje de mayores es cuidado por agentes externos^{4,18}.

Por lo tanto, respecto a las modalidades de convivencia, la persona atendida y quien la cuida viven predominantemente juntas de manera permanente, habiéndose experimentado incluso un ascenso en este tipo de convivencia (58,8% en 1994, 60,7% en 2004¹⁸ y 62,2% en el año 2011). En cuanto a la composición de los hogares en los que existe una relación de cuidados a personas mayores, parece que se reproduce el modelo de familia extensa que, en el resto de la población, está desapareciendo.

La forma de convivencia mayoritaria entre los hombres de 65 y más años es la pareja, casi en un 48% de los casos, mientras que entre las mujeres aumenta el porcentaje de las que viven solas, llegando a suponer casi el triple del porcentaje de los hombres que viven en hogares unipersonales (429.700 en varones y 1.279.485 mujeres)¹².

Formas de convivencia de la población de 65 y más años por grupos de edad.



Fuente: INE: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), 2008.

La edad aumenta la probabilidad de vivir en soledad. Los hogares en pareja descienden notablemente por mortalidad de uno de los cónyuges y pasan a engrosar los unipersonales o los multigeneracionales; este tipo también aumenta con la edad, y muy notablemente entre los muy mayores, aunque también se incrementa la proporción de otro tipo de hogar (otros tipos de convivencia, presencia de empleados de hogar con mayores, etc.)^{12,49}.

Es de destacar, sobre todo por la importancia que tiene a efectos de detección de necesidades y de intervención con estas familias, que existe una proporción cualitativamente importante de personas mayores que reciben ayuda informal que viven solas (el 15%).

Además, los cuidados prestados a las personas mayores suelen ser permanentes, es decir, que ocupan las 24 horas del día. De forma más concreta, entre el 89% y 77% de los cuidadores llevan a cabo los cuidados de forma permanente, mientras la ayuda de forma temporal o por períodos determinados es menos habitual (23%). Además, las personas cuidadoras de mayores se puede diferenciar entre las personas que llevan a cabo los cuidados de forma permanente, las que se ocupan de manera exclusiva de la persona mayor (47%) y quienes suministran de manera principal la ayuda (36%). En este sentido, es conveniente puntualizar que los cuidadores no solo se ocupan de realizar determinadas actividades de ayuda al dependiente, sino que también realizan actividades lúdicas o de compañía que tienen un elevado valor social^{4,54,112}.

Respecto a los cuidados temporales, cuando el cuidado de la persona mayor está a cargo de hijos, hijas, nueras o yernos, la responsabilidad de la ayuda esta compartida en mayor medida por otras personas, y también, es entre estos cuidadores/as de segunda generación, donde se encuentran, mayoritariamente, los que asumen el cuidado por temporadas⁴.

1.3.1.2. El cuidado, una cuestión del sexo femenino

Otra de las cuestiones que aparecen más claras, cuando se estudia el perfil de los cuidadores informales, es que la provisión de los cuidados de larga duración sigue siendo de forma predominante una tarea principalmente realizada por la mujer^{145,149,150,154,155}. De hecho, en la mayoría de los estudios sobre cuidado informal, se ha observado que existe una relación directa entre sexo y cuidados familiares, así como la presencia prioritaria de las mujeres de la familia en la jerarquía de cuidados. Estos hallazgos han llevado a que se afirme que es el sexo y no el tipo de vínculo familiar el que determina la elección de los cuidadores^{151,156}.

Así pues, tras estudiar el perfil de las personas cuidadoras de personas mayores, se observa que está constituido por mujeres (83%), de las cuales un 61,5% informa no recibir ayuda para la realización de este trabajo^{18,142}. En cuanto a la edad, también se ha confirmado para España lo que sucede en otros países, es decir, que el grupo de edad del potencial cuidador se sitúa entre los 40 y los 69 años, con una media de edad de 53 años; son amas de casa, cónyuge o descendiente de primer grado de la persona cuidada (principalmente hija), con un nivel de estudios básico medio y con varios años (entre 2 y 8) en el desempeño de la función de cuidador^{18,26,96,102,104,138,142,157-163}. Las cohortes de mujeres más jóvenes, con más formación e integradas en el mercado laboral, cuando les sobrevenga una necesidad de cuidados a sus parientes mayores, no podrán asumir, como hoy en día, la carga de atención que precisan^{18,142}.

1.3.1.3. El vínculo familiar

El vínculo familiar es otra de las variables más relevantes en la determinación del perfil del cuidador. En general, los cuidadores de personas dependientes

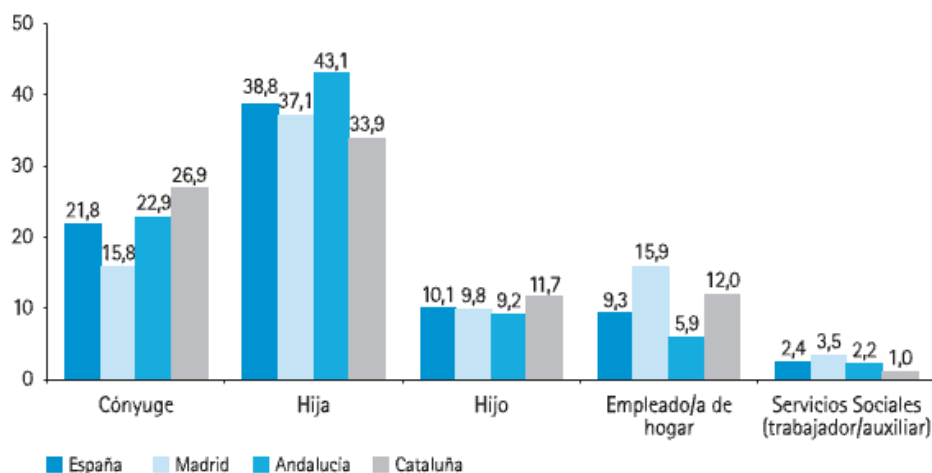
suelen ser familiares directos como los padres, los hijos o los cónyuges, dependiendo del receptor de la asistencia.

En el caso de las personas mayores dependientes es la pareja o el hijo/a adulto el que suele proporcionar los cuidados^{145,146}.

Según la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores Imserso-CIS de 2006⁹⁴, las hijas aparecen como cuidadoras principales en un 38,8% de todas las tareas posibles de ayuda; como cuidadora secundaria también atienden en un 24,8%. Esto supone que en una de cada tres tareas para las que las personas mayores requieren ayuda está presente una hija.

El cónyuge (esposa o esposo) también juega un importante papel, aunque a distancia de la hija. Es responsable del 21,8% de las tareas como cuidador principal; sumado su aporte como cuidador principal y secundario pasa a representar un 15,2%. A continuación, aunque a considerable distancia, aparece el hijo (10,1%), seguido de la persona empleada de hogar (9,3%). El resto de la familia no alcanza proporciones destacables como cuidadores principales, aunque su relevancia aumenta como cuidadores secundarios. Los servicios sociales públicos no superan en ningún caso el 3% de todas las tareas necesarias de atención, y menos aún las empresas de servicios personales o el voluntariado⁹⁴.

Persona que cuida en primer lugar

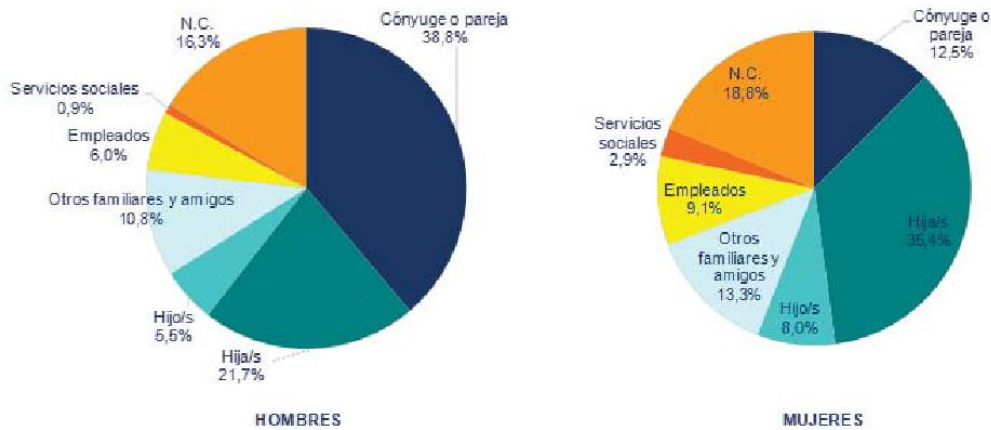


Fuente: INSERSO-CIS. Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores 2006.

En este sentido, casi todos los mayores son atendidos por algún familiar de primer grado, destacando los factores de consanguinidad y parentesco.

Respecto a la persona que cuida, según el sexo de la persona mayor, se concluye, que la persona que fundamentalmente cuida de los hombres mayores es su cónyuge, seguida, de su hija. En el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda se invierte el orden, son las hijas las que fundamentalmente se hacen cargo de los cuidados, seguidas de otros familiares y amigos¹².

Persona que cuida según el sexo de la persona mayor que necesita ayuda

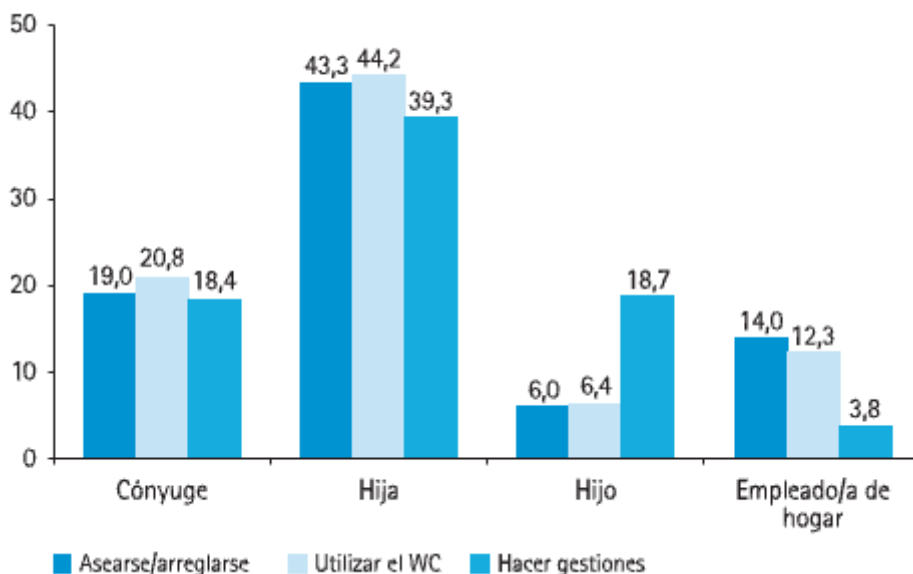


Fuente: INE: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), 2008. Perfil de las personas mayores en España 2014.

El análisis de los distintos tipos de actividades para las que se prestan apoyo, señala a los roles de género como factor operante. Cónyuge (normalmente la mujer) e hija aparecen con altos porcentajes en las tareas más próximas a la intimidad del afectado: comer, asearse, utilizar el WC, ayuda en el vestir, etc..., definidas ellas como básicas para la vida diaria. Sin embargo, las tareas en las que más presencia tienen los hijos son: hacer gestiones, administrar el dinero, ir al médico, utilizar el transporte público, hacer compras, todas ellas actividades instrumentales. Así, el 44,2% de las personas que necesitan ayuda para utilizar el WC son ayudadas por la hija, y el 6,4% por el hijo, cuando la relación general para todo tipo de tareas es de 38,8% a 10,1% respectivamente^{4,94}.

La actividad en la que las hijas obtienen menor porcentaje (aun así el más elevado de entre las posibles opciones de cuidado) es en las tareas domésticas (31,5%), que también son ejecutadas en buena medida por las personas empleadas del hogar (21,2%, cuando la media de cuidado global es de 9,3%).

Persona que cuida según la naturaleza de algunos tipos de tarea



Fuente: INSERSO-CIS. Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores 2006.

Además, el patrón de cuidado se modifica en función de quién sea la persona con dependencia. Si son mujeres, la clasificación anteriormente comentada se mantiene, pero los porcentajes cambian: la importancia de las hijas entre las respuestas obtenidas aumenta a un 44,2% y los maridos bajan hasta un 15,3%. En el caso de ser hombres los necesitados de ayuda, las esposas pasan a ocupar el primer lugar con un peso porcentual de 41,2%, después las hijas (22,7%), los hijos (8,5%), empleadas/os de hogar (7,5%)^{4,94}.

En un análisis del número de tareas desempeñadas por el cuidador informal; por edades, el grupo de 30-54 años y, especialmente, el de 30-44 son los que asumen mayor número de tareas⁷⁵. Además, el número de horas semanales se incrementa a medida que aumenta la edad de los cuidadores, el 50% de los mayores de 65 dedica más de 40 horas a la semana. De nuevo, las mujeres están más presentes en las franjas superiores a 30-40 horas por semana. Aunque el perfil de la cuidadora se mantiene, el Libro Blanco de la Dependencia¹⁸ subraya

que, aumenta tanto la duración (6 años de media, encuesta 2004) como la intensidad (en 1994 se invertía 39 horas por semana y en 2004, 10 horas al día). Además, la ayuda es permanente para el 77,2% de los cuidadores, pues sólo el 23% cuida por temporadas o períodos concretos¹¹². Cifras de los noventa ya mostraban la misma pauta, con un porcentaje sólo ligeramente menor (74,5%), lo cual indica que cuando se cuida se hace de manera muy intensa, continua y, en ocasiones, responsabilizándose de más de un dependiente a la vez⁴.

El sexo y el estado civil del cuidador, así como la convivencia, son factores que también influyen en la determinación de la persona a cargo del cuidado. En primer lugar, son las madres, esposas e hijas las que asumen en mayor medida el cuidado. En España, si bien son los hijos de las personas dependientes los principales proveedores de ayuda familiar a las personas mayores dependientes, en un 76% de los casos éstos son mujeres. Según estos datos, por tanto, parece claro que son las hijas y las nueras las que actualmente proporcionan el grueso de los cuidados informales^{2,164}.

Las pautas de cuidados siguen apuntando a un modelo tradicional, en el que las construcciones de género colocan a las mujeres como principales responsables de la dispensación de ayuda. La distinta situación conyugal y residencial con la que se encuentran hombres y mujeres al entrar en situaciones de dependencia vendría a explicar, en parte, la menor implicación de los hombres en los trabajos de cuidado; los hombres casados a menudo tienen mayor edad que sus esposas, por lo que cuando son dependientes pueden contar con ellas como cuidadoras potenciales, mientras que las mujeres, dada su mayor esperanza de vida, suelen estar viudas cuando aparecen las limitaciones funcionales⁹⁴.

En este sentido, la responsabilidad del cuidado a las personas dependientes sigue siendo un asunto que se resuelve en el plano de lo individual, de la intimidad familiar y a costa, casi siempre, del sacrificio y renuncia de las mujeres.

El cuidado familiar es, pues, un indicador del binomio solidaridad intergeneracional, aunque las relaciones que se establecen en el ejercicio del cuidado pudieran ser contradictorias y ambivalentes. La situación previa a la dependencia es determinante y, en general, una relación más cercana se asocia a una actitud favorable hacia el cuidar.

1.3.2. El cuidador mayor de personas mayores

Las nuevas formas de vida de las familias más jóvenes han traído la aparición del fenómeno que se viene analizando en este trabajo: el nuevo papel de los adultos mayores en el cuidado familiar. Se trata de un fenómeno que presenta una doble cara. Personas mayores, potencialmente dependientes e, incluso, en algún caso y en cierta medida, dependientes reales, que por diversas circunstancias se ven obligadas, desde el amor, el cariño y la generosidad, a cuidar de otros⁴⁹.

La necesaria incorporación social de los miembros más jóvenes de las familias favorece que, en aquellas con miembros envejecidos con necesidad de cuidados, estos sean asumidos, en muchos casos, por otros miembros adultos mayores, o también, de diversos parentescos como esposa o esposo, hermanos e, incluso, hijos que rebasan la barrera cronológica de los 60 años, pero en condiciones diferentes de salud⁵⁰.

Las personas mayores, habitualmente, asumen tareas de cuidados de otros familiares, incluso, simplemente, apoyar a un mayor enfermo con su compañía

es una forma de cuidado que aún no está suficientemente valorada, pero evita el sentimiento de soledad a la que se ven abocados muchos de nuestros mayores.

Actualmente, muchos mayores se están cuidando mutuamente “como pueden”; tanto es así que, es común que un mayor dependiente cuide de otro mayor dependiente. Son situaciones que aún pasan desapercibidas pero constituyen una realidad⁴.

El desempeño de un adulto mayor en funciones de cuidador exige de este una entrega para la cual sus capacidades también están envejecidas; y están presentes en él enfermedades o limitaciones que tienden a incrementarse al ofrecer cuidados que hacen que se sumen a la ya existente sobrecarga del cuidador⁵⁰.

Según los datos de Encuesta de Apoyo Informal a los mayores en España, más del 30% de los cuidadores de mayores tiene más de 65 años o, con mayor precisión, el 15,9% tiene entre 60 y 69 años y el 14,9% es mayor de 69 años. En definitiva, casi un tercio de los cuidadores ha cumplido los 60. La importancia de este grupo es creciente: en la Encuesta de Apoyo Informal de 1994 (Imsero, 1995), el porcentaje era del 14%⁴.

EDAD DE LAS PERSONAS CUIDADORAS DE PERSONAS MAYORES	
Menos de 20 años	1,2%
De 20 a 29 años	3,6%
De 30 a 39 años	11,9%
De 40 a 49 años	23,8%
De 50 a 59 años	28,7%
De 60 a 69 años	15,9%
Más de 69 años	14,9%

Fuente: IMSERSO/Gfk-Emer (2004): Encuesta de Apoyo Informal a los mayores en España. Elaboración Propia

El principal destinatario de esta ayuda de mayores a mayores es el cónyuge (61%), posteriormente se encuentra el hermano o hermana, padre o madre, otros familiares (8%) y vecinos, amigos y otros (en torno al 5%)²⁴. Por lo tanto, es una realidad que en nuestra sociedad se encuentran personas mayores que a su vez están cuidando a otras personas mayores, y además, es común que un dependiente cuide de otro dependiente.

Según Tobío et al. (2010)⁴, en el ámbito familiar aparecen díadas formadas por hijas mayores de 65 años que cuidan de sus padres (la tercera generación cuida de la cuarta), o la abuela cuida del bisabuelo o bisabuela, o mujeres mayores de 65 años que atienden a su cónyuge (de la misma generación), o abuelas cuidadoras de abuelos. No es extraño encontrar a mayores que cuidan a allegados centenarios y de quinta generación.

Generalmente, los mayores que cuidan de mayores son, por tanto, la pareja o la hija del mayor. La edad se erige en el factor determinante de los efectos negativos, pues los problemas (excepto los laborales, concentrados entre los 30 y los 60 años) se agudizan en los cuidadores mayores. Las consecuencias, de carácter tanto físico o económico como psicosociológico, se agravan en esta etapa⁴.

1.3.2.1. La funcionalidad del cuidador mayor

La funcionalidad o capacidad funcional es un concepto multidimensional; sin embargo, para el aspecto particular de funcionalidad física, Lobo et al. (2007), la consideran como “la capacidad fisiológica y/o física para ejecutar las actividades de la vida diaria de forma segura y autónoma, sin provocar cansancio”¹⁶⁵; la funcionalidad o independencia funcional es aquella en la cual se pueden cumplir acciones requeridas en el vivir diario, para mantener el cuerpo y poder subsistir independientemente; por tanto, cuando el cuerpo y la mente son capaces de

llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la capacidad funcional está indemne¹⁶⁶.

La capacidad funcional del adulto mayor es definida por tanto como “el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno”. Dicha capacidad viene determinada, fundamentalmente, por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales. La habilidad psicomotora es entendida por la ejecución de habilidades prácticas que requieren la actividad coordinada muscular, que junto con un proceso cognitivo de intencionalidad, son las bases para las actividades de la vida diaria¹⁶⁶. Desde otra óptica, Sosa et al. (2007)¹⁶⁷, identifica el término funcionalidad desde la capacidad del sujeto para movilizarse en su entorno, hacer tareas físicas para su autocuidado y realizar conductas y actividades para mantener su independencia y relaciones sociales; por tanto, son utilizados un sin número de instrumentos para medir la funcionalidad en la esfera física, mental y social^{166,167}.

En el adulto mayor, la capacidad funcional también depende de aspectos relacionados con el estado de salud, la enfermedad y gravedad de esta, su impacto sobre el estado físico, la cognición o el ánimo, la motivación por mejorar y las expectativas personales¹⁶⁸.

Hablar de adultos mayores cuidadores implica, según la OMS y la definición del Subgrupo de trabajo sobre Adultos Mayores¹⁶⁹, que existen distintos componentes vinculados a la falta de funcionalidad o dependencia de este grupo poblacional, pudiendo estar asociados a una situación de discapacidad o a problemas de fragilidad y vulnerabilidad. Estos implican dos tipos distintos de limitaciones asociadas con tipos distintos de cuidados¹⁶⁹:

- a) dificultades para la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD): comer, controlar esfínteres, usar el inodoro, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular, etc.
- b) dificultades para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): uso del teléfono, cuidado de la casa, salida de compras, preparación de la comida, uso de medios de transporte, uso adecuado del dinero, responsabilidad sobre sus propios medicamentos, etc.).

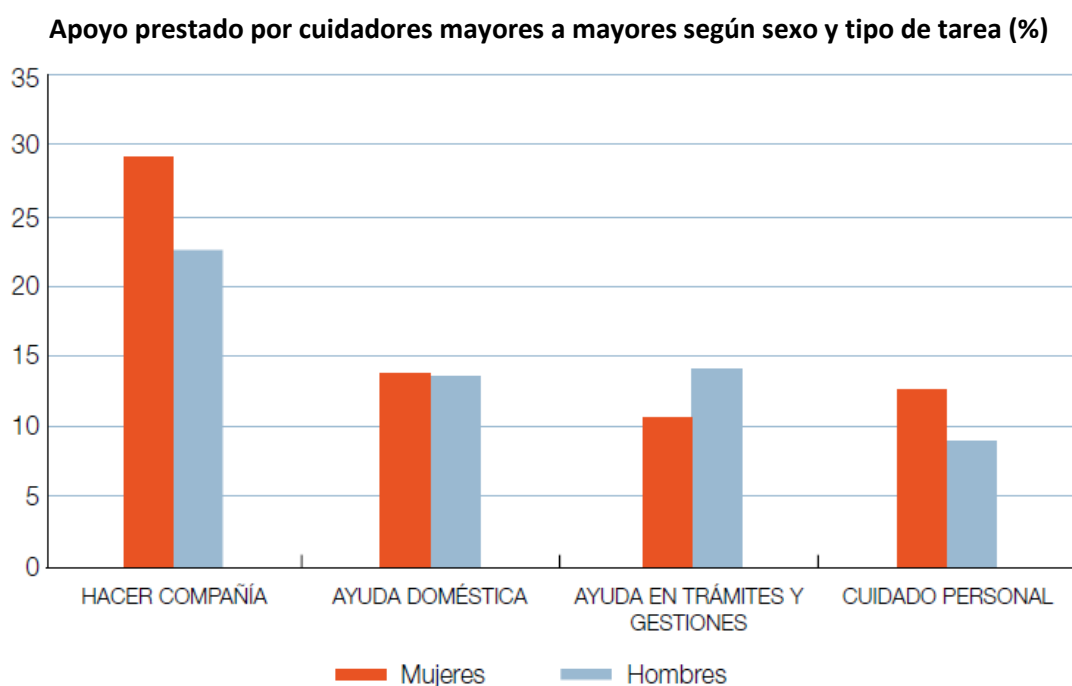
En dicho documento, también se refieren al Libro Blanco de la Dependencia¹⁸, se detalla que “hay tres condiciones concurrentes que permiten hablar de la configuración de una situación de dependencia: la primera, la existencia de una limitación física o psíquica; la segunda la incapacidad de la persona de realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria y, la tercera, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero”.

Lo que supone una realidad contrastada es que al aumentar la edad de los cuidadores, aumenta también la intensidad del cuidado. El 36,4% de los mayores cuidadores invierte más de 60 horas por semana cuidando de adultos³. El resultado es una jornada inhumana, contrapartida de lo que, según las cuentas satélite, se ahorran la Administración y la sociedad en general, gracias a quienes llegan a donde ni el Estado ni el mercado llegan todavía⁸².

Más del 80% de estas actividades las realizan las personas mayores con menos edad, entre 65-79 años. El apoyo deriva de las menos mayores pues, conforme avanza la edad, disminuyen la interacción social y la solidaridad. A veces se encargan de cuidar, al mismo tiempo, de varios allegados, incluso de personas independientes capaces de cuidarse a sí mismas. Durante años son capaces de asistir a todos los miembros de la familia que lo necesiten. Su entorno cree o quiere ver fortaleza o ánimo donde sólo queda voluntad y cansancio¹⁷⁰.

Con la edad, empiezan a desplomarse por agotamiento y falta de apoyo.

En cuanto al apoyo prestado por cuidadores mayores a otros mayores según sexo y tipo de tarea, Abellán et al. (2007)⁹⁴, confirma que el tipo de ayuda más frecuente es hacer compañía (26,4%). En el cuidado personal, tareas domésticas y la realización de trámites y gestiones, la cifra oscila en torno al 10%. Las mujeres colaboran más en las tres primeras mencionadas, y los hombres en la última.



Fuente: Abellán et al., 2007: 90.

Es importante mencionar que la dependencia se sobrelleva mejor en compañía. Se expresa una mayor satisfacción cuando se cuida entre cónyuges, después entre padres e hijos, y, en tercer lugar, entre hermanos. La relación puede desequilibrarse en comparación con la que existía antes de la dependencia. En general, los mayores admiten mejor ser ayudados por sus parejas que por otros familiares, amigos, vecinos o instituciones. El cuidado se percibe como una muestra de cariño por los años de convivencia¹⁷¹.

Sin embargo, el apoyo mutuo entre cónyuges es desigual: la mayor parte de los hombres recibe cuidados de su pareja, pero sólo una minoría de mujeres es atendida por ellos. En este caso, aunque sólo sea por “imposición” y necesidad de ocuparse de su cónyuge enferma, el hecho es que adoptan un rol tradicionalmente femenino, que nunca habían desempeñado a causa de una socialización sexista. Existe ya un número considerable de hombres cuidadores, una vez que están jubilados. Son pocos todavía, pero en aumento, y representan la primera generación de cuidadores. El 47,5% de los hombres que prestan ayuda a sus parejas tiene más de 65 años, e incluso un 4,3% más de 80 años. Por el contrario, en el caso de las mujeres, la ayuda se reparte más homogéneamente en el ciclo vital: el 31,5% en el grupo de 65 y más, y el 41,5% en el de 30-54. El porcentaje de mayores de 80 años que presta ayuda es muy bajo (0,9%) debido a que se trata, sobre todo, de viudas⁷⁵.

Un dato relevante es que el 44% de las personas mayores realiza algún tipo de actividad de ayuda, bien entre miembros de su generación o bien de carácter intergeneracional¹⁸.

1.3.2.2. La salud emocional del cuidador mayor

La asistencia que presta el cuidador ha de ser diaria e intensa, implica una elevada responsabilidad y se mantendrá durante años. El cuidado se convierte por lo tanto en un estresor que impacta negativamente sobre el cuidador y que probablemente le sobrecargará. De hecho, las personas que asumen el cuidado de una persona con problemas de dependencia, suelen experimentar graves problemas de salud física y mental, así como obtener consecuencias negativas sobre su bienestar psicológico, derivados del estrés originado por las circunstancias en que se desarrolla el cuidado¹⁵¹.

En este sentido, los cuidadores informales se enfrentan, por un lado, a estresores inmediatos propios del desempeño del cuidado, y por otro, al deterioro de proporcionar asistencia durante un período de duración no determinada, sin saber en qué momento descansarán¹⁷². Esta situación de malestar y estrés sobre el cuidador ha sido conceptualizada con el término general de carga.

Además de estas causas generales de tensión a las que se enfrenta el cuidador, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Por otro lado, entre los ancianos, son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia y pueden desencadenar alteraciones emocionales como la ansiedad o la depresión¹⁷³.

Según Rodríguez et al. (2005)¹¹², las cuidadoras mayores tienen un apoyo clave en sus convicciones religiosas (57%), a diferencia de las menores de 30 años (27%). El distanciamiento generacional se manifiesta también en el menor rechazo que las mayores de 65 expresan por las tareas de cuidado, lo que tal vez puede interpretarse como una mayor interiorización de la presión social y de la coerción moral, en comparación con las jóvenes⁴.

Tobío et al. (2010)⁴ confirma que la influencia social, junto con la asignación y asimilación de roles y estereotipos, provocan que muchas cuidadoras, sobre todo las mayores, entiendan esta actividad como algo deseado y querido, cuando es también forzado por el entorno. Aún sienten el cuidado paternal como obligación de hijas..., como se ha hecho siempre, lo que les proporciona un claro sentimiento

de utilidad. Quien no ingrese al mayor en una institución y asuma las tareas se ganará el reconocimiento y la admiración generales. Las de más edad no entienden las actitudes recientes de abandono del mayor y afirman que cuidarán de los suyos hasta la muerte.

Cabe afirmar que, cuando el cuidar se hace sin exceso y por elección propia, es una experiencia positiva. El cuidado de las personas es entonces una actividad más de la vida si se ejerce con unas condiciones dignas, con descanso diario, vacaciones, horario limitado, reconocimiento y ayudas. Tanto los “cuidadores de nueva generación” (jóvenes), como “las eternas cuidadoras de la sociedad” (mayores), coinciden en pedir comprensión y apoyo para una situación que no pueden ya asumir en soledad: no es que no quiera cuidarle, es que no puedo...⁴.

En este sentido, las cuidadoras de más edad realizan atribuciones menos adecuadas, quizás porque conocen menos las características propias de enfermedades que padece la persona cuidada. Además, este menor nivel educativo, comparado con las cuidadoras más jóvenes, puede que obstaculice el entendimiento de algunos de los contenidos de las sesiones, dificultando así la generalización de las habilidades trabajadas en su vida diaria¹⁷.

Todavía hoy, en nuestro país, la gran mayoría de quienes cuidan a los mayores son personas de la familia, que dedican un gran número de horas y reciben escasa ayuda¹⁷⁴.

A veces, los cuidadores principales entienden el cuidado como un sentimiento de obligación y se comportan como cuidadores únicos; se sienten tan obligados en su papel, que cualquier delegación a otro miembro de la familia les puede generar sentimientos de culpa¹⁷⁵. Hay, sin embargo, nuevas tendencias en el cuidado de los mayores, incluso en el ámbito informal de las redes familiares o comunitarias. En primer lugar, una tendencia creciente, aunque lenta, a la

implicación de los hombres en estas tareas, en especial, cuando en el marco de la relación conyugal la mujer no puede valerse por sí misma. Se observa, en segundo lugar, un envejecimiento de los cuidadores, derivado del hecho de que la persona disponible para cuidar a un mayor es, cada vez más, otro mayor. Esto plantea una problemática específica que, sin duda, se incrementará en el futuro, y que constituye un riesgo aumentado para esta población de sufrir incapacidad funcional para el desarrollo de actividades del cuidado y su repercusión como sobrecarga, que puede desencadenar desequilibrios emocionales y finalmente en una claudicación del cuidador. En tercer lugar, aunque es todavía incipiente la actividad de las redes comunitarias compuestas de voluntarios, vecinos o amigos, constituyen otro recurso para el cuidado de mayores que complementa muy positivamente otras formas de cuidado⁴.

Para sacar de la “invisibilidad” social en que se encuentran algunas de las aportaciones útiles a la sociedad que realizan las personas mayores, es necesario conocer, no solo el porcentaje de personas mayores que cuidan a otros mayores, sino en qué condiciones lo hacen, las actividades de ayuda y cómo repercuten estos cuidados en su estado de salud, y sus consecuencias¹⁸.

1.3.3. Mayores que cuidan a mayores en Extremadura

En la Comunidad Autónoma de Extremadura no hemos encontrado trabajos que estudien el perfil del cuidador mayor de personas mayores y que valoren su capacidad funcional, nivel de sobrecarga, riesgo de alteraciones emocional y apoyo social. Los escasos datos que se barajan datan, o bien del cuidador principal, sin tener en cuenta la edad del mismo, o estudios que valoran a la persona dependiente.

Sin embargo, consideramos que en la realidad social actual, donde los mayores desempeñan el rol de cuidadores principales de otros mayores

dependientes, es oportuno valorar la situación física, emocional y social del cuidador mayor. A medida que se eleva la edad, se incrementa la incidencia de patologías crónicas y existe una mayor probabilidad de combinar múltiples situaciones de enfermedades que afectan a la capacidad funcional del cuidador. Además, la intensidad de las actividades del cuidado y la falta de apoyo social pueden influir en la sobrecarga del cuidador, pudiendo aparecer alteraciones emocionales que condicionen el cuidado y una posible claudicación del cuidador.

Por todo ello, la sociedad se encuentra ante nuevos retos para los que necesita instrumentos nuevos. Se requiere un concepto nuevo de solidaridad entre las generaciones de personas mayores a la hora de la prestación de cuidados.

METODOLOGÍA

CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA

El envejecimiento de la población conlleva un aumento de la dependencia y de las enfermedades crónicas, y esta casuística nos plantea tres retos ineludibles: el adecuado desarrollo de un sistema de promoción de la autonomía y atención a la dependencia, la reorientación del tradicional modelo de atención sanitaria, centrándose en la curación de procesos agudos o en descompensaciones hacia un modelo que conceda más importancia al “cuidar”, así como en la necesaria coordinación entre ambos sistemas sanitario y social, para, así, ofrecer servicios eficientes y de calidad, a un número cada vez mayor de personas, en un contexto en el que se acrecienta la coincidencia de necesidades de índole sanitaria y social¹⁷⁶.

Así, se entiende por “paciente sociosanitario” aquella persona que de manera continua e, incluso en ocasiones permanente, es usuaria de las prestaciones y servicios sociales y sanitarios, al concurrir en ella, al mismo tiempo, necesidades de cuidados que son proporcionados por cada uno de los sectores en sus respectivos ámbitos de actuación; y dicha necesidad es el resultado del padecimiento de una o varias enfermedades (generalmente crónicas), unido a ciertos déficits funcionales que le impiden realizar las actividades de la vida diaria (AVD) sin la ayuda de una tercera persona. Lo que determina el concepto es la suma de ambos factores: la cronicidad de la enfermedad del paciente y su situación de dependencia, lo que afecta al ámbito sanitario y al ámbito social¹⁷⁶.

De este planteamiento se deriva la necesidad de estudiar a la persona mayor desde un enfoque que integre los ámbitos sanitario, funcional, emocional y social, con el fin de realizar un abordaje biopsicosocial y establecer los componentes sociosanitarios que forman parte del perfil de la persona mayor cuidadora.

2.1. Objetivos de la investigación

La presente investigación parte de una realidad demográfica y, más concretamente, de una realidad social que constituye el sector de población más creciente en las últimas décadas: las personas mayores.

Concretamente la investigación tiene como objetivo general:

Conocer el perfil y las capacidades funcionales, emocionales y sociales de la persona mayor de 65 años que realiza los cuidados.

Para la consecución de este objetivo general, se han concretado otros objetivos más específicos:

1. Obtener información del perfil sociodemográfico y económico de las personas de edad ≥ 65 años y cuidadoras de adultos mayores residentes en las zonas rurales del suroeste del Área de Salud de Badajoz, y analizar las diferencias según el sexo
2. Conocer la composición de la unidad familiar donde reside la persona cuidadora
3. Obtener información del perfil de la persona dependiente
4. Obtener información sobre la experiencia, dedicación y tareas que realiza la persona cuidadora, así como las dificultades y recursos que requieren para realizar los cuidados.
5. Conocer el estado de salud de la persona que realiza los cuidados
6. Estimar la capacidad funcional, el riesgo emocional y el apoyo social de la persona que realiza los cuidados

De acuerdo a los objetivos planteados, se ha diseñado un estudio cuantitativo, ya que éste reúne los criterios de objetividad, sistematicidad, cuantificación e inferencia de los datos obtenidos que la investigación requiere¹⁷⁷.

El enfoque cuantitativo permite la medición objetiva de los hechos sociales, opiniones o actitudes individuales, así como, la demostración de la causalidad y la generalización de los resultados de la investigación. Todo ello mediante una recogida de información estructurada y sistemática y un posterior análisis estadístico que cuantifique dicha realidad social y las relaciones causales, así como su intensidad.

2.2. Tipo de estudio

El presente estudio es de carácter observacional, transversal y descriptivo de campo^{178,179}, donde se pretende identificar las características del universo de investigación, analizar las formas de conductas y actitudes del universo investigado y establecer comportamientos concretos para descubrir y comprobar la asociación entre variables de investigación.

Es observacional porque durante la investigación no se han modificado las condiciones naturales de los sujetos mediante experimentación, estableciéndose correlaciones entre las diferentes variables estudiadas, sólo describiéndolas, sin establecer relación causa-efecto.

Se trata de un modelo transversal porque las observaciones se han realizado en un único momento concreto sobre cada sujeto y, por tanto, las variables se han registrado de forma simultánea, por lo que se propone un estudio epidemiológico de carácter transversal.

De igual forma, se trata de un estudio de carácter descriptivo, porque se propone conocer fenómenos de grupos homogéneos utilizando criterios sistemáticos

2.3. Diseño del estudio

En el diseño de la investigación se ha definido el ámbito del estudio, el universo de la investigación, el método de obtención de la muestra, el protocolo para la obtención de los datos previos necesarios y el procedimiento de la obtención de la muestra.

Ámbito: El ámbito donde se desarrollará el estudio contempla los municipios rurales de las zonas básicas de salud de Olivenza, Alconchel, y Villanueva del Fresno. El Instituto Nacional de Estadística define zona rural a la zona o municipio en el que residen menos de 10.000 habitantes, por lo que se han elegido, exclusivamente, los municipios que cumplían este criterio para realizar el estudio:

- Zona de salud de Olivenza
 - Olivenza: 12.002 habitantes. Como puede observarse, este municipio sobrepasa los 10.000 habitantes, por lo que no reúne el criterio para realizar el estudio. Así pues queda excluido.
 - Valverde de Leganés: 4.238 habitantes.
- Zona de Salud de Alconchel:
 - Alconchel: 1.873 habitantes.
 - Táliga: 767 habitantes.
 - Cheles: 1.223 habitantes.
 - Higuera de Vargas: 2.083 habitantes.

- Zona de Salud de Villanueva del Fresno
 - Villanueva del Fresno: 3.617 habitantes.
 - Valencia del Monbuey: 797 habitantes.

Fuente: Revisión del Padrón Municipal a 1-1-2012 e INE

Las tres zonas básicas de salud a estudio pertenecen al Área de Salud de Badajoz y, geográficamente, están situadas en la frontera terrestre entre España y Portugal, coloquialmente llamada como La Raya, o *A Raia*, en portugués. En general, estos municipios están situados en el espacio geográfico próximo a esta frontera, donde las poblaciones portuguesas y españolas, separadas por una frontera política, comparten de alguna manera elementos históricos, culturales o económicos. Así, estas poblaciones son calificadas como *rayanas*.

Universo: El universo muestral lo constituyen el número total de cuidadores mayores de 65 años, cuidadores en domicilio de personas mayores de la población rural de 3 zonas básicas del Área de Salud de Badajoz de la Comunidad Autónoma de Extremadura (Olivenza, Alconchel y Villanueva del Fresno).

La Muestra: Dado que la selección de las unidades de observación constituye un estadio primordial en todo proceso de investigación y que de la materialización de dicha selección dependerá la calidad de la información que se obtenga, es importante que las unidades muestrales seleccionadas sean representativas de la población que pretendemos investigar.

El diseño de la recogida de la muestra se ha realizado a partir de los datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) junto con los datos del padrón municipal facilitado por los ayuntamientos de los municipios a estudio.

Durante la planificación y diseño del estudio se ha encontrado una importante limitación, la inexistencia de datos censales de las personas mayores que cuidan a mayores en los municipios seleccionados para la investigación, lo que nos ha llevado a elaborar un protocolo para la elaboración de dicho censo, donde se han definido las diferentes etapas necesarias para la elaboración del censo de mayores que cuidan mayores en cada municipio.

Criterios de inclusión:

1. Personas de edad igual o superior a 65 años, cuidadoras principales de personas mayores residentes en los municipios rurales de las zonas de salud de Olivenza (Valverde de Leganés), Alconchel (Alconchel, Táliga, Higuera de Vargas y Cheles) y Villanueva del Fresno (Villanueva del Fresno y Valencia del Monbuey).
2. Persona mayor y cuidador principal del anciano, aunque reciba algún tipo de apoyo social.

Protocolo diseñado para elaborar el censo de mayores que cuidan mayores:

1. Solicitud al personal de administración de los diferentes municipios el censo de personas mayores de 65 años que residen, según el padrón municipal.
2. La trabajadora social, como profesional técnico conocedor de la situación personal y social de las personas del municipio, realiza el filtro adecuado para discriminar y seleccionar, exclusivamente, a las personas mayores que realizan las actividades de cuidador principal a otras personas mayores.

3. La trabajadora social del municipio elabora el censo de las personas de edad igual o superior a 65 años, cuidadores principales de personas mayores; y así conoceremos la población total.

	Nº Habitantes	Nº Personas mayores de 65 años	Nº Cuidadores mayores
Valverde de Leganés	4.238	657	34
Alconchel	1.873	414	39
Táliga	767	176	10
Higuera de Vargas	2.083	548	12
Cheles	1.223	159	8
Villanueva del Fresno	3.617	709	44
Valencia del Monbuey	797	206	4

Una vez conocido el censo de cada municipio, se estimó la pertinencia de utilizar como muestra el total de la población a estudio, dado que el número de cuidadores mayores de personas mayores era asumible y, por lo tanto, los resultados obtenidos de la investigación serían más fiables.

Al comienzo de nuestra investigación, tras la elaboración del censo, la población total estaba formada por 151 adultos mayores cuidadores. Sin embargo, a medida que la investigación fue avanzando y debido a: ingresos en residencias de la persona cuidada o del cuidador, traslado a casa de sus hijos, fallecimiento de la persona cuidada o del cuidador, etc. el número de personas censadas descendió hasta 107 cuidadores mayores.

Procedimiento de obtención de la muestra: para la planificación y realización de la entrevista a las personas censadas se ha contado con el/la trabajador/a social de cada municipio, que ha actuado de intermediario entre la persona

mayor a entrevistar y el investigador. El/la trabajador/a social ha concertado una entrevista individualizada en el domicilio de la persona mayor, informándole de la finalidad de la entrevista para evitar confusiones y atenuar los prejuicios a contestar a personas desconocidas. La labor del trabajador social finaliza una vez concertada la entrevista, de tal forma que es el investigador el que realiza la entrevista y recoge los datos.

2.4. Recogida de datos

La recogida de datos se ha realizado mediante un cuestionario estructurado, compuesto por 29 ítems y 6 escalas, que ha sido contestado por las personas que cuentan con una edad mayor o igual a los 65 años, que realizan los cuidados (Anexo 1).

El procedimiento aplicado para la recogida de datos ha sido la encuesta. Se concertó una entrevista con cada cuidador mayor en su propio domicilio.

La encuesta puede definirse como la aplicación de un procedimiento estandarizado para recabar información de una muestra amplia de sujetos. La información se limita a la delineada por las preguntas que componen el cuestionario precodificado diseñado al efecto.

Entre las ventajas de llevar a cabo una encuesta como procedimiento de recogida de datos, se puede destacar que, permite abarcar un amplio abanico de cuestiones en un mismo estudio, facilita la comparación de resultados, que pueden generalizarse, dentro de los límites marcados por el diseño muestral efectuado¹⁷⁷.

Por otro lado, también se debe tener en cuenta las desventajas que presenta la encuesta, como que la información se restringe a la proporcionada por el

individuo (preguntas generalmente cerradas) o que la presencia del entrevistador provoca efectos reactivos en las respuestas¹⁷⁷.

Así mismo, se ha seleccionado la modalidad de encuesta personal o entrevista “cara a cara”, por lo que es importante conocer las ventajas e inconvenientes que presenta este tipo de entrevista. Entre las ventajas se destaca que favorece el tratamiento de temas complejos, permite la consecución de un mayor número de respuestas, se obtienen respuestas de mayor calidad y espontaneidad y el entrevistador puede recabar información complementaria del entrevistado ajena al cuestionario.

Entre los inconvenientes de la modalidad de la encuesta personal se encuentra que encarece los costes del estudio en tiempo y dinero, mayor dificultad para acceder a los domicilios particulares y a determinados grupos de población y la presencia del entrevistador puede provocar efectos reactivos en las respuestas de los entrevistados¹⁷⁷.

2.5. Elaboración del cuestionario

Para la elaboración del el cuestionario se ha tenido como referencia el Cuestionario de Cuidadores/as principales, incluido en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008)¹⁶. En base a este modelo y los objetivos planteados en esta investigación, se diseñaron los 29 ítems, los cuales se agrupan en los siguientes bloques:

2.5.1. Perfil socioeconómico de la persona cuidadora.

Hace referencia a las características de la población muestral relacionadas con aspectos sociodemográficos como: la localidad de residencia, el sexo, edad, nacionalidad, estado civil, etc., y aspectos socioeconómicos como el nivel de estudios, situación económica y ocupación laboral.

2.5.2. Composición de la unidad familiar.

Recoge las características de la unidad familiar, considerando el número y las relaciones de parentesco existente entre sus miembros.

2.5.3. Perfil de la persona dependiente.

Describe la edad, sexo, dolencias y nivel de dependencia de la persona que requiere los cuidados.

2.5.4. Rol de la persona cuidadora.

Contempla aquellos aspectos relacionados con la experiencia, tiempo de dedicación y principales actividades de cuidado que se realizan.

2.5.5. Dificultades, necesidades y demanda de recursos para los cuidados.

Integra el conjunto de dificultades y necesidades que surgen en la práctica de los cuidados, así como los recursos que se consideran más necesarios para mejorar la atención de las personas que requieren los cuidados.

2.5.6. Estado de salud de la persona cuidadora.

Se consideran aspectos relacionados, tanto con el estado de salud como con el número y tipo de enfermedad, el consumo de medicamentos y la salud percibida.

2.5.7. Escalas

Para las escalas se seleccionaron aquellas que más se adecúan a los objetivos planteados, en este sentido se han seleccionado las siguientes:

- **Índice de Katz, actividades básicas para la vida diaria:**

Se trata de una escala sencilla, cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones sociobiológicas. Evalúa el grado la independencia o dependencia

funcional del paciente para: bañarse, aseo, vestirse, movilización, levantarse, ir al servicio, continencia y alimentarse. Considera independiente al anciano cuando realiza la actividad sin supervisión, dirección o asistencia personal activa.

Presenta 8 niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en, al menos, dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F

Su fiabilidad ha sido valorada en múltiples estudios presentando coeficientes de correlación (> 0. 70) y test-retest (>0. 90) altos, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados^{180,181}.

- **Escala de Lawton y Brody, actividades instrumentales para la vida diaria:**

Es un cuestionario heteroadministrado que consta de 8 ítems, que miden la capacidad funcional del anciano para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, tales como, usar el teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de asuntos económicos. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

Su consistencia interna viene avalada por la relación jerárquica mostrada en el cumplimiento de las actividades evaluadas entre sí, y de éstas en relación con las ABVD. En el estudio original el coeficiente de Pearson de fiabilidad interobservador fue de 0.85¹⁸².

- **Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit:**

Evalúa de manera sencilla, clara y específica la sobrecarga subjetiva del cuidador de ancianos. Dicho cuestionario consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona; cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Se trata de una escala autoadministrada que, según la puntuación obtenida, puede tener tres resultados: <47 puntos, el cuidador no presenta sobrecarga, de 47 a 55 puntos el cuidador presenta una sobrecarga leve, y >55 puntos el cuidador presenta sobrecarga intensa.

Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es 0,91 y la fiabilidad test-retest es 0,86^{183,184}.

- **Cuestionario de salud general de Goldberg GHQ 12:**

Cuestionario de 12 ítems que identifica trastornos de, al menos, dos semanas de duración, la mayoría de los cuales requieren que los síntomas hayan estado presentes durante éstas. Se evalúan síntomas emocionales, bienestar psicológico o trastornos mentales comunes en la población general, y consta de cuatro áreas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Respecto a la fiabilidad, la consistencia interna de la escala oscila entre 0.82 y 0.90¹⁸⁵⁻¹⁸⁷.

- **Cuestionario de apoyo social de Duke-UNK-11:**

El cuestionario de Duke-UNK-11 (modificado por Broadhead), está destinado a medir cualitativamente el apoyo social funcional en sus dimensiones confidencial y afectiva, considerando bajo apoyo social cuando la puntuación superó el percentil 75 de la distribución. (Las respuestas se midieron mediante la escala de Likert, de 1 a 5 puntos, correspondiendo las puntuaciones más elevadas a una menor percepción de apoyo).

El análisis de la consistencia interna (alfa de Cronbach) del cuestionario de apoyo social de Duke-UNK-11 ha obtenido valores de mayores entre 0.86 y 0.91¹⁸⁸⁻¹⁹¹.

- **Percepción de la función familiar, cuestionario de APGAR familiar:**

La sigla APGAR se deriva de los cinco componentes (en inglés) de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), que se define como la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un factor de estrés durante un período de crisis; cooperación (partnership), como la participación en la toma de decisiones y responsabilidades, lo cual define el grado de poder de los miembros de la familia;

desarrollo (growth), como la posibilidad de maduración emocional y física, así como de autorrealización de los miembros de la familia por el apoyo mutuo; afectividad (affection), como la relación de amor y atención entre los miembros de la familia; y capacidad resolutiva (resolve), como el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia.

Este cuestionario APGAR Familiar valora la percepción de la función familiar como apoyo social específico; de forma más concreta, evalúa la percepción del cuidador acerca de la función/disfunción familiar en su núcleo mediante el test del cuestionario que consta de 5 ítems.

En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. La consistencia interna medida de la escala APGAR familiar es de 0,84 (alfa de Cronbach)^{186,192}.

2.6. Variables del estudio

2.6.1. Perfil socioeconómico de la persona cuidadora.

2.6.1.1. Localización.

Localidad de residencia de la persona encuestada. Concretamente se han considerado las poblaciones de menos de 10.000 habitantes pertenecientes a las zonas de salud de Olivenza, Alconchel y Villanueva del Fresno, incluidas en el Área de Salud de Badajoz. Los municipios que pertenecen a estas zonas son: Valverde de Leganés, Villanueva del Fresno, Alconchel, Táliga, Higuera de Vargas, Cheles y Valencia de Mombuey.

2.6.1.2. Edad.

Se considera la edad cronológica a partir de los 65 años. Para hacer operativo el análisis se han organizado en intervalos de 5 años (65-69; 70-74; 75-79; 80-84; 85-89; 90 y más).

2.6.1.3. Sexo.

Se define según sexo biológico en hombre y mujer.

2.6.1.4. Nacionalidad.

Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o nación.

2.6.1.5. Estado civil.

Condición de una persona, según el registro civil, en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Las opciones son: soltero/a; casado/a; separado/a; divorciado/a; viudo/a.

2.6.1.6. Nivel de estudios.

Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado, o están provisional, o definitivamente incompletos.

Las opciones son: no sabe leer ni escribir, sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios y estudios superiores.

2.6.1.7. Situación económica.

Situación económica en la que se encuentra la persona que realiza los cuidados. Las opciones son: trabajando; en desempleo; percibiendo una pensión contributiva de jubilación o incapacidad permanente; percibiendo

otro tipo de pensión; incapacitado para trabajar; no tiene ingresos; dedicado principalmente a las labores del hogar (sin remuneración); realizando sin remuneración trabajos sociales o actividades benéficas; u otra situación.

2.6.1.8. Ocupación laboral.

Considerando la categoría profesional que han ocupado durante más tiempo, al tratarse de población mayor de 65 años y que reside en zonas rurales, se han clasificado estas ocupaciones atendiendo a los siguientes criterios: empresario/a o trabajador autónomo/a con personas asalariadas; empresario/a o trabajador autónomo/a sin personas asalariadas; la ayuda familiar integra a los trabajos no remunerados relacionados con las necesidades en los hogares; y personas asalariadas, aquellas que han tenido contratación por cuenta ajena.

2.6.2. Composición de la unidad familiar.

2.6.2.1. Parentesco con la persona que cuida.

Relación o vínculo con la persona que cuida. Se recogen las siguientes opciones: no tengo parentesco; hija; hijo; hermana; hermano; sobrina; sobrino; mujer; marido; u otra relación.

2.6.2.2. Convivencia con la persona que cuida.

Hace referencia a vivir o no en el mismo lugar donde se realizan los cuidados.

2.6.2.3. Convivencia con más personas en el hogar.

Contempla si hay o no viviendo más personas en el hogar.

2.6.2.4. Número de personas que conviven en el mismo hogar.

Especifica el número de personas que viven en el hogar.

2.6.2.5. Parentesco de los miembros que conviven en el hogar.

Se especifica el vínculo con otras personas de la unidad familiar. Las opciones son: hijos; marido / mujer; madre / padre; tíos/as; sobrinos/as; otros.

2.6.3. Perfil de la persona dependiente.

2.6.3.1. Edad de la persona dependiente.

Se considera la edad cronológica de la persona dependiente.

2.6.3.2. Sexo de la persona dependiente.

Se define según sexo biológico en hombre o mujer

2.6.3.3. Nivel de dependencia.

Entendida como la capacidad funcional de la persona. Las opciones son: dependencia moderada: personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día; dependencia severa: personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requieren el apoyo permanente de un cuidador; gran dependencia: personas que necesitan el apoyo indispensable y continuo de otra persona.

2.6.3.4. Dolencias/enfermedades de la persona dependiente.

Contempla un cuadro general de posibles dolencias que engloba: enfermedades infecciosas; tumores; enfermedades de la sangre y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; trastornos mentales y de comportamiento; enfermedades del sistema nervioso; enfermedad del ojo y sus anexos; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del aparato digestivo; enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo; enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo; enfermedades del aparato genitourinario; embarazo, parto y puerperio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; traumatismos y envenenamientos; causas extremas de morbilidad y mortalidad (accidentes); factores que influyen en estado de salud y contacto con los servicios de salud (riesgo social).

2.6.4. Rol de la cuidadora.

2.6.4.1. Experiencia previa en los cuidados.

Se considera si se han realizado anteriormente, o no, atenciones y cuidados a otras personas dependientes.

2.6.4.2. Número de años dedicado a los cuidados.

El tiempo en años que se lleva dedicando la persona a los cuidados. Las opciones que se recogen son: menos de 1 año; 1-2 años; 2-4 años; 4-8 años; más de 8 años.

2.6.4.3. Horas dedicadas a los cuidados.

Número de horas diarias que dedica a la persona dependiente. Recoge: 0-2 horas al día; 2-4 horas al día; 4-8 horas diarias; 8-12 horas diarias; 24 horas diarias.

2.6.4.4. Tareas de cuidados.

Hace referencia al conjunto de actividades que se realizan a lo largo de la rutina diaria, que conlleva, tanto los cuidados específicos a la persona dependiente, como aquellos aspectos relacionados con la atención a las actividades del hogar necesarias para cubrir las necesidades básicas de comunicación, alimentación e higiene. En este sentido se recogen un amplio listado de opciones, estas son: baño y aseo; vestirse /desvestirse; andar o desplazarse; subir o bajar escaleras; acostarse/levantarse de la cama; cambiar pañales por incontinencia; comer /beber; utilizar el teléfono; hacer compras; preparar comidas; hacer otras tareas domésticas; lavar la ropa; utilizar el transporte público; tomar medicación; administrar el dinero; ir al médico; ayuda a relacionarse; ayuda en situaciones conflictivas (nerviosismo, agitación, relación de la persona mayor con el cuidador...).

2.6.5. Dificultades, necesidades y demanda de recursos para los cuidados.

2.6.5.1. Motivos que dificultan los cuidados.

Contempla un listado de las causas más habituales con las que se encuentran las personas cuidadoras y que dificultan los cuidados. Las opciones son: percibe especial dificultad por faltarle fuerza física; tiene dudas sobre cómo sería la mejor manera de hacerlo; piensa que la persona a la que cuida no colabora o se resiste, cuando le ayuda con esa labor; tiene otras dificultades; cree que para llevar a

cabo los cuidados que usted realiza necesitaría más formación especializada de la que tiene; no tiene ninguna dificultad.

2.6.5.2. Necesidad y detalle de ayudas que requieren.

Hace referencia a aquellas necesidades más habituales que se requieren en la práctica diaria de los cuidados. El listado recoge las siguientes opciones: ayuda en el cuidado de sí mismo (lavarse, vestirse, comer, beber...); ayuda en los desplazamientos; ayuda en la utilización de brazos y manos (cubiertos, medicación...); ayuda sensorial visual y auditiva (ayuda a diferenciar imágenes o sonidos); ayuda en las actividades de casa (limpieza de la casa, ropa, comida...); ayuda en la toma de medicamentos (velar por la medicación, horarios...); ayuda en la administración de bienes (gastos, facturas, dinero...); ayuda en las relaciones y comunicación con otros; ayuda en los desplazamientos fuera del hogar; ayuda en situaciones conflictivas (nerviosismo, agitación, relación de la persona mayor con el cuidador...); no necesito ayuda para realizar las actividades relacionadas con el cuidado.

2.6.5.3. Demanda de recursos necesarios para cuidar mejor.

Son aquellos recursos que pueden cubrir las necesidades de las personas que realizan los cuidados; se consideran las siguientes opciones: adquirir conocimientos básicos sobre el cuidado; recibir más información acerca de la enfermedad/es del paciente; entrar en contacto con asociaciones y compartir experiencias; dedicar más tiempo al autocuidado; ayuda de profesionales del cuidado; ayuda en las labores domésticas; apoyo de otros familiares; apoyo psicológico; más colaboración de la persona mayor a la que cuida; no necesito nada para mejorar los cuidados.

2.6.6. Estado de salud de la persona cuidadora.

2.6.6.1. Número de enfermedades crónicas.

Hace referencia a las dolencias crónicas de la persona cuidadora; las opciones son: ninguna; 1 enfermedad crónica; 2 enfermedades crónicas; 3 o más enfermedades crónicas.

2.6.6.2. Dolencias/enfermedades.

Contempla un cuadro general de posibles dolencias, que engloba: enfermedades infecciosas; tumores; enfermedades de la sangre y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; trastornos mentales y de comportamiento; enfermedades del sistema nervioso; enfermedad del ojo y sus anexos; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del aparato digestivo; enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo; enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo; enfermedades del aparato genitourinario; embarazo, parto y puerperio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; traumatismos y envenenamientos; causas extremas de morbilidad y mortalidad (accidentes); factores que influyen en estado de salud y contacto con los servicios de salud (riesgo social).

2.6.6.3. Consumo de medicamentos.

Se considera la prescripción del medicamento; en esta línea el listado de opciones es el siguiente: medicinas para el catarro, gripe, garganta y bronquios; medicinas para el dolor de cabeza, piernas y fiebre;

reconstituyentes como vitaminas, minerales y tónicos; laxantes; antibióticos; tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir; medicamentos para la alergia; medicamentos para la diarrea; medicamentos para el corazón; medicamentos para la tensión arterial; medicamentos para alteraciones digestivas; antidepresivos; estimulantes; medicamentos o productos para adelgazar; medicamentos para la diabetes; medicamentos para bajar el colesterol; otros; ns/ nc.

2.6.6.4. Estado de salud percibida.

Se considera a la percepción personal que tiene la persona que realiza los cuidados; se recoge: se ha deteriorado su salud; ha tenido que ponerse en tratamiento para poder llevar la situación (tratamiento antidepresivos, de ansiedad/angustia, nervios,...); se encuentra cansado/a; se siente deprimido/a; otros problemas, pero no los anteriores; no tiene ningún problema.

2.6.7. Capacidad funcional de la persona que realiza los cuidados.

2.6.7.1. Desarrollo de actividades básicas de la vida diaria, índice de Katz.

Escala que mide el grado de independencia o dependencia funcional del paciente para: bañarse, aseo, vestirse, movilización, levantarse, ir al servicio, continencia y alimentarse.

2.6.7.2. Desarrollo de actividades instrumentales de la vida diaria, de Lawton y Brody.

Que permite medir la capacidad funcional para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, para lo que se consideran las siguientes opciones: usar el teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte,

responsabilidad respecto a su medicación y manejo de asuntos económicos.

2.6.8. Alteración emocional de las personas que realizan los cuidados

2.6.8.1. Escala de sobrecarga del cuidador, de Zarit.

Mide la sobrecarga subjetiva de las personas que realizan los cuidados de personas mayores. Son un total de 22 ítems que se pueden ver con detalle en el anexo.

2.6.8.2. Cuestionario de salud general, de Goldberg GHQ 12.

Evalúa aquellos síntomas emocionales, bienestar psicológico o trastornos mentales comunes en la población. Consta de cuatro áreas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Se pueden ver con detalle en el anexo.

2.6.9. Apoyo social de las personas que realizan los cuidados.

2.6.9.1. Cuestionario de apoyo social, de Duke.

Mide, cualitativamente, el apoyo social funcional en sus dimensiones confidencial y afectiva. Se pueden ver con detalle en el anexo.

2.6.9.2. Percepción de la función familiar, cuestionario de APGAR familiar.

Evalúa la percepción del cuidador acerca de la función/disfunción familiar en su núcleo. Se pueden ver con detalle en el anexo.

2.7. Procedimiento de análisis de los datos

Los datos recogidos se han registrado en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), que permite realizar un análisis estadístico conforme a los objetivos planteados.

Objetivos específicos	Descripción	Procedimiento de análisis.
1. Obtener información del perfil sociodemográfico y económico de las personas cuidadoras \geq 65 años, residentes en las zonas rurales pertenecientes al Área de Salud de Badajoz , y analizar las diferencias según el sexo.	1.1. Describir el perfil sociodemográfico y económico de las personas cuidadoras. 1.2. Conocer los aspectos relacionados con el perfil sociodemográfico y económico en función del sexo.	1.1.1. Análisis descriptivo univariable a través de cálculos de frecuencias, acompañado de análisis descriptivo bivariable con tablas de contingencia. 1.2.1. Análisis inferencial, con la finalidad de indagar en las relaciones significativas entre las variables consideradas. Dado que son variables nominales, se realizará la prueba de Chi Cuadrado y Coeficiente de Contingencia.
1. Conocer la composición de la unidad familiar donde reside la persona cuidadora.	2.1. Describir la composición de la unidad familiar donde reside la persona cuidadora.	2.1.1. Análisis descriptivo univariable a través de cálculo de frecuencias.
3. Obtener información del perfil de la persona dependiente.	3.1. Describir el perfil de la persona dependiente.	3.1.1. Análisis descriptivo univariable, a través de cálculo de frecuencias.

<p>4. Obtener información sobre la experiencia, dedicación y tareas que realiza la persona cuidadora.</p>	<p>4.1. Describir el rol del cuidador/a.</p> <p>4.2. Indagar en los aspectos asociados al rol del cuidador/a.</p>	<p>4.1.1. Análisis descriptivo univariable, a través de cálculo de frecuencias, acompañado de análisis descriptivo bivariable mediante tablas de contingencia.</p> <p>4.2.1. Análisis inferencial con la finalidad de indagar en las relaciones significativas entre las variables consideradas. Dado que son variables nominales, se realizará la prueba de Chi Cuadrado y Coeficiente de Contingencia.</p>
<p>5. Conocer aspectos relacionados con las dificultades y recursos que requieren para realizar los cuidados.</p>	<p>5.1. Describir las dificultades que plantean los cuidados.</p> <p>5.2. Describir las necesidades personales que tienen las personas cuidadoras.</p> <p>5.3. Describir los recursos que demandan para mejorar la calidad de los cuidados.</p>	<p>5.(1./2./3).1. Análisis descriptivo univariable a través de cálculo de frecuencias, acompañado de análisis descriptivo bivariable mediante tablas de contingencia.</p>

	<p>5.4. Analizar los aspectos relacionados con el sexo del cuidador/a y nivel de dependencia de la persona cuidada.</p>	<p>5.4.1. Análisis inferencial con la finalidad de indagar en las relaciones significativas entre las variables consideradas. Dado que son variables nominales, se realiza la prueba de Chi Cuadrado y Coeficiente de Contingencia.</p>
<p>6. Conocer el estado de salud de la persona que realiza los cuidados.</p>	<p>6.1. Describir el estado de salud (objetivo) de la persona cuidadora.</p> <p>6.2. Describir la percepción que la persona cuidadora tiene de su salud.</p> <p>6.3. Analizar los aspectos relacionados con la percepción subjetiva de su salud, en relación al sexo del cuidador/a y nivel de dependencia de la persona cuidada</p>	<p>6.(1./2).1. Análisis descriptivo univariable a través del cálculo de frecuencias, acompañado de análisis descriptivo bivarible con tablas de contingencia.</p> <p>6.3.1. Análisis inferencial con la finalidad de indagar en las relaciones significativas entre las variables consideradas. Dado que son variables nominales, se realiza la prueba de Chi Cuadrado y Coeficiente de Contingencia</p>

<p>7. Estimar la capacidad funcional de la persona que realiza los cuidados</p>	<p>7.1. Analizar el nivel de dependencia funcional mediante el índice de Katz (actividades básicas para la vida diaria).</p> <p>7.2. Analizar el nivel de dependencia funcional mediante el índice de Lawton y Brody.</p>	<p>Análisis descriptivo y de los aspectos diferenciales vinculados a las habilidades básicas e instrumentales para la vida diaria.</p> <p>Análisis inferencial con la finalidad de indagar en las relaciones significativas entre las escalas consideradas.</p>
<p>8. Estimar la alteración emocional de las personas que realizan los cuidados.</p>	<p>8.1. Analizar la sobrecarga de la persona cuidadora, a través de la escala de Zarit.</p> <p>8.2. Analizar el estado de salud psicológica, utilizando el cuestionario de Goldberg.</p>	<p>Análisis descriptivo y de los aspectos diferenciales vinculados a las habilidades básicas e instrumentales para la vida diaria.</p> <p>Análisis inferencial con la finalidad de indagar en las relaciones significativas entre las escalas consideradas</p>
<p>9. Estimar el apoyo social de las personas que realizan los cuidados.</p>	<p>9.1. Analizar el apoyo social de la persona que realiza los cuidados, utilizando el cuestionario de Duke.</p> <p>9.2. Analizar la percepción de la función familiar, a través el cuestionarios APGAR</p>	<p>Análisis descriptivo y de los aspectos diferenciales vinculados a las habilidades básicas e instrumentales para la vida diaria.</p> <p>Análisis inferencial con la finalidad de indagar en las relaciones significativas entre las escalas consideradas.</p>

ANÁLISIS DE RESULTADOS

CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación pasamos a describir los resultados encontrados en cada uno de los ítems del cuestionario, así como las relaciones que se pueden establecer entre ellas.

3.1. Perfil socioeconómico de la persona cuidadora

3.1.1. Localidad

La recogida de datos se realizó en los municipios rurales pertenecientes a las zonas de salud de Olivenza, Alconchel y Villanueva del Fresno, todas ellas incluidas en Área de Salud de Badajoz. Concretamente, gran parte de la población participante reside en Villanueva del Fresno, concentrando un 29,0% de la muestra, seguido de Alconchel y Valverde de Leganés, ambas localidades con un 23,4%. El 24,3% restante de la población muestral reside en las localidades de Higuera de Vargas (9,3%), Táliga (6,5%), Cheles (5,6%) y Valencia de Mombuey (2,8%).

Localidad donde se realiza cuestionario

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Valverde de Leganés	25	23,4	23,4	23,4
Villanueva del Fresno	31	29,0	29,0	52,3
Alconchel	25	23,4	23,4	75,7
Táliga	7	6,5	6,5	82,2
Higuera de Vargas	10	9,3	9,3	91,6
Cheles	6	5,6	5,6	97,2
Valencia de Mombuey	3	2,8	2,8	100,0
Total	107	100,0	100,0	

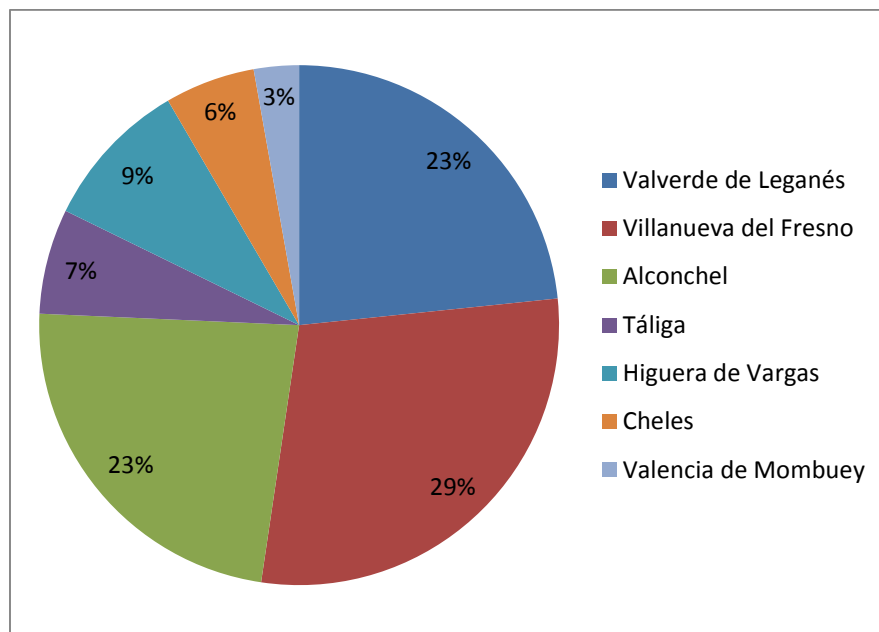


Figura 1: Cuidadores mayores de personas mayores según localidad

3.1.2. Edad de la persona que ejerce los cuidados

La edad media de los adultos mayores que realizan los cuidados es de 76,9 años, la mediana es de 78 años y la moda es de 80, con una desviación típica de 6,255. Así mismo, la edad mínima de la persona mayor cuidadora es de 65 años y la máxima de 92. Los tramos de edad donde hay mayor representatividad se encuentran en los intervalos de 75 – 79 y 80 – 84 años, registrando un 29,0% y 27,1% respectivamente, lo que supone que el 56,1% de las personas cuidadoras tienen edades comprendidas entre 75 y 84 años, siendo concretamente los 80 años la edad de mayor frecuencia registrada. Entre la población de 65-74 años se concentra el 32,8% de las personas que ejercen los cuidados, y el 11,2% restante se encuentra representado en el intervalo de los 85 a los más de 90 años.

Estadísticos		
Edad		
N	Válidos	107
	Perdidos	0
Media		76,90
Mediana		78,00
Moda		80
Desv. típ.		6,255
Mínimo		65
Máximo		92
Percentiles	25	73,00
	50	78,00
	75	81,00

Edad de quien cuida en intervalo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Entre 65-69 años	16	15,0	15,0	15,0
	Entre 70-74 años	19	17,8	17,8	32,7
	Entre 75-79 años	31	29,0	29,0	61,7
	Entre 80-84 años	29	27,1	27,1	88,8
	Entre 85-89 años	11	10,3	10,3	99,1
	Igual o mayor 90 años	1	,9	,9	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

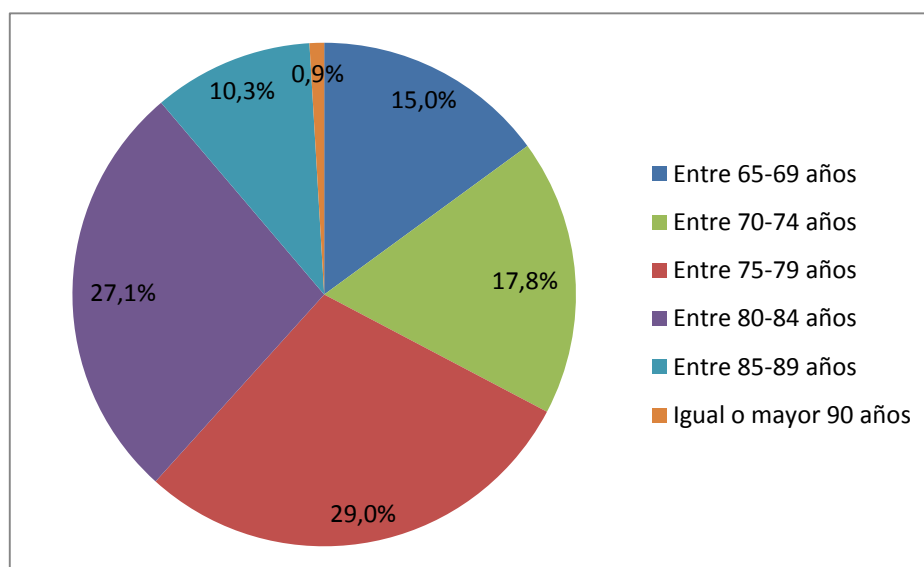


Figura 2: Edad de la persona cuidadora en intervalos

3.1.3. Sexo

De la población encuestada, el 59,8% son mujeres y el 40,2% restante son hombres.

Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Varón	43	40,2	40,2	40,2
	Mujer	64	59,8	59,8	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

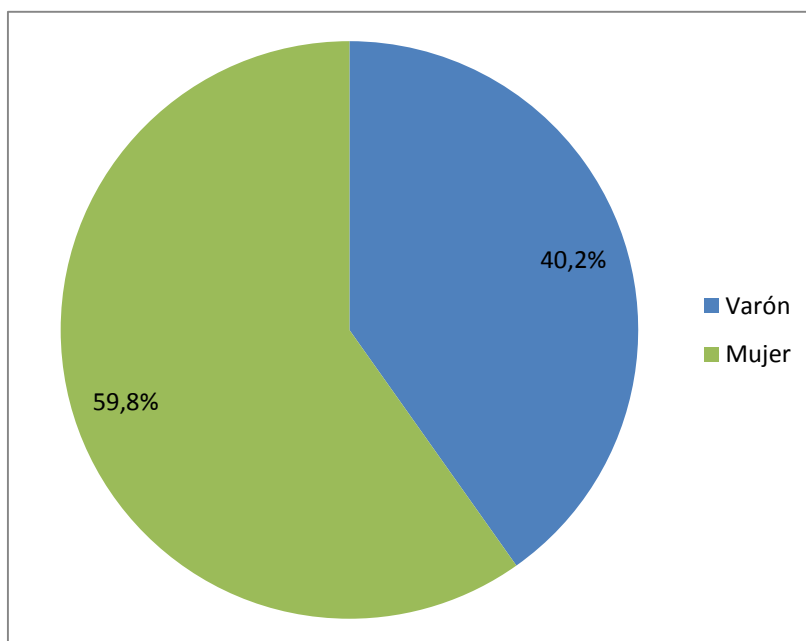


Figura 3: Porcentaje de participantes según el sexo.

En relación al sexo y la edad de las personas mayores que ejercen como cuidadoras, y con la finalidad de realizar un análisis descriptivo más preciso, se presenta a través de la tabla de contingencia la distribución de ambas variables.

En este sentido cabe destacar que, del total de mujeres mayores que ejercen los cuidados: el 20,3% tienen edades comprendidas entre los 65 - 69 años, otro 20,3% tiene entre 70 - 74 años, seguido de un 28,1% entre 75 – 79 años, intervalo donde se concentra el mayor número de mujeres, junto con el intervalo de 80 – 84 años con un 25%. A partir de los 85 años se reduce el porcentaje de mujeres a un 6,3%.

En base al total de hombres que ejercen tareas de cuidados, podemos señalar que: el 60% tienen edades comprendidas entre 75 y 84 años, siendo su presencia muy reducida en el intervalo de edad de 65 – 69 años con un 7%, elevándose más en el intervalo de 70 – 74 años con un 14% y en las edades de 85 – 89 con un 16,3%.

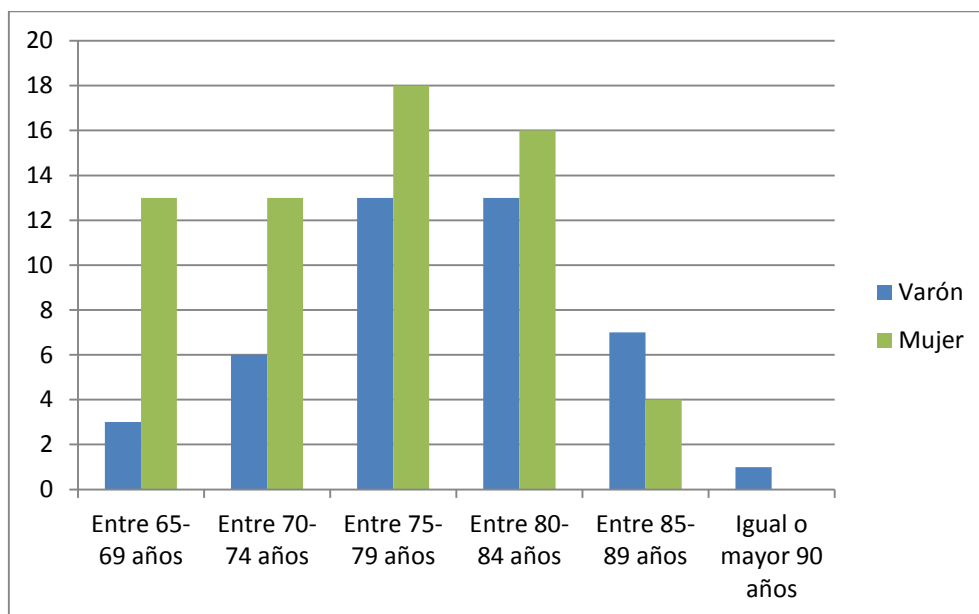


Figura 4: Cuidadores mayores en relación al sexo y la edad

Tabla de contingencia Edad de quien cuida en intervalo * Sexo

			Sexo		Total
			Varón	Mujer	
Edad de quien cuida en intervalo	Entre 65-69 años	Recuento	3	13	16
		Frecuencia esperada	6,4	9,6	16,0
		% dentro de Edad de quien cuida en intervalo	18,8%	81,3%	100,0%
		% dentro de Sexo	7,0%	20,3%	15,0%
	Entre 70-74 años	Recuento	6	13	19
		Frecuencia esperada	7,6	11,4	19,0
		% dentro de Edad de quien cuida en intervalo	31,6%	68,4%	100,0%
		% dentro de Sexo	14,0%	20,3%	17,8%
	Entre 75-79 años	Recuento	13	18	31
		Frecuencia esperada	12,5	18,5	31,0
		% dentro de Edad de quien cuida en intervalo	41,9%	58,1%	100,0%
		% dentro de Sexo	30,2%	28,1%	29,0%
	Entre 80-84 años	Recuento	13	16	29
		Frecuencia esperada	11,7	17,3	29,0
		% dentro de Edad de quien cuida en intervalo	44,8%	55,2%	100,0%
		% dentro de Sexo	30,2%	25,0%	27,1%
	Entre 85-89 años	Recuento	7	4	11
		Frecuencia esperada	4,4	6,6	11,0
		% dentro de Edad de quien cuida en intervalo	63,6%	36,4%	100,0%
		% dentro de Sexo	16,3%	6,3%	10,3%
Igual o mayor 90 años	Recuento	1	0	1	
	Frecuencia esperada	,4	,6	1,0	
	% dentro de Edad de quien cuida en intervalo	100,0%	0,0%	100,0%	
	% dentro de Sexo	2,3%	0,0%	0,9%	
Total	Recuento	43	64	107	
	Frecuencia esperada	43,0	64,0	107,0	
	% dentro de Edad de quien cuida en intervalo	40,2%	59,8%	100,0%	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

3.1.4. Nacionalidad

Todas las personas mayores cuidadoras encuestadas son de nacionalidad española (99,1%) salvo un hombre de nacionalidad alemana.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alemana	1	,9	,9	,9
	Española	106	99,1	99,1	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

		Sexo		Total
		Varón	Mujer	
Nacionalidad	Alemana	1	0	1
	Española	42	64	106
Total		43	64	107

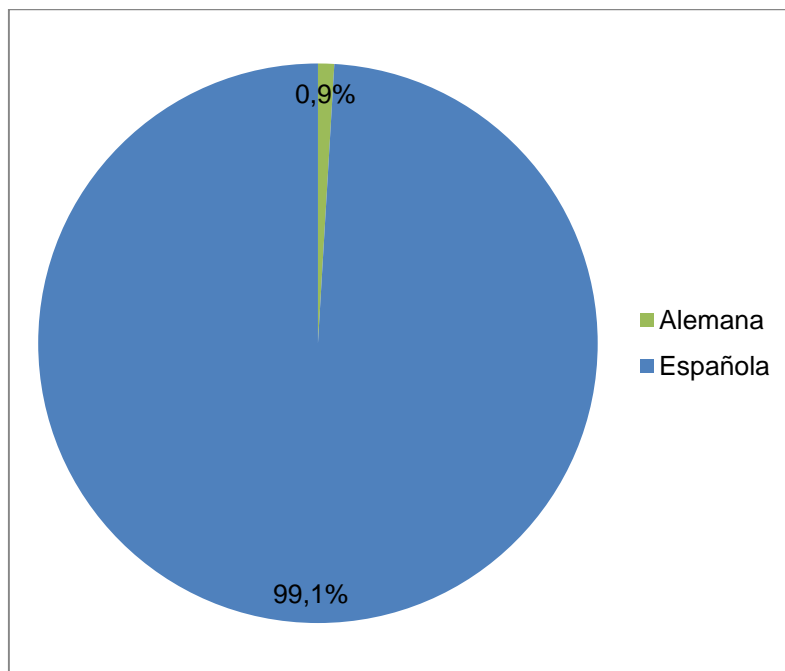


Figura 5: Nacionalidad de los cuidadores mayores de personas mayores

3.1.5. Estado civil

En cuanto al estado civil, el 87,9% de las personas encuestadas están casadas, seguidas de las personas solteras y viudas con un 9,3% y 2,8% respectivamente.

		Estado Civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero/a	10	9,3	9,3	9,3
	Casado/a	94	87,9	87,9	97,2
	Viudo/a	3	2,8	2,8	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

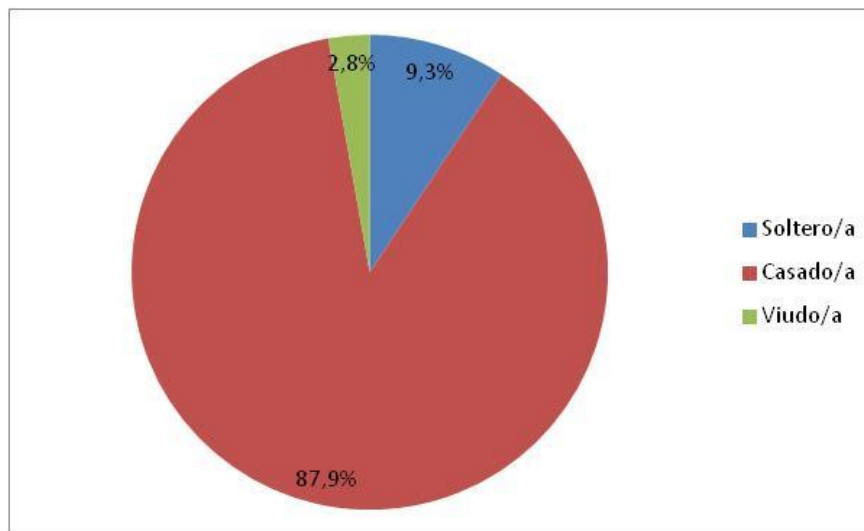


Figura 6: Estado civil de los cuidadores mayores

3.1.6. Nivel de estudios

En relación al nivel de estudios cabe destacar que el 26,2% de las personas que han participado en el cuestionario no saben leer o escribir y el 57,7% no tienen estudios aunque sí saben leer y escribir. En este sentido, resulta conveniente señalar que, el 84,1% de la población entrevistada no tiene estudios básicos. Por otro lado, un 15,9% de los adultos mayores encuestados tiene estudios primarios y otro 0,9% cuenta con estudios secundarios.

		Estudios realizados			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No sabe leer o escribir	28	26,2	26,2	26,2
	Sin estudio	62	57,9	57,9	84,1
	Estudios Primarios	16	15,0	15,0	99,1
	Estudios Secundarios	1	,9	,9	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

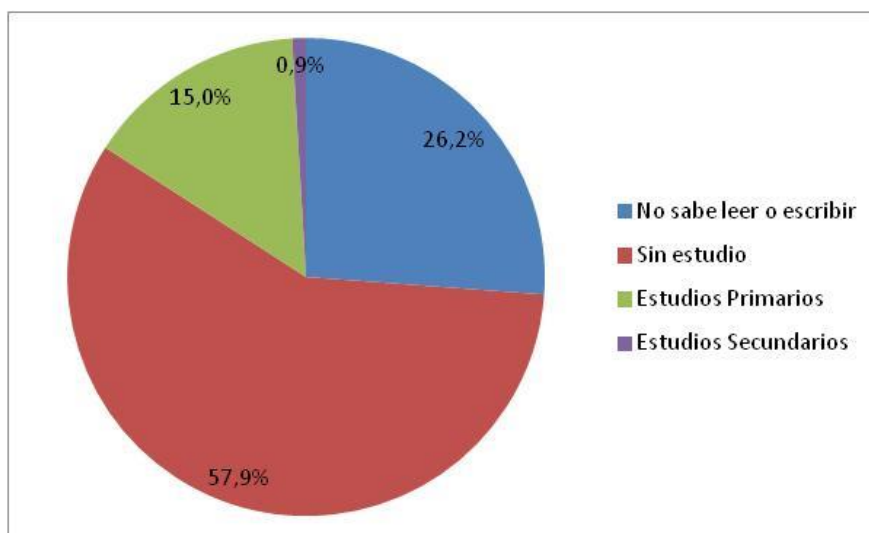


Figura 7: Nivel de estudios de los cuidadores mayores

3.1.7. Situación económica

En lo que respecta a la situación económica de los mayores cuidadores, el 44,9% de los casos son personas que reciben una pensión contributiva y el 15,9% percibe otro tipo de pensión, como son: las pensiones por viudedad, orfandad, minusvalías o tienen reconocida la ayuda de la ley de dependencia. En el polo opuesto nos encontramos con que un 39,3% no tiene ingresos propios.

		Situación económica			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Pensión contributiva	48	44,9	44,9	44,9
	Otro tipo de pensión	17	15,9	15,9	60,7
	No tiene ingresos	42	39,3	39,3	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

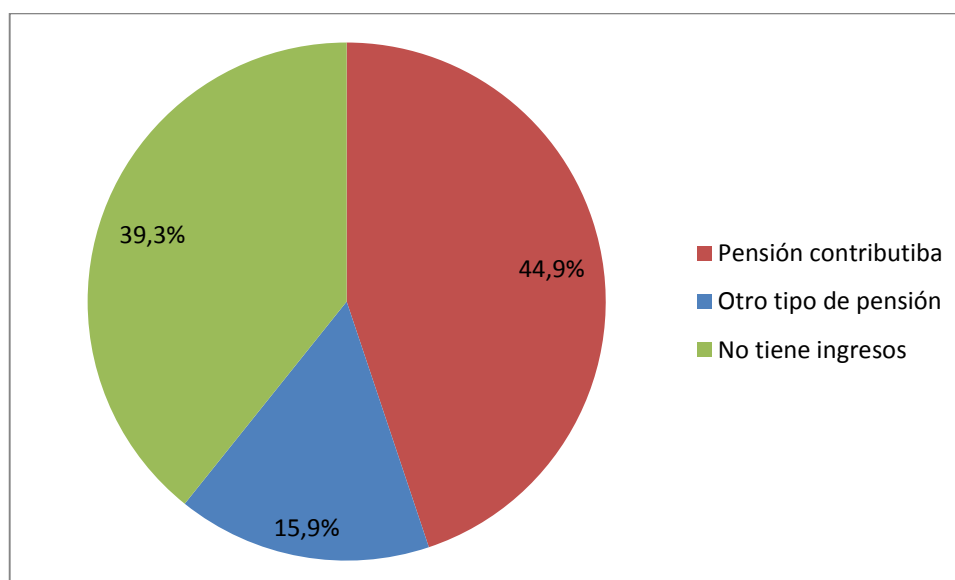


Figura 8: Situación económica de los cuidadores mayores

Entrando en un análisis más detallado, tal como muestra la siguiente tabla podemos observar ese 39,3% de personas que no tienen ingresos propios son mujeres. Porcentaje que contrasta al observar que el 87,5% de las personas que cobran una pensión contributiva son hombres frente al 12,5% de mujeres. Del grupo de personas que cobra otra pensión, el 94,1% son mujeres y el 5,9% restante son hombres.

Tabla de contingencia Situación económica * Sexo

			Sexo		Total
			Varón	Mujer	
Situación económica	Pensión contributiva	Recuento	42	6	48
		Frecuencia esperada	19,3	28,7	48,0
		% dentro de Situación económica	87,5%	12,5%	100,0%
		% dentro de Sexo	97,7%	9,4%	44,9%
	Otro tipo de pensión	Recuento	1	16	17
		Frecuencia esperada	6,8	10,2	17,0
		% dentro de Situación económica	5,9%	94,1%	100,0%
		% dentro de Sexo	2,3%	25,0%	15,9%
	No tiene ingresos	Recuento	0	42	42
		Frecuencia esperada	16,9	25,1	42,0
		% dentro de Situación económica	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Sexo	0,0%	65,6%	39,3%
Total	Recuento	43	64	107	
	Frecuencia esperada	43,0	64,0	107,0	
	% dentro de Situación económica	40,2%	59,8%	100,0%	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

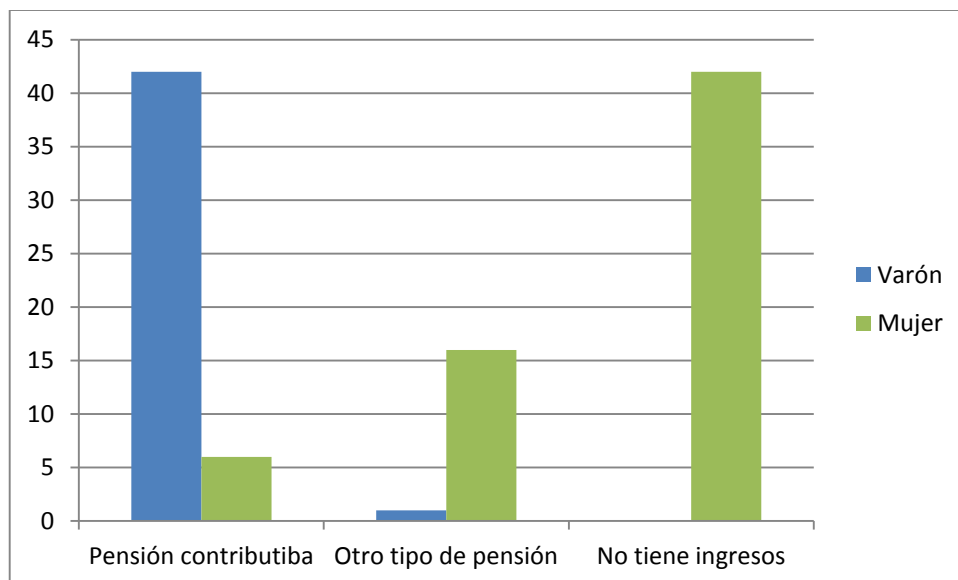


Figura 9: Relación del sexo de los cuidadores mayores con la situación económica

Con el fin de analizar la relación entre la situación económica del cuidador y el sexo, utilizamos la prueba de Chi Cuadrado de Pearson con un nivel de significación $p < .05$. Dado que en algunas casillas, la frecuencia es menor de 5, utilizamos la prueba de Monte Carlo ($p < .01$).

El coeficiente de Contingencia calculado, con un valor 0.657, nos indican que existe una asociación media entre las variables estudiadas.

En vista a los datos obtenidos podemos considerar que el tipo de pensión contributiva está asociada al sexo masculino, mientras que el sexo femenino está asociado a no tener ingresos propios.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)			Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%		Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	81,243 ^a	2	,000	,000 ^b	,000	,000			
Razón de verosimilitudes	100,409	2	,000	,000 ^b	,000	,000			
Estadístico exacto de Fisher	94,189			,000 ^b	,000	,000			
Asociación lineal por lineal	64,453 ^c	1	,000	,000 ^b	,000	,000	,000 ^b	,000	,000
N de casos válidos	107								

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,83.

b. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 2094133918.

c. El estadístico tipificado es 8,028.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo			
			Sig.	Intervalo de confianza al 99%		
				Límite inferior	Límite superior	
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,657	,000	,000 ^c	,000	,000
N de casos válidos	107					

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 2094133918.

3.1.8. Ocupación laboral

En cuanto a la ocupación que las personas mayores cuidadoras han desempeñado en su vida laboral, el 48,6% ha centrado su ocupación laboral dentro del hogar, o bien, han realizado trabajos esporádicos o tienen una trayectoria laboral inferior a los 5 años. El grupo de personas autónomas sin asalariados, representa el 29,0%, habiendo realizado, principalmente, trabajos relacionados con actividades agrícolas y ganaderas. El 17,8% son personas asalariadas que, generalmente, han pasado largos periodos de tiempo en países como Suiza y Alemania. Finalmente, el 4,7% viene representado por el conjunto de personas autónomas con asalariados que han tenido una pequeña empresa ligada al sector primario.

Ocupación profesional que realizaba

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Autonomos/as con asalariados	5	4,7	4,7	4,7
Autónomos/as sin asalariados	31	29,0	29,0	33,6
Ayuda familiar (trabajo hogar)	52	48,6	48,6	82,2
Asalariado	19	17,8	17,8	100,0
Total	107	100,0	100,0	

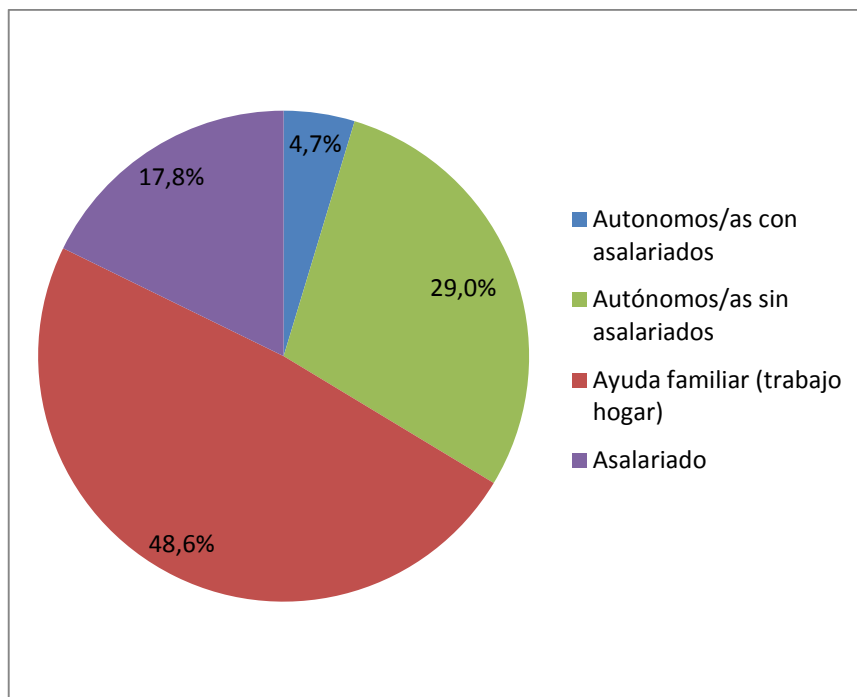


Figura 10: Ocupación laboral que realizaban los cuidadores mayores

Por otro lado, de los datos recogidos se obtiene que el 81,3% de las mujeres encuestadas han trabajado realizando tareas en el hogar, lo que puede explicar el elevado porcentaje de mujeres que no tienen ingresos propios; el 10,9% de las mujeres ha trabajado como asalariadas, y el 9,1% restante (respecto al total de mujeres) se distribuye en trabajos como autónomas sin asalariados (4,7%) y trabajos como autónomas con asalariados (3,1%).

Además, considerando al total de hombres, cabe mencionar que el 65,1% han realizado trabajos como autónomos sin asalariados, seguido de un 27,9% que han estado como asalariados y un 7% que ha trabajado como autónomo. También hay que añadir que no se ha registrado a ningún hombre que indique haberse dedicado principalmente a la ayuda familiar.

Tabla de contingencia Ocupación profesional que realizaba * Sexo

			Sexo		Total
			Varón	Mujer	
Ocupación profesional que realizaba	Autónomos/as con asalariados	Recuento	3	2	5
		Frecuencia esperada	2,0	3,0	5,0
		% dentro de Ocupación profesional que realizaba	60,0%	40,0%	100,0%
		% dentro de Sexo	7,0%	3,1%	4,7%
	Autónomos/as sin asalariados	Recuento	28	3	31
		Frecuencia esperada	12,5	18,5	31,0
		% dentro de Ocupación profesional que realizaba	90,3%	9,7%	100,0%
		% dentro de Sexo	65,1%	4,7%	29,0%
	Ayuda familiar (trabajo hogar)	Recuento	0	52	52
		Frecuencia esperada	20,9	31,1	52,0
		% dentro de Ocupación profesional que realizaba	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Sexo	0,0%	81,3%	48,6%
	Asalariado	Recuento	12	7	19
Frecuencia esperada		7,6	11,4	19,0	
% dentro de Ocupación profesional que realizaba		63,2%	36,8%	100,0%	
% dentro de Sexo		27,9%	10,9%	17,8%	
Total	Recuento	43	64	107	
	Frecuencia esperada	43,0	64,0	107,0	
	% dentro de Ocupación profesional que realizaba	40,2%	59,8%	100,0%	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

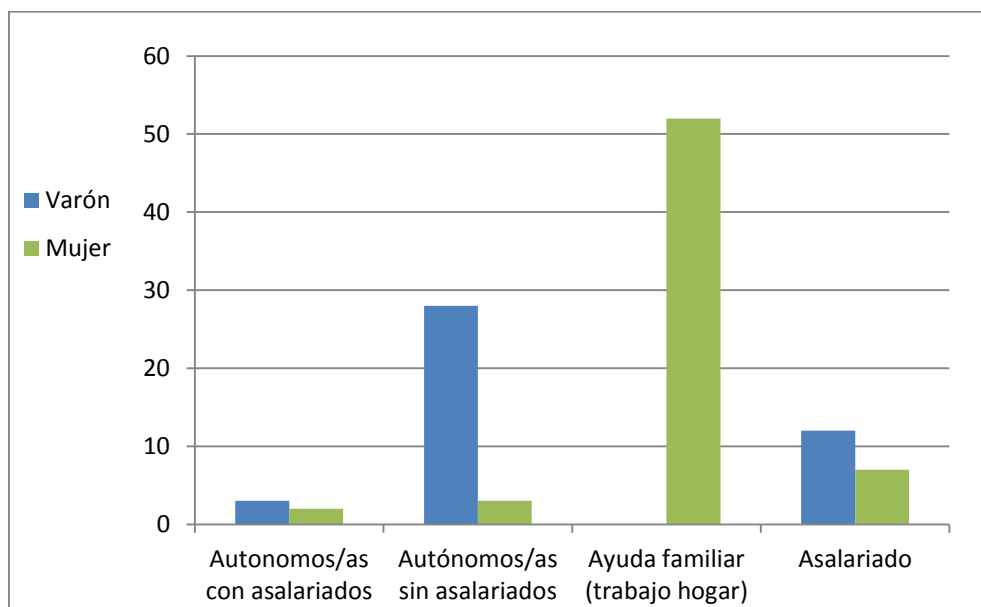


Figura 11: Relación del sexo de los cuidadores mayores con la ocupación laboral anterior

Por ello, y para analizar la relación entre la ocupación y el sexo, utilizamos la prueba de Chi Cuadrado de Pearson con un nivel de significación de $p < .05$. Además, puesto que hay casillas con frecuencias menores de 5, se acompaña de la prueba de Monte Carlo.

El coeficiente de contingencia calculado presenta un valor de .637, indica que existe una asociación media entre las variables estudias. En este sentido cabe precisar que la ocupación laboral de los hombres está asociada a trabajos autónomos sin asalariados y en el caso de las mujeres la ocupación laboral se relaciona con la ayuda familiar.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)			Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%		Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	72,342 ^a	3	,000	,000 ^b	,000	,000			
Razón de verosimilitudes	92,735	3	,000	,000 ^b	,000	,000			
Estadístico exacto de Fisher	87,510			,000 ^b	,000	,000			
Asociación lineal por lineal	10,899 ^c	1	,001	,001 ^b	,000	,001	,001 ^b	,000	,001
N de casos válidos	107								

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,01.

b. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 2094133918.

c. El estadístico tipificado es 3,301.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,635	,000	,000 ^c	,000	,000
N de casos válidos	107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 2094133918.

3.2. Composición de la unidad familiar

3.2.1. Parentesco con la persona que cuida

En lo que al parentesco respecta, el 48,6% de las mujeres encuestadas cuidan a sus respectivos maridos y el 35,5% de los casos son hombres los que cuidan a sus esposas. En este sentido podemos observar que el 84,1% de los cuidados se realizan en las relaciones de pareja. El resto de la muestra (15,9%) se distribuye entre cuidados a alguna hermana (6,8%), madre (5,8%), hermano (2,9%) o hijo (1%).

Parentesco con la persona cuidada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Hijo	1	,9	,9	,9
Hermana	7	6,5	6,5	7,5
Hermano	3	2,8	2,8	10,3
Mujer	38	35,5	35,5	45,8
Marido	52	48,6	48,6	94,4
Madre	6	5,6	5,6	100,0
Total	107	100,0	100,0	

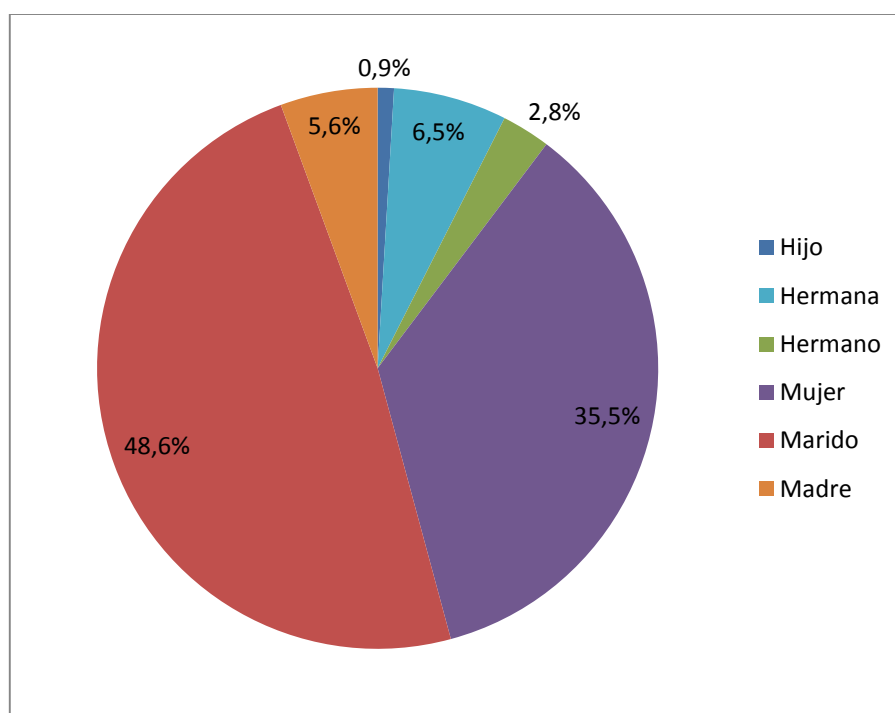


Figura 12: Parentesco del cuidador con la persona que cuida

3.2.2. Convivencia con la persona que cuida

En lo referente a la convivencia entre la persona cuidadora y la persona cuidada, el 99,1% de las personas encuestadas conviven con las personas que cuidan, frente a un caso en el que no, y que representa el 0,9%.

Convivencia con la persona dependiente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	106	99,1	99,1	99,1
	No	1	,9	,9	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

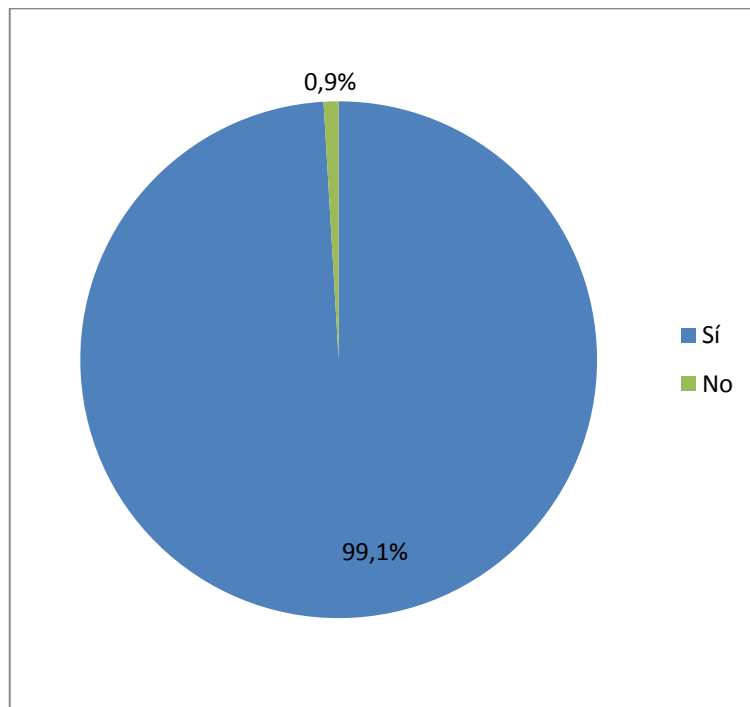


Figura 13: Convivencia de los cuidadores mayores con la persona que cuidan

3.2.3. Convivencia con más personas en el hogar

En cuanto a la convivencia con más personas en el mismo hogar, el 82,2% de los casos conviven parejas solas mayores de 65 años frente a un 17,8% que convive con más personas.

Convivencia con más personas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Sí	19	17,8	17,8	17,8
No	88	82,2	82,2	100,0
Total	107	100,0	100,0	

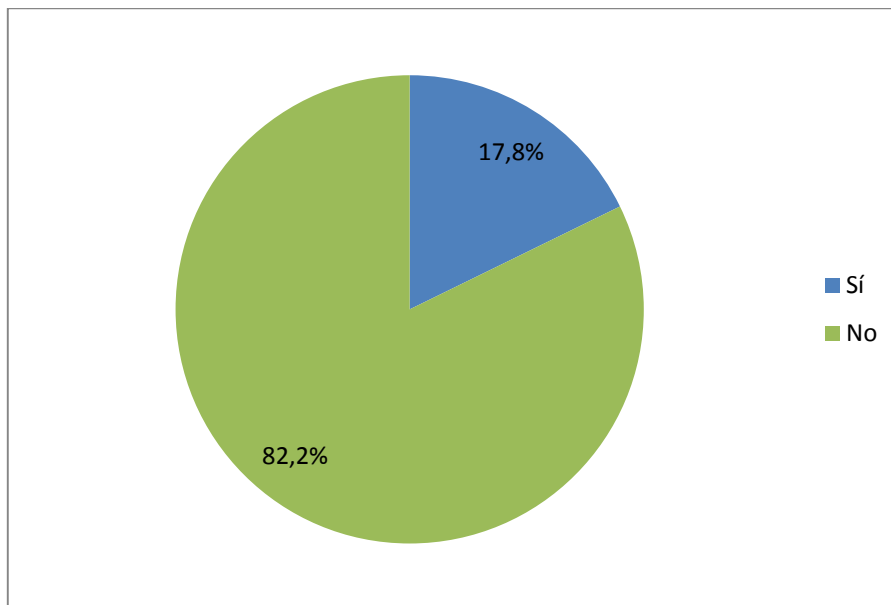


Figura 14: Convivencia de los cuidadores mayores con más personas

3.2.4. Número de personas que conviven en el mismo hogar

Del conjunto de personas que conviven con más personas en el hogar, en el 15% de los casos son matrimonios que conviven con una persona más, y el resto de unidades familiares, de 2 a 5 miembros, supone un reducido 0,9%.

Número de personas conviven en el hogar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	16	15,0	84,2	84,2
	2	1	,9	5,3	89,5
	3	1	,9	5,3	94,7
	5	1	,9	5,3	100,0
	Total	19	17,8	100,0	
Perdidos	Sistema	88	82,2		
Total		107	100,0		

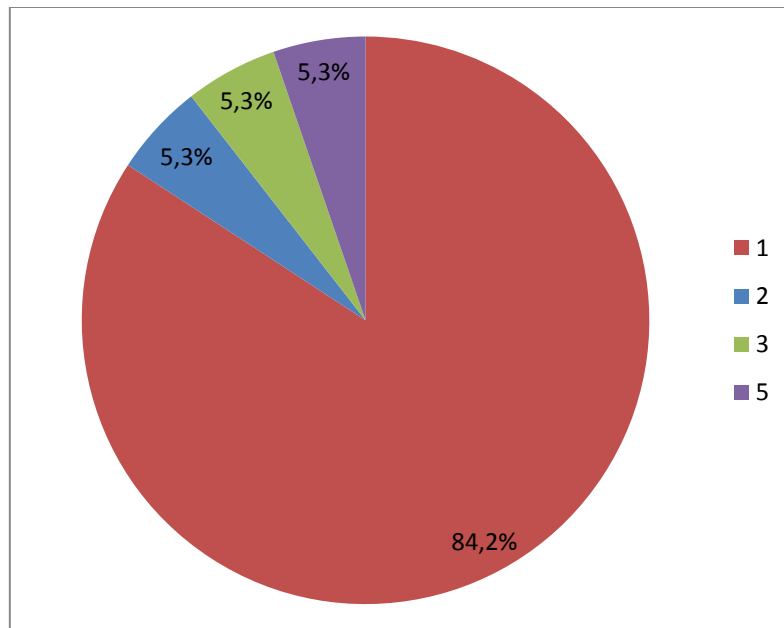


Figura 15: Número de personas que conviven en el mismo hogar

3.2.5. Parentesco de los miembros que conviven en el hogar

Dentro del grupo de casos en el que conviven más de dos personas en el hogar, podemos señalar que la presencia del hijo/a es el caso más representativo (14,0%), seguido del marido o la mujer (3,7%), debido a que los cuidados principales se realizan a madres o hermanas. El registro de hermanas en la unidad familiar representa un 0,9% y el de nietos representa un 0,9%. Este último caso se debe generalmente a unidades familiares extensas donde convive el matrimonio mayor de 65 años con alguno de sus hijos y nietos.

Tiene a cargo también a su hijo/a

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	15	14,0	78,9	78,9
	No	4	3,7	21,1	100,0
	Total	19	17,8	100,0	
Perdidos	Sistema	88	82,2		
Total		107	100,0		

Tiene a cargo también a su marido/mujer

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	4	3,7	21,1	21,1
	No	15	14,0	78,9	100,0
	Total	19	17,8	100,0	
Perdidos	Sistema	88	82,2		
Total		107	100,0		

Tiene a cargo también a su madre/padre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	19	17,8	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	88	82,2		
Total		107	100,0		

Tiene a cargo también a su hermana

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	1	,9	5,3	5,3
	No	18	16,8	94,7	100,0
	Total	19	17,8	100,0	
Perdidos	Sistema	88	82,2		
Total		107	100,0		

Tiene a cargo también a su nieto/a

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	1	,9	5,3	5,3
	No	18	16,8	94,7	100,0
	Total	19	17,8	100,0	
Perdidos	Sistema	88	82,2		
Total		107	100,0		

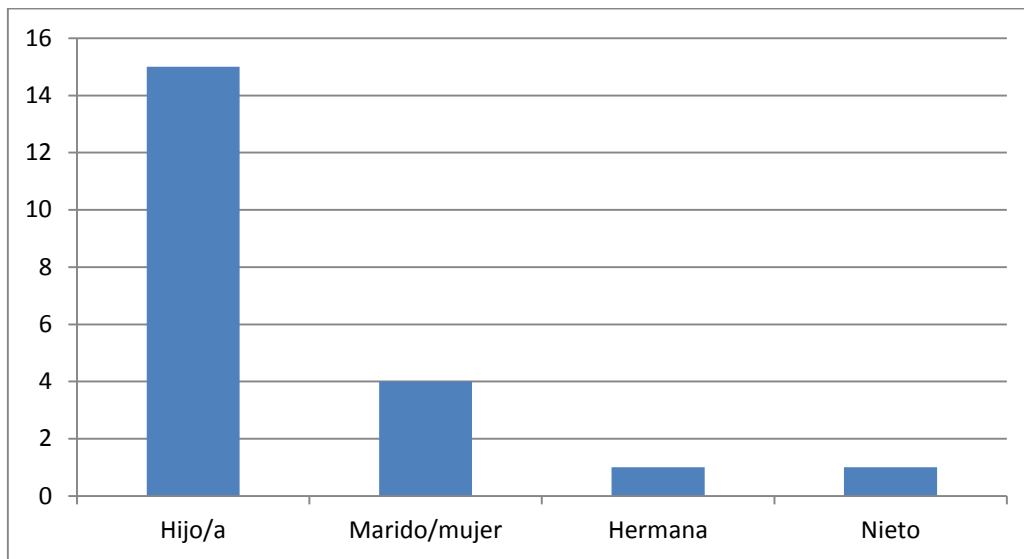


Figura 16: Parentesco de los miembros de la familia que conviven en el mismo hogar

3.3. Perfil de la persona dependiente

3.3.1. Edad de la persona dependiente

Respecto a la edad de la persona que recibe los cuidados, la franja de edad donde mayor concentración de personas dependientes se da es entre los 80 – 84 años con un 29,9%, seguido del intervalo de 75 – 79 años con un 24,3%. En este sentido el 54,2% de las personas dependientes tiene entre 75 y 84 años. Por otra parte, el 16,8% viene representado por el intervalo de edad entre los 85 y 89 años y el 14% por personas entre los 70 – 74 años. La menor representación se encuentra en las edades de 65 y 69 años (8,4%) y las de mayor edad (igual o mayor a 90 años) con un 6,5%.

Edad dependiente en intervalo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Entre 65-69 años	9	8,4	8,4	8,4
Entre 70-74 años	15	14,0	14,0	22,4
Entre 75-79 años	26	24,3	24,3	46,7
Entre 80-84 años	32	29,9	29,9	76,6
Entre 85-89 años	18	16,8	16,8	93,5
Igual o mayor 90 años	7	6,5	6,5	100,0
Total	107	100,0	100,0	

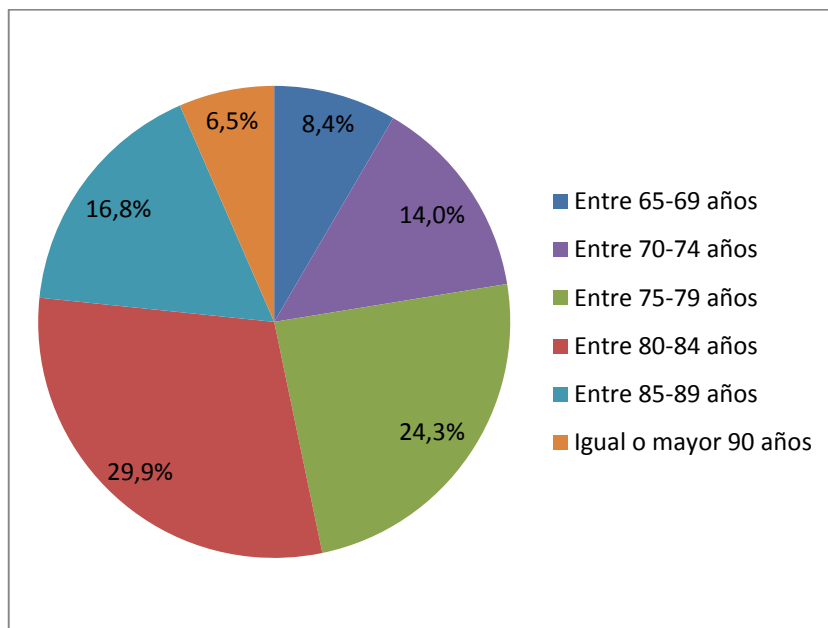


Figura 17: Edad en intervalos de la persona dependiente

3.3.2. Sexo de la persona dependiente

Tal y como se puede observar en el gráfico y la tabla correspondiente, hay un ligero predominio de hombres, con una presencia del 57% de los casos, respecto a la población femenina, presente en el 43%.

Sexo de la persona cuidada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Varón	61	57,0	57,0	57,0
Mujer	46	43,0	43,0	100,0
Total	107	100,0	100,0	

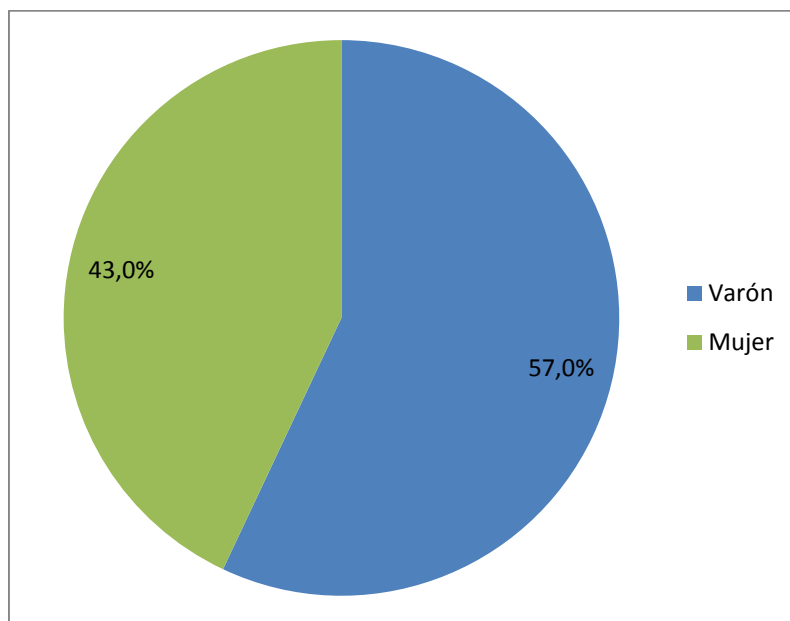


Figura 18: Sexo de la persona dependiente

3.3.3. Nivel de dependencia

En lo referente al nivel de dependencia, el 47,7% de las personas cuidadas tienen un nivel de dependencia alto, clasificado como gran dependencia y que requieren, por tanto, el apoyo indispensable y continuo de otra persona. El 28% son personas que tienen una dependencia moderada y sólo necesitan ayuda, al menos una vez al día, para realizar varias de las actividades de la vida diaria; el 24,3% restante presenta un nivel de dependencia severa siendo personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria pero no requieren el apoyo permanente de otra persona.

Grado de dependencia de la persona cuidada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Dependencia moderada	30	28,0	28,0	28,0
Dependencia severa	26	24,3	24,3	52,3
Gran dependencia	51	47,7	47,7	100,0
Total	107	100,0	100,0	

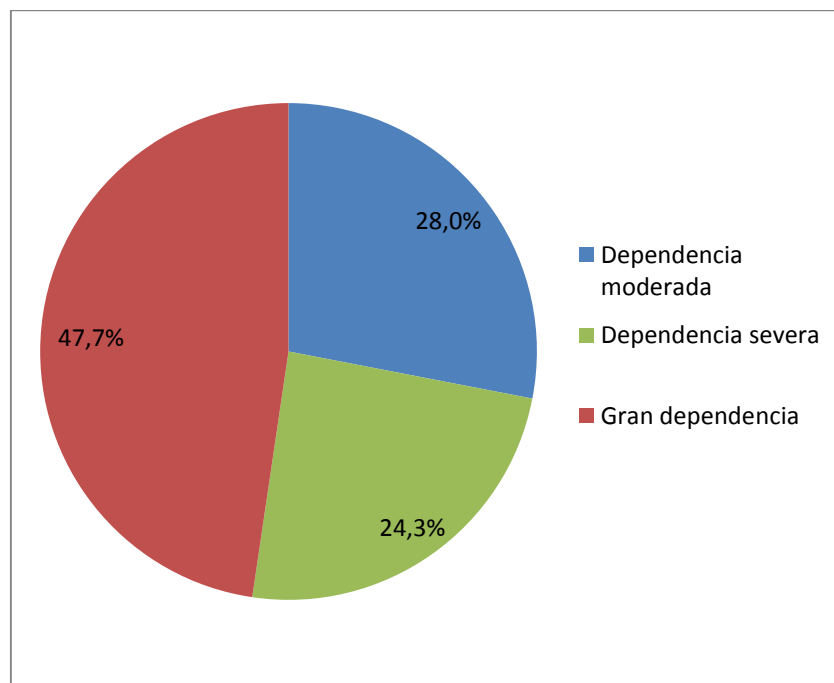


Figura 19: Nivel de dependencia de la persona cuidada

Mediante un análisis con tabla de contingencia, en el que se ha considerado el nivel de dependencia y la edad, se puede observar cuáles son las franjas de edad donde se distribuyen los distintos niveles de dependencia; en este sentido, entre los 65 – 69 años el 55,6% de los casos representan una dependencia moderada, seguido de 33,3% que tiene una gran dependencia y un 11,1% con dependencia severa; entre los 70 – 74 años el mayor porcentaje se localiza en la gran dependencia (66,7%), seguido de la dependencia severa (26,7%) y la dependencia moderada, que apenas representa en este intervalo un 6,7%; en el intervalo de edad 75 – 79 años, tanto los casos de dependencia moderada como la gran dependencia registran en ambos casos un 34,6%, mientras que la dependencia severa concentra el 30,8%; en el intervalo de los 80 – 84 años, casi la mitad (46,9%) presenta una gran dependencia, el 34,4% tiene una dependencia moderada y en el 18,8% de los casos restantes se encuentran con un nivel de dependencia severo; para el grupo de dependiente con edades comprendidas entre los 85 – 89 años, la mayor concentración también se da en la gran dependencia (50%), seguido de la dependencia severa (33,3%) y la dependencia moderada (16,7%); y finalmente para el grupo de ≥ 90 años, se mantiene la tendencia de los intervalos anteriores donde es la gran dependencia con un 71,4% la que mayor representación tiene, seguido de la dependencia moderada y severa, registrando en ambos casos un 14,3%.

Tabla de contingencia Edad dependiente en intervalo ^ Grado de dependencia de la persona cuidada

			Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
			Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
Edad dependiente en intervalo	Entre 65-69 años	Recuento	5	1	3	9
		% dentro de Edad dependiente en intervalo	55,6%	11,1%	33,3%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	16,7%	3,8%	5,9%	8,4%
	Entre 70-74 años	Recuento	1	4	10	15
		% dentro de Edad dependiente en intervalo	6,7%	26,7%	66,7%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	3,3%	15,4%	19,6%	14,0%
	Entre 75-79 años	Recuento	9	8	9	26
		% dentro de Edad dependiente en intervalo	34,6%	30,8%	34,6%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	30,0%	30,8%	17,6%	24,3%
	Entre 80-84 años	Recuento	11	6	15	32
		% dentro de Edad dependiente en intervalo	34,4%	18,8%	46,9%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	36,7%	23,1%	29,4%	29,9%
	Entre 85-89 años	Recuento	3	6	9	18
		% dentro de Edad dependiente en intervalo	16,7%	33,3%	50,0%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	10,0%	23,1%	17,6%	16,8%
	Igual o mayor 90 años	Recuento	1	1	5	7
		% dentro de Edad dependiente en intervalo	14,3%	14,3%	71,4%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	3,3%	3,8%	9,8%	6,5%
	Total	Recuento	30	26	51	107
		% dentro de Edad dependiente en intervalo	28,0%	24,3%	47,7%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

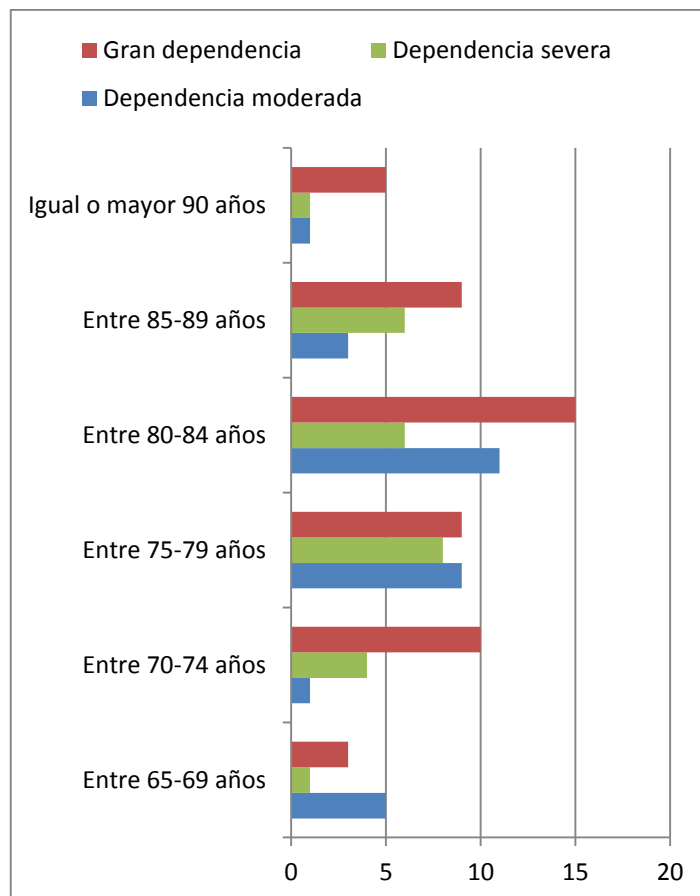


Figura 20: Relación entre el nivel de dependencia y la edad de la persona cuidada

Cabe plantearse, por tanto, si hay relación entre la edad y el nivel de dependencia; para ello se utiliza el coeficiente de correlación de Spearman. Tal como se puede observar en la tabla que se presenta a continuación, el valor del coeficiente es .085, con un nivel de significación mayor de .05. Por tanto, bajo los datos analizados, podemos señalar que no hay relación entre la edad y el nivel de dependencia de las personas cuidadas.

Correlaciones

			Grado de dependencia de la persona cuidada	Edad dependiente en intervalo
Rho de Spearman	Grado de dependencia de la persona cuidada	Coeficiente de correlación	1,000	,085
		Sig. (bilateral)	.	,381
		N	107	107
	Edad dependiente en intervalo	Coeficiente de correlación	,085	1,000
		Sig. (bilateral)	,381	.
		N	107	107

3.3.4. Dolencias/enfermedades de la persona dependiente

A continuación, se recogen las dolencias que presentan las personas dependientes; en esta línea cabe indicar que las enfermedades de mayor representación son enfermedades del sistema circulatorio (65,4%). Seguidamente se encuentran las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo (37,4%), enfermedades del sistema nervioso (34,6%), enfermedades endocrinas, nutricional y metabólicas (32,7%). Con porcentajes inferiores están representadas las enfermedades del sistema respiratorio (19,6%), enfermedades del aparato digestivo, enfermedades del ojo y anexos (ambos con un 17,8%) y en menor medida traumatismos (15%) y trastornos mentales y de comportamiento (11,2%). Con porcentajes mínimos se han referenciado enfermedades del oído y del aparato genitourinario (6,5% de representación en ambos casos), tumores (5,6%), enfermedades de la sangre (4,7%), enfermedades de la piel (1,9%) y afecciones en el periodo perinatal (2,8%).

En cuanto al resto de enfermedades cabe señalarse que no se ha registrado presencia de enfermedades infecciosas por embarazo, parto y puerperio, malformaciones congénitas, ni por lesiones de accidente y factores de riesgo social.

Tiene enfermedades infecciosa (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	107	100,0	100,0	100,0

Tiene algún tumor (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	6	5,6	5,6	5,6
	No	101	94,4	94,4	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad de la sangre o trastornos que afectan el menanismo de la inmunidad (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	5	4,7	4,7	4,7
	No	102	95,3	95,3	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad endocrina, nutricional y metabólica (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	35	32,7	32,7	32,7
	No	72	67,3	67,3	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene trastornos mentales y de comportamiento (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	12	11,2	11,2	11,2
	No	95	88,8	88,8	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad del sistema nervioso (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	37	34,6	34,6	34,6
	No	70	65,4	65,4	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad del ojo y sus anexos (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	19	17,8	17,8	17,8
	No	88	82,2	82,2	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad del oído y de la apófisis mastoides (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	7	6,5	6,5	6,5
	No	100	93,5	93,5	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad del sistema circulatorio (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	70	65,4	65,4	65,4
	No	37	34,6	34,6	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad del sistema respiratorio (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	21	19,6	19,6	19,6
	No	86	80,4	80,4	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad del aparato digestivo (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	19	17,8	17,8	17,8
	No	88	82,2	82,2	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	2	1,9	1,9	1,9
	No	105	98,1	98,1	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	40	37,4	37,4	37,4
	No	67	62,6	62,6	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad del aparato genitourinario (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	7	6,5	6,5	6,5
	No	100	93,5	93,5	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Embarazo, parto y puerperio (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	107	100,0	100,0	100,0

Ciertas afecciones originarias en el periodo perinatal (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	3	2,8	2,8	2,8
	No	104	97,2	97,2	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalias cromosómicas (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	107	100,0	100,0	100,0

Traumatismos (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	16	15,0	15,0	15,0
	No	91	85,0	85,0	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Accidentes (Causas extremas de morbilidad y mortalidad) (persona cuidada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	107	100,0	100,0	100,0

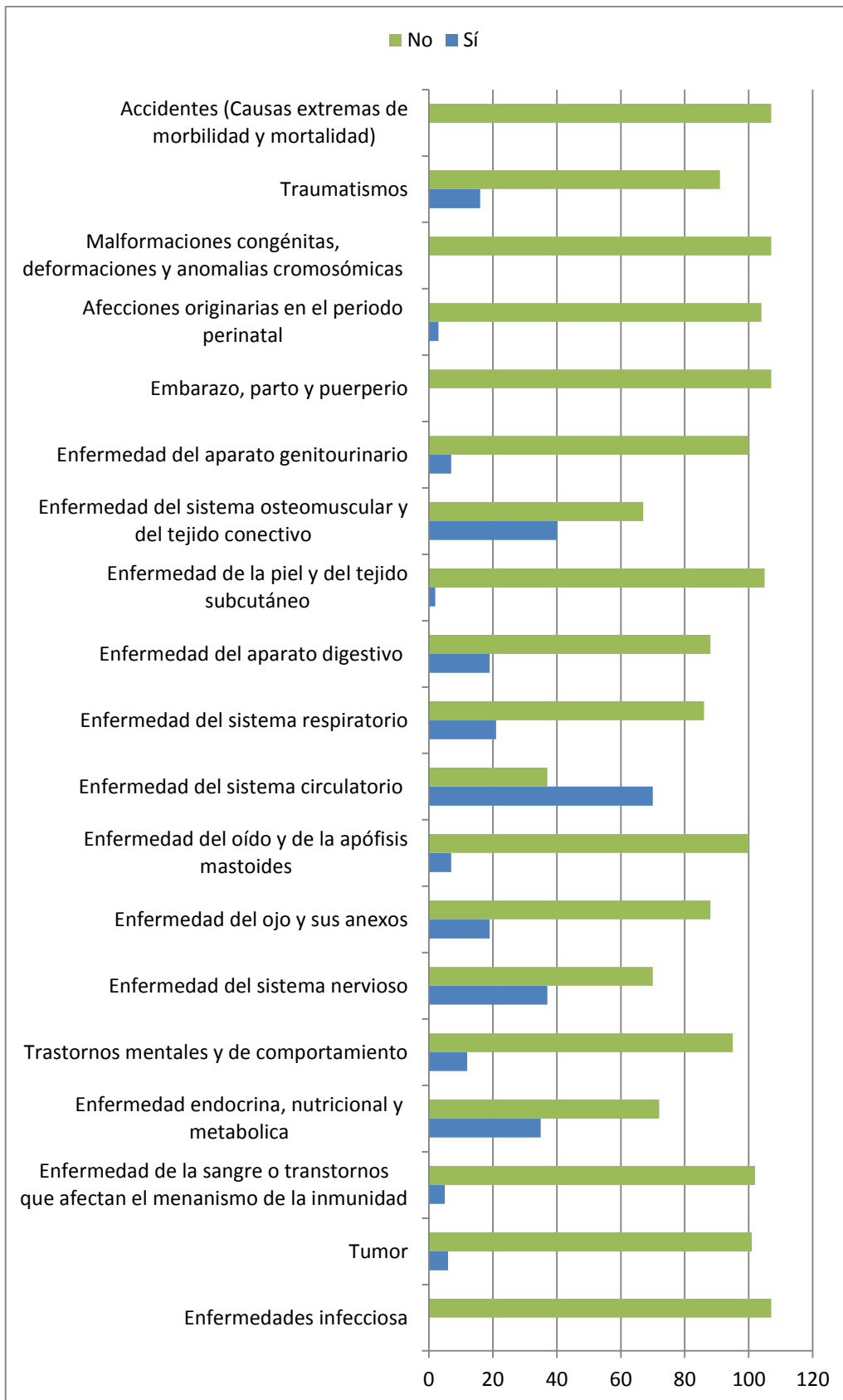


Figura 21: Dolencias / Enfermedades de la persona dependiente

3.4. Rol de la persona cuidadora.

3.4.1. Experiencia previa en los cuidados

En lo que respecta a la persona cuidadora y su experiencia en los cuidados, el 55,1% de los datos registrados son personas que no tienen experiencia previa en los cuidados. Sin embargo el 44,9% restante está formado por personas que tienen experiencia previa en los cuidados. Para mayor concreción, al observar la tabla de contingencia entre la experiencia previa en los cuidados y el sexo de la persona cuidadora, se puede matizar que las mujeres son quienes han tenido mayor experiencia como cuidadoras, concretamente del grupo de personas que tienen experiencia, las mujeres representan el 93,8% de los casos, frente un 93% de hombres que indican no tener experiencia previa en los cuidados.

Experiencia previa en cuidados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	48	44,9	44,9	44,9
No	59	55,1	55,1	100,0
Total	107	100,0	100,0	

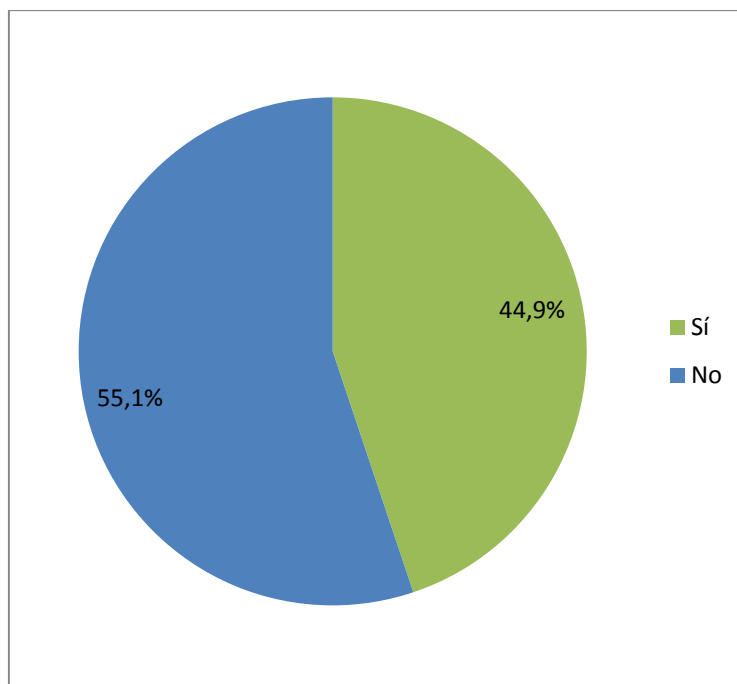


Figura 22: Experiencia previa en cuidados

Tabla de contingencia Experiencia previa en cuidados ^ Sexo

			Sexo		Total
			Varón	Mujer	
Experiencia previa en cuidados	Sí	Recuento	3	45	48
		% dentro de Experiencia previa en cuidados	6,3%	93,8%	100,0%
		% dentro de Sexo	7,0%	70,3%	44,9%
	No	Recuento	40	19	59
		% dentro de Experiencia previa en cuidados	67,8%	32,2%	100,0%
		% dentro de Sexo	93,0%	29,7%	55,1%
Total	Recuento	43	64	107	
	% dentro de Experiencia previa en cuidados	40,2%	59,8%	100,0%	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

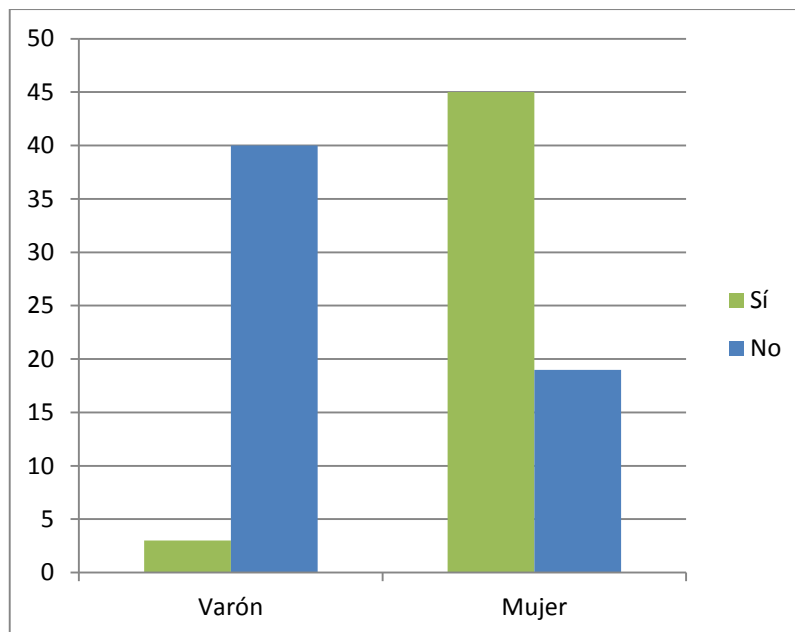


Figura 23: Relación entre la experiencia previa en cuidados y el sexo de los cuidadores mayores

Dado que el análisis de la tabla de contingencia entre la experiencia previa en cuidados y el sexo de la persona cuidadora presenta porcentajes muy dispares entre hombre y mujeres, se calcula el coeficiente de contingencia para variables nominales, ya que a través de este análisis se puede conocer si existe relación entre ambas variables.

Pruebas de chi-cuadrado^c

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	41,710 ^a	1	,000	,000	,000	
Corrección por continuidad ^b	39,188	1	,000			
Razón de verosimilitudes	47,591	1	,000	,000	,000	
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000	
Asociación lineal por lineal	41,320 ^d	1	,000	,000	,000	,000
N de casos válidos	107					

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,29.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

d. El estadístico tipificado es -6,428.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,530	,000	,000 ^c	,000	,000
N de casos válidos	107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 329836257.

Tal y como se puede observar en las tablas anteriores, estas pruebas indican que existe relación entre la experiencia en los cuidados y el sexo, dado que el nivel de significación es $p < .05$, también se obtiene que la relación entre ambas variables es significativa, es decir, la experiencia en los cuidados está ligado a la mujer y la no experiencia de los cuidados al hombre.

Además, cabe añadir que dicha asociación es media, puesto que coeficiente de contingencia obtenido refleja un valor de 0,530. Por tanto, la experiencia previa en los cuidados se asocia más a mujeres que a hombres.

3.4.2. Número de años dedicado a los cuidados

En cuanto al número de años dedicados a los cuidados, el mayor volumen de registros se encuentra en el intervalo de 2 a 4 años con un 32,7%, seguido de las personas que llevan más de 8 años cuidando, representados por 29,9% de los casos, y quienes llevan entre los 5 y 8 años (24,3%). En menor medida se encuentran las personas que llevan entre 1 y 2 años cuidando (9,3%) y quienes llevan menos de un año realizando los cuidados (3,7%).

Tiempo cuidando

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menos de 1 año	4	3,7	3,7	3,7
	1-2 años	10	9,3	9,3	13,1
	2-4 años	35	32,7	32,7	45,8
	5-8 años	26	24,3	24,3	70,1
	Más de 8 años	32	29,9	29,9	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

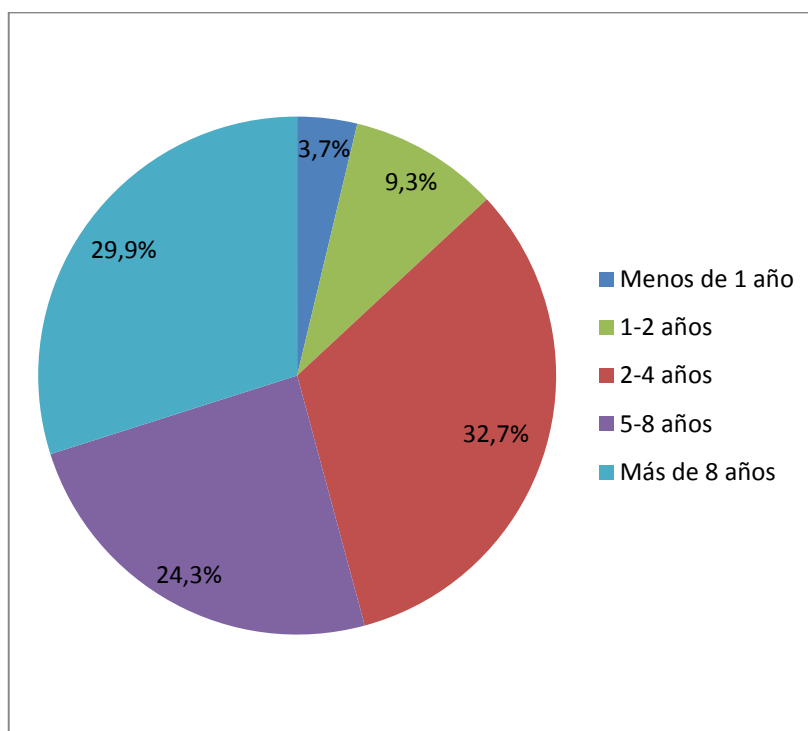


Figura 24: Número de años dedicados a los cuidados

Además, el número de años que las personas llevan cuidando va asociado al nivel de dependencia de quienes cuidan. Así, en la siguiente tabla se aprecia la distribución de los datos según ambas variables, y mediante el coeficiente de correlación de Spearman, se confirma que dicha asociación es significativamente estadística con $p < .05$ y con un valor de 0.341, que refleja una asociación baja.

Tabla de contingencia Tiempo cuidando * Grado de dependencia de la persona cuidada

			Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
			Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
Tiempo cuidando	Menos de 1 año	Recuento	4	0	0	4
		% dentro de Tiempo cuidando	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	13,3%	0,0%	0,0%	3,7%
	1-2 años	Recuento	7	1	2	10
		% dentro de Tiempo cuidando	70,0%	10,0%	20,0%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	23,3%	3,8%	3,9%	9,3%
	2-4 años	Recuento	9	11	15	35
		% dentro de Tiempo cuidando	25,7%	31,4%	42,9%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	30,0%	42,3%	29,4%	32,7%
	5-8 años	Recuento	5	7	14	26
		% dentro de Tiempo cuidando	19,2%	26,9%	53,8%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	16,7%	26,9%	27,5%	24,3%
	Más de 8 años	Recuento	5	7	20	32
		% dentro de Tiempo cuidando	15,6%	21,9%	62,5%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	16,7%	26,9%	39,2%	29,9%
Total		Recuento	30	26	51	107
		% dentro de Tiempo cuidando	28,0%	24,3%	47,7%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Correlaciones

			Tiempo cuidando	Grado de dependencia de la persona cuidada
Rho de Spearman	Tiempo cuidando	Coefficiente de correlación	1,000	,341**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	107	107
	Grado de dependencia de la persona cuidada	Coefficiente de correlación	,341**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	107	107

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

3.4.3. Horas dedicadas a los cuidados

En referencia a las horas dedicadas a los cuidados por parte de los adultos mayores, en el 70,1% de los casos se decidan las 24 horas a los cuidados, un 17,8% dedica entre 8 y 12 horas a los cuidados y el 12,2% restante se reparte entre 4 -8 horas (7,5%) y de 2 a 4 horas (4,7%).

Número de horas que dedica a los cuidados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 2-4 horas al día	5	4,7	4,7	4,7
4-8 horas al día	8	7,5	7,5	12,1
8-12 horas al día	19	17,8	17,8	29,9
24 horas al día	75	70,1	70,1	100,0
Total	107	100,0	100,0	

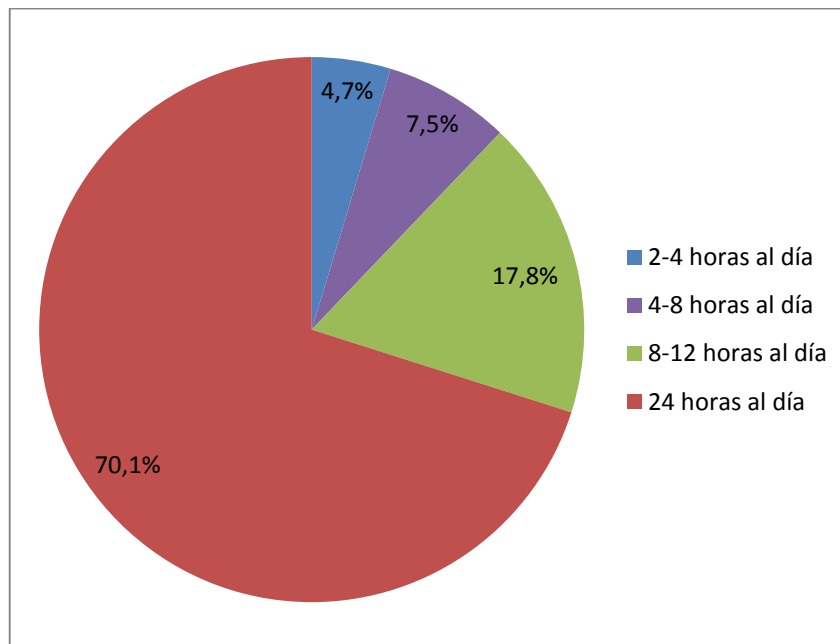


Figura 25: Número de horas diarias dedicadas a los cuidados

Como se puede observar en la siguiente tabla, el número de horas de cuidados está asociado al nivel de dependencia. Mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Spearman, se aprecia una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p < .05$), de valor medio 0,459. Por tanto, a mayor dependencia mayor horas de dedicación a los cuidados.

Correlaciones

			Grado de dependencia de la persona cuidada	Número de horas que dedica a los cuidados
Rho de Spearman	Grado de dependencia de la persona cuidada	Coeficiente de correlación	1,000	,459**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	107	107
	Número de horas que dedica a los cuidados	Coeficiente de correlación	,459**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	107	107

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

3.4.4. Tareas de cuidados

Las tareas de cuidados que más realizan los cuidadores mayores, superando el 80% de los casos son: ayuda a hacer la compra (89,7%), preparar la comida y hacer otras tareas domésticas (ambos casos con un 85%), lavar la ropa (84,1%), baño y aseo (82,2%) y acompañar a la persona dependiente para ir a la consulta médica (81,3%).

Las tareas que recogen un registro medio en torno al 50 - 79,9%, destacan las siguientes: ayuda para la toma de la medicación (76,6%), administrar el dinero (62,6%), vestirse/desvestirse (59,8%), utilizar el transporte público (52,3%), ayuda para acostarse/levantarse (51,4%), andar o desplazarse y subir/bajar escaleras (50,5% en ambos casos).

Las tareas que menor representación tienen y que, por tanto, son las que menos cuidadores realizan, con una presencia menor del 50%, son: utilizar el teléfono (46,7%), ayuda para relacionarse (37,4%), cambiar pañales (32,7%), comer/beber (22,4%) y ayudas en situaciones conflictivas (21,5%).

La persona que cuida necesita ayuda para baño y aseo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	88	82,2	82,2	82,2
	No	19	17,8	17,8	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayuda para vestirse/desvestirse

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	64	59,8	59,8	59,8
	No	43	40,2	40,2	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayuda para andar/desplazarse

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	54	50,5	50,5	50,5
	No	53	49,5	49,5	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayuda para bajar/subir escaleras

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	54	50,5	50,5	50,5
	No	53	49,5	49,5	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayuda para acostarse/levantarse

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	55	51,4	51,4	51,4
	No	52	48,6	48,6	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayuda para cambiar pañales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	35	32,7	32,7	32,7
	No	72	67,3	67,3	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayuda para comer/beber

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	24	22,4	22,4	22,4
	No	83	77,6	77,6	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayuda para coger tlf

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	50	46,7	46,7	46,7
	No	57	53,3	53,3	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayuda para hacer compras

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	96	89,7	89,7	89,7
	No	11	10,3	10,3	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayuda para preparar comida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	91	85,0	85,0	85,0
	No	16	15,0	15,0	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayudas para tareas del hogar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	91	85,0	85,0	85,0
	No	16	15,0	15,0	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayuda para lavar la ropa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	90	84,1	84,1	84,1
	No	17	15,9	15,9	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayuda para utilizar el transporte

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	56	52,3	52,3	52,3
	No	51	47,7	47,7	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayuda para tomar medicación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	82	76,6	76,6	76,6
	No	25	23,4	23,4	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayuda para administrar dinero

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	67	62,6	62,6	62,6
	No	40	37,4	37,4	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayuda para ir al médico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	87	81,3	81,3	81,3
	No	20	18,7	18,7	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayuda para relacionarse

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	40	37,4	37,4	37,4
	No	67	62,6	62,6	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

La persona que cuida necesita ayuda en situaciones conflictivas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	23	21,5	21,5	21,5
	No	84	78,5	78,5	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

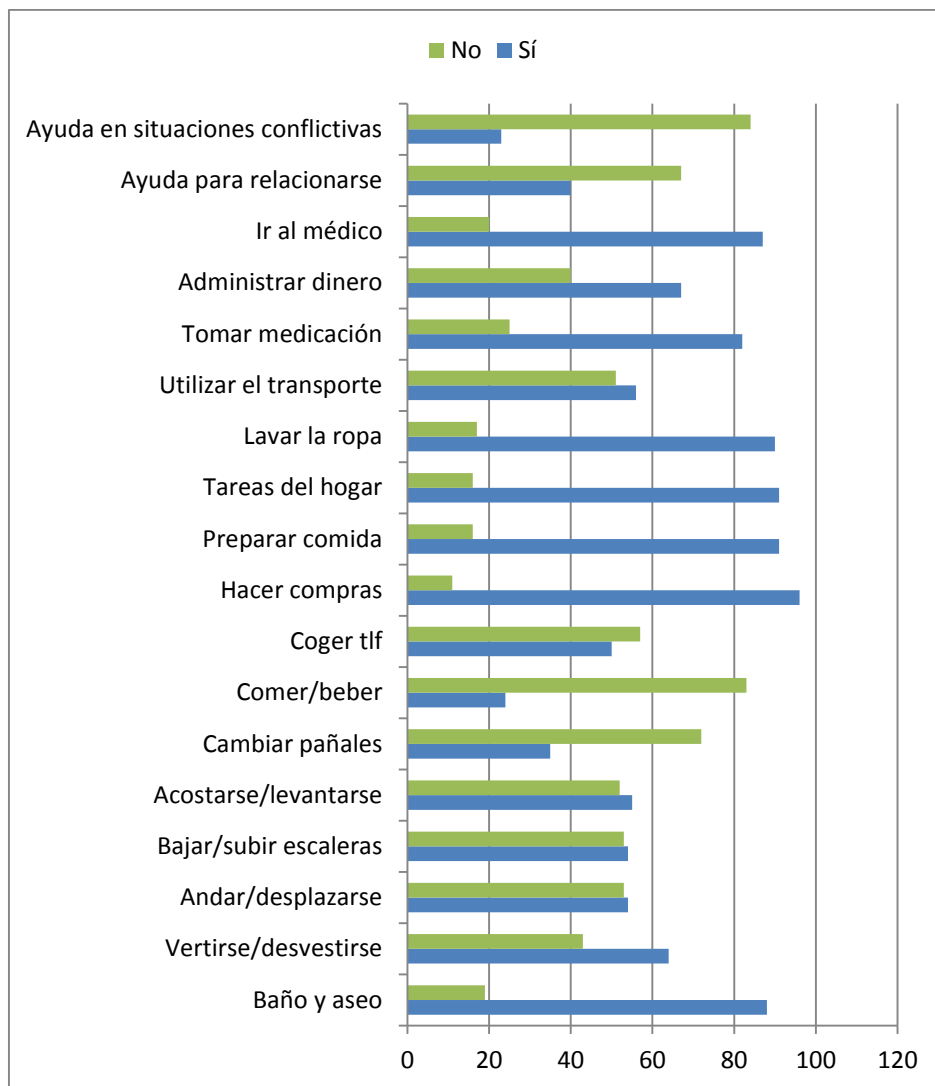


Figura 26: Tareas que realizan los cuidadores mayores

Principalmente, las tareas de cuidado están relacionadas con dos variables independientes, el sexo y el nivel de dependencia. Para evidenciar dicha afirmación se procede a realizar la prueba de Chi Cuadrado y calcular el nivel de asociación mediante el cálculo del Coeficiente de Contingencia.

En relación al sexo, se pueden observar que las tareas de cuidados se encuentran más asociadas al sexo femenino. Las relaciones estadísticamente significativas ($p < .05$) se dan en aquellas labores vinculadas al cuidado y mantenimiento del hogar, lavar la ropa, limpiar la casa, comprar y hacer la comida; no obstante, los valores que se recogen expresan una asociación baja.

Ayuda para hacer compras

Tabla de contingencia

Recuento		Sexo		Total
		Varón	Mujer	
La persona que cuida necesita ayuda para hacer compras	Sí	35	61	96
	No	8	3	11
Total		43	64	107

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,219	,020	,026 ^c	,022	,030
N de casos válidos		107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 1839594258.

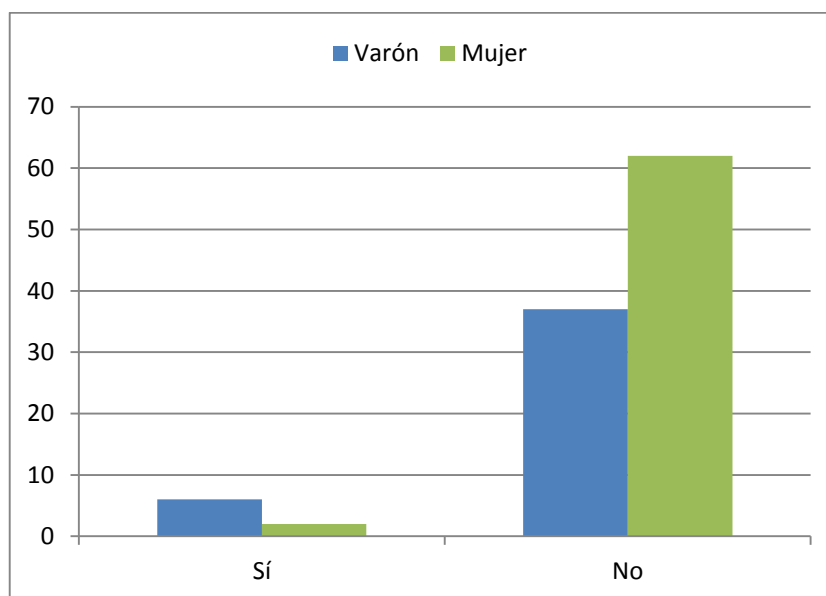


Figura 27: Relación entre la necesidad de ayuda para hacer la compra y el sexo

Ayuda para preparar comidas

Tabla de contingencia

Recuento		Sexo		Total
		Varón	Mujer	
La persona que cuida necesita ayuda para preparar comida	Sí	29	62	91
	No	14	2	16
Total		43	64	107

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,375	,000	,000 ^c	,000	,000
N de casos válidos		107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 1839594258.

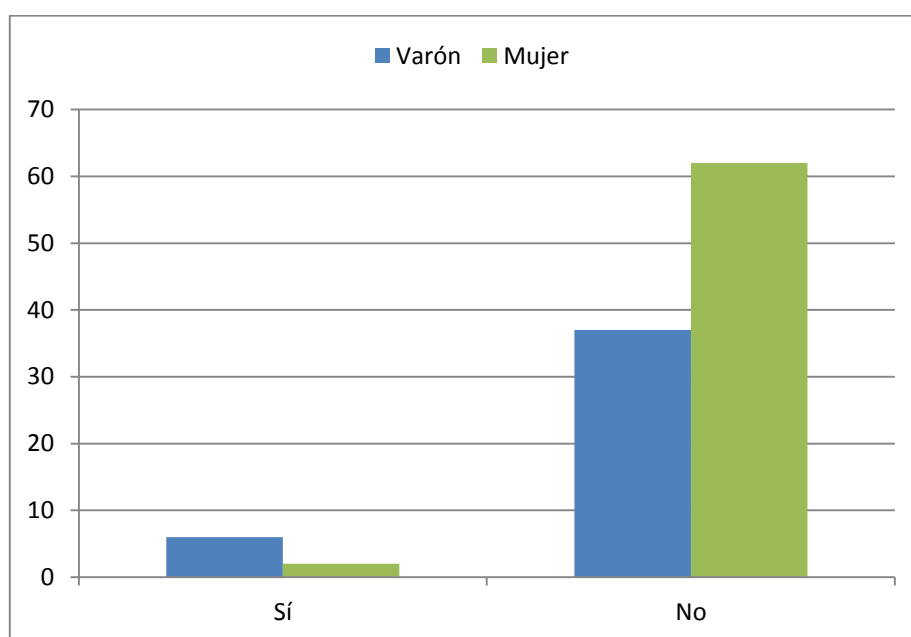


Figura 28: Relación entre la necesidad de ayuda para preparar la comida y el sexo

Ayuda para las tareas del hogar

Tabla de contingencia

Recuento		Sexo		Total
		Varón	Mujer	
La persona que cuida necesita ayudas para tareas del hogar	Sí	33	58	91
	No	10	6	16
Total		43	64	107

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,187	,048	,056 ^c	,050	,062
N de casos válidos		107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 1839594258.

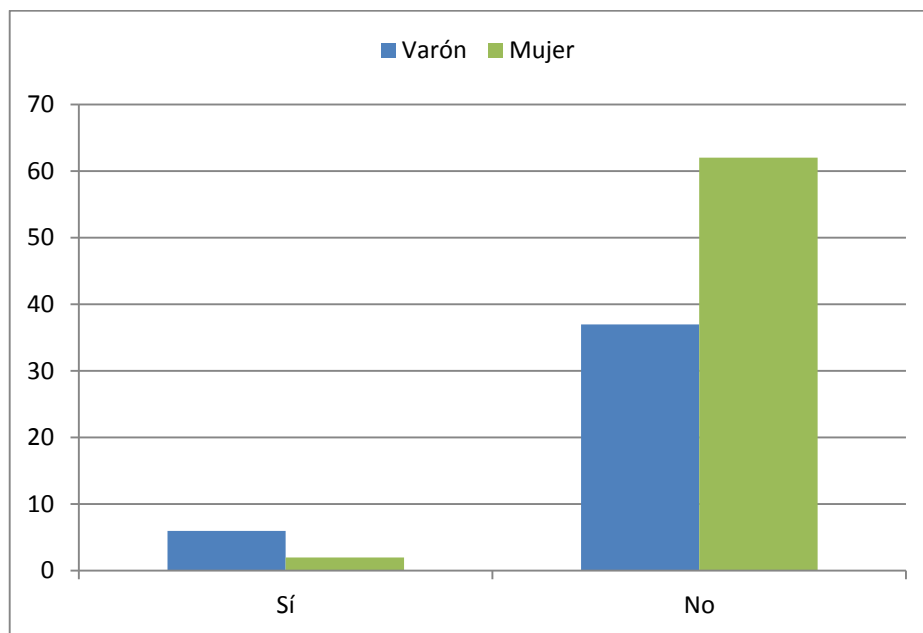


Figura 29: Relación entre la necesidad de ayuda para hacer las tareas del hogar y el sexo

Ayuda para lavar la ropa

Tabla de contingencia

Recuento		Sexo		Total
		Varón	Mujer	
La persona que cuida necesita ayuda para lavar la ropa	Sí	31	59	90
	No	12	5	17
Total		43	64	107

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,260	,005	,007 ^c	,005	,009
N de casos válidos		107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 1839594258.

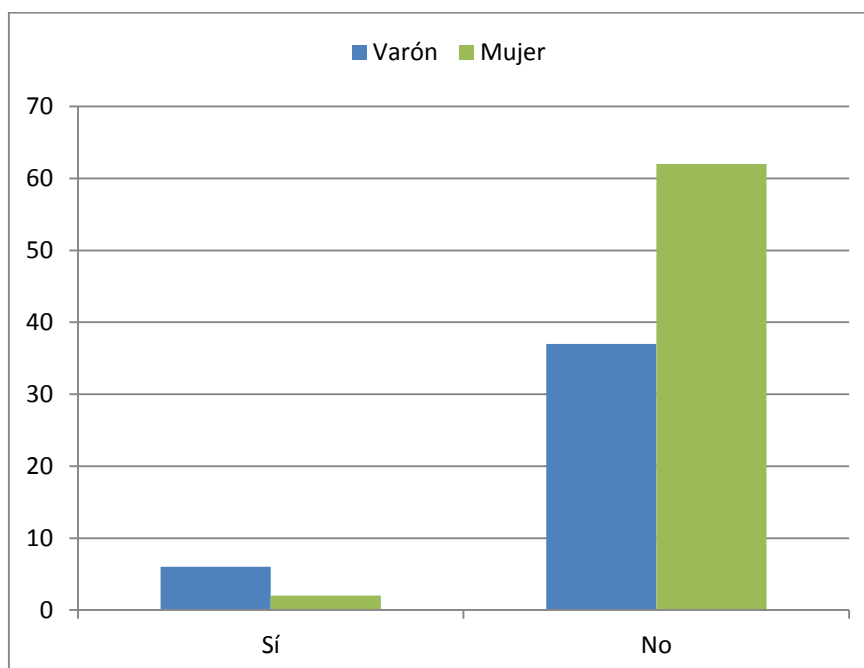


Figura 30: Relación entre la necesidad de ayuda para lavar la ropa y el sexo

En cuanto al nivel de dependencia, como se puede observar en la siguiente tabla, hay algunas relaciones significativas ($p < .05$) entre los tipos de cuidados que realiza el cuidador mayor y el nivel de dependencia de la persona a la que cuida. En este sentido, las asociaciones estadísticamente significativas más representativas, en lo referente a las tareas que realiza la persona encargada de los cuidados, son: baño (.435), vestirse (.582), andar (.535), subir y bajar escaleras (.427), acostarse (.555), cambiar pañales (.496), comer (.461), transporte (.356), administrar los bienes (.414), ayuda para relacionarse (.418) y controlar situaciones conflictivas (.382).

Todas estas actividades de cuidado presentan una correlación media con el nivel de dependencia, salvo las tareas relacionadas con utilizar el transporte y controlar situaciones conflictivas, cuyo valor correlacional es bajo. Por lo tanto, la realización de las tareas mencionadas, por parte de los cuidadores mayores, aumentan conforme aumenta el nivel de dependencia de la persona a la que cuidan.

Ayuda para el baño o aseo

Tabla de contingencia

Recuento		Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
		Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
La persona que cuida necesita ayuda para baño y aseo	Sí	16	26	46	88
	No	14	0	5	19
Total		30	26	51	107

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,435	,000	,000 ^c	,000	,000
N de casos válidos		107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 479365555.

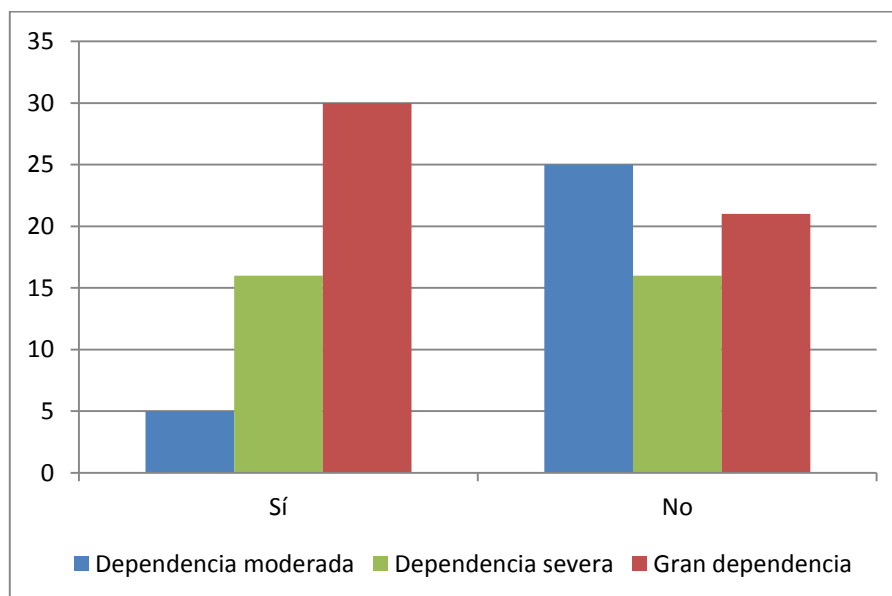


Figura 31: Relación entre la necesidad de ayuda para el baño y el aseo y el nivel de dependencia de la persona cuidada

Ayuda para vestirse / desvestirse

Tabla de contingencia

Recuento		Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
		Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
La persona que cuida necesita ayuda para vestirse/desvestirse	Sí	2	16	46	64
	No	28	10	5	43
Total		30	26	51	107

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,582	,000	,000 ^c	,000	,000
N de casos válidos		107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 479365555.

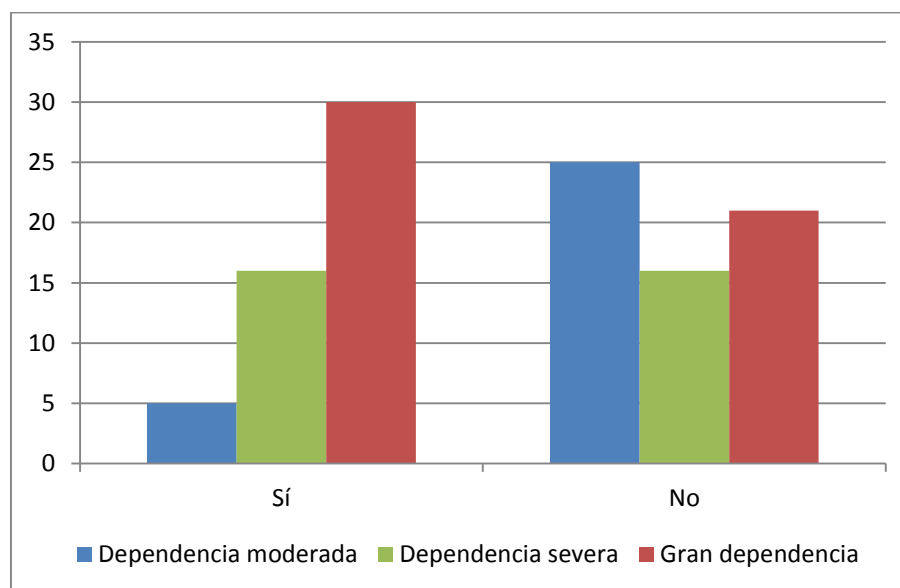


Figura 32: Relación entre la necesidad de ayuda para vestirse / desvestirse y el nivel de dependencia de la persona cuidada

Ayuda para andar / desplazarse

Tabla de contingencia

		Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
		Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
La personas que cuida necesita ayuda para andar/desplazarse	Sí	3	9	42	54
	No	27	17	9	53
Total		30	26	51	107

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,535	,000	,000 ^c	,000	,000
N de casos válidos		107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 479365555.

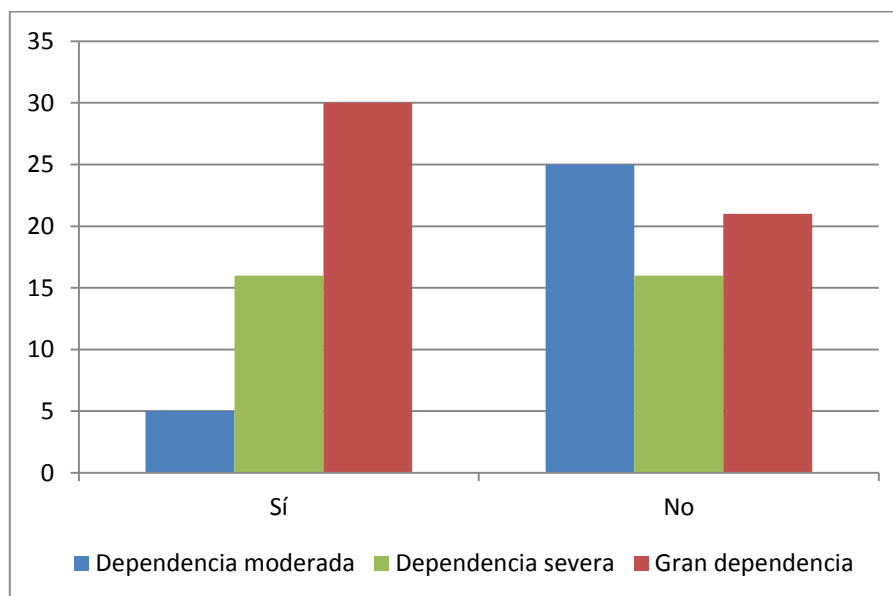


Figura 33: Relación entre la necesidad de ayuda para andar / desplazarse y el nivel de dependencia de la persona cuidada

Ayuda para bajar / subir escaleras

Tabla de contingencia

Recuento		Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
		Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
La persona que cuida necesita ayuda para bajar/subir escaleras	Sí	5	12	37	54
	No	25	14	14	53
Total		30	26	51	107

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,427	,000	,000 ^c	,000	,000
N de casos válidos		107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 479365555.

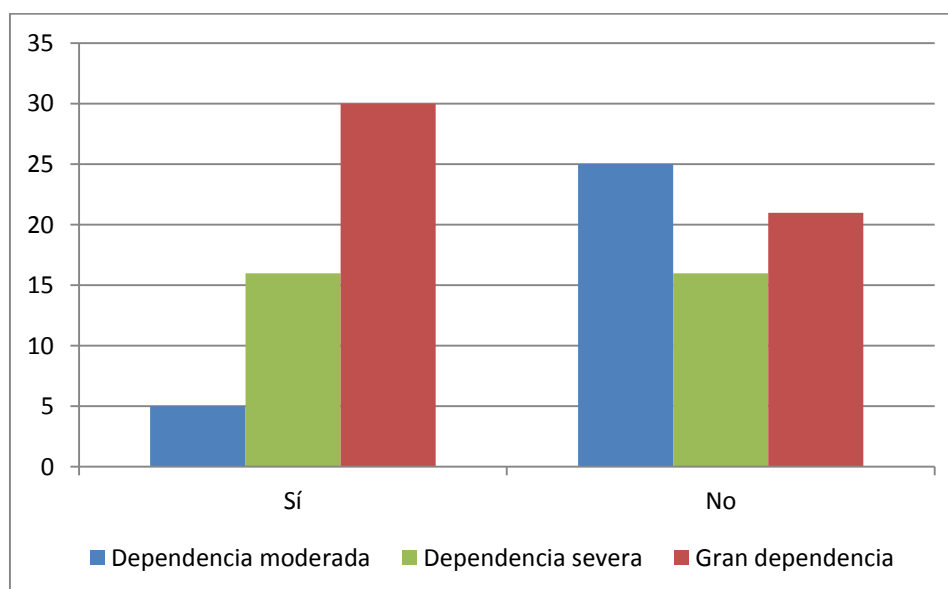


Figura 34: Relación entre la necesidad de ayuda para bajar / subir escaleras y el nivel de dependencia de la persona cuidada

Ayuda para acostarse / levantarse

Tabla de contingencia

Recuento		Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
		Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
La persona que cuida necesita ayuda para acostarse/levantarse	Sí	1	12	42	55
	No	29	14	9	52
Total		30	26	51	107

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,555	,000	,000 ^c	,000	,000
N de casos válidos		107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 479365555.

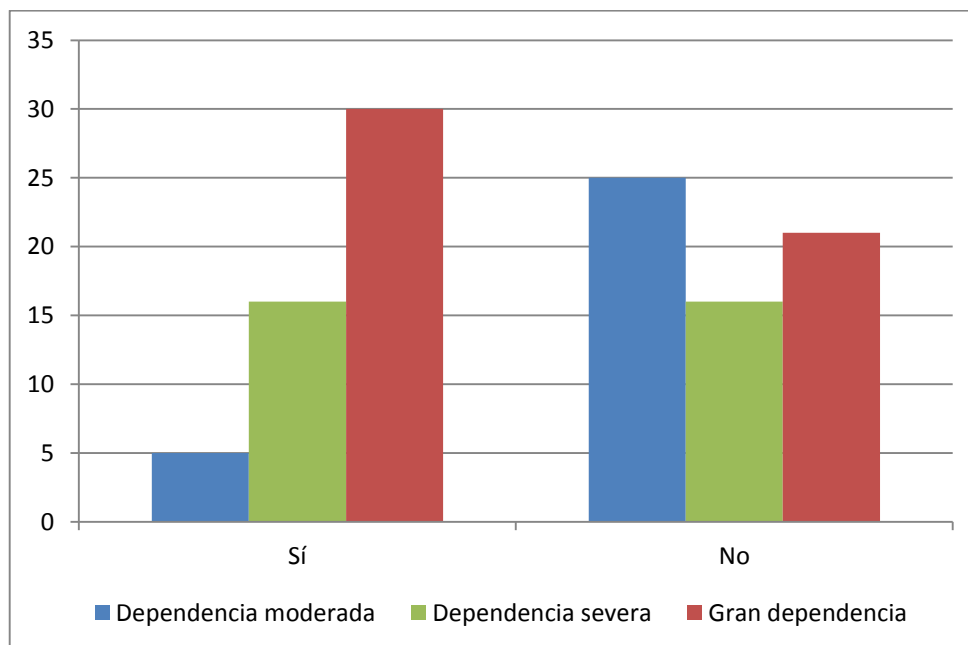


Figura 35: Relación entre la necesidad de ayuda para acostarse / levantarse y el nivel de dependencia de la persona cuidada

Ayuda para cambiar pañales

Tabla de contingencia

Recuento		Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
		Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
La persona que cuida necesita ayuda para cambiar pañales	Sí	2	2	31	35
	No	28	24	20	72
Total		30	26	51	107

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,496	,000	,000 ^c	,000	,000
N de casos válidos		107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 479365555.

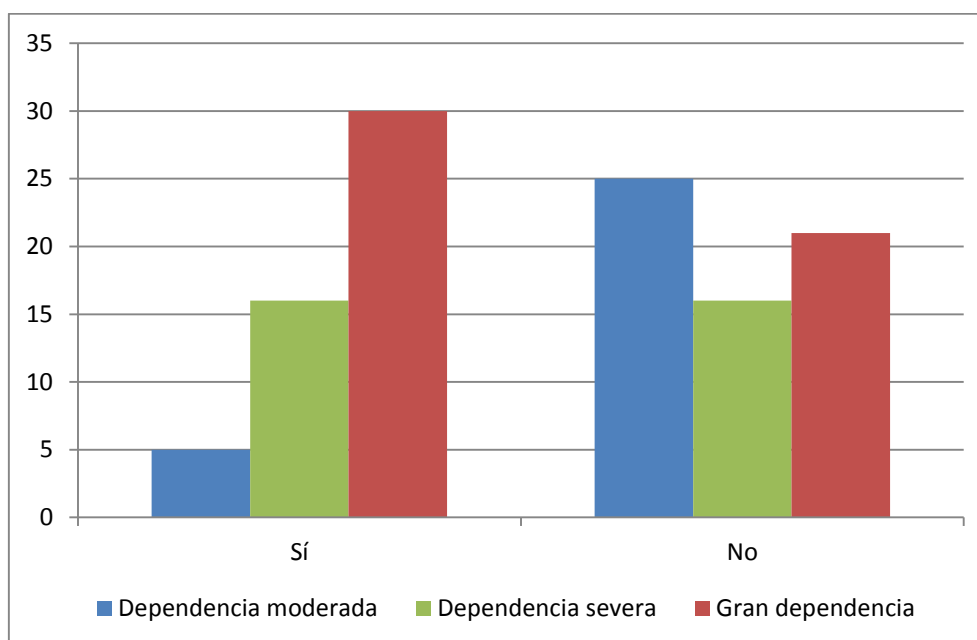


Figura 36: Relación entre la necesidad de ayuda para cambiar pañales y el nivel de dependencia de la persona cuidada

Ayuda para comer / beber

Tabla de contingencia

		Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
		Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
La persona que cuida necesita ayuda para comer/beber	Sí	0	1	23	24
	No	30	25	28	83
Total		30	26	51	107

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,461	,000	,000 ^c	,000	,000
N de casos válidos		107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 479365555.

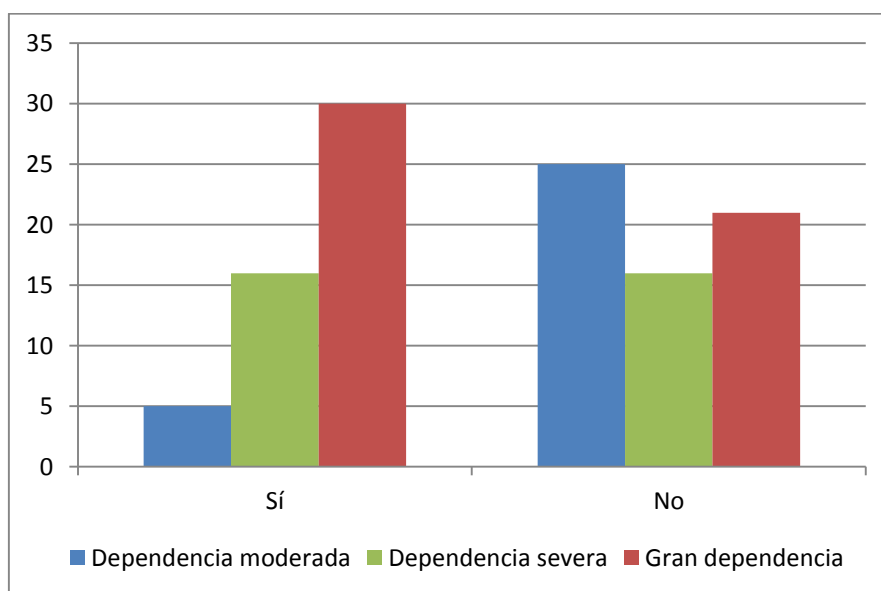


Figura 37: Relación entre la necesidad de ayuda para comer / beber y el nivel de dependencia de la persona cuidada

Ayuda para utilizar el transporte

Tabla de contingencia

Recuento		Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
		Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
La persona que cuida necesita ayuda para utilizar el transporte	Sí	7	14	35	56
	No	23	12	16	51
Total		30	26	51	107

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,356	,000	,001 ^c	,000	,001
N de casos válidos		107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 479365555.

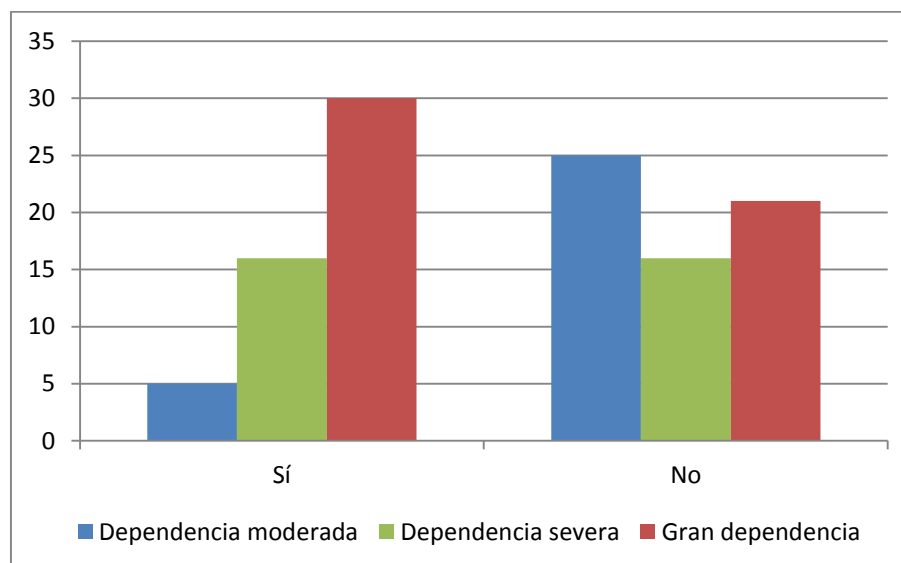


Figura 38: Relación entre la necesidad de ayuda para utilizar el transporte y el nivel de dependencia de la persona cuidada

Ayuda para administrar dinero

Tabla de contingencia

Recuento		Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
		Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
La persona que cuida necesita ayuda para administrar dinero	Sí	9	16	42	67
	No	21	10	9	40
Total		30	26	51	107

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,414	,000	,000 ^c	,000	,000
N de casos válidos		107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 479365555.

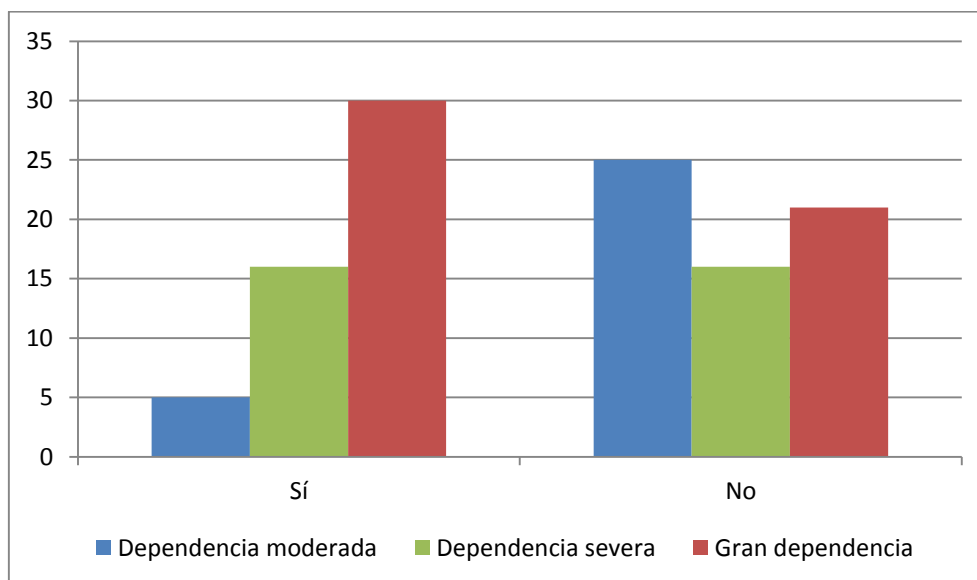


Figura 39: Relación entre la necesidad de ayuda para administrar dinero y el nivel de dependencia de la persona cuidada

Ayuda para relacionarse

Tabla de contingencia

		Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
		Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
La persona que cuida necesita ayuda para relacionarse	Sí	2	8	30	40
	No	28	18	21	67
Total		30	26	51	107

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,418	,000	,000 ^c	,000	,000
N de casos válidos		107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 479365555.

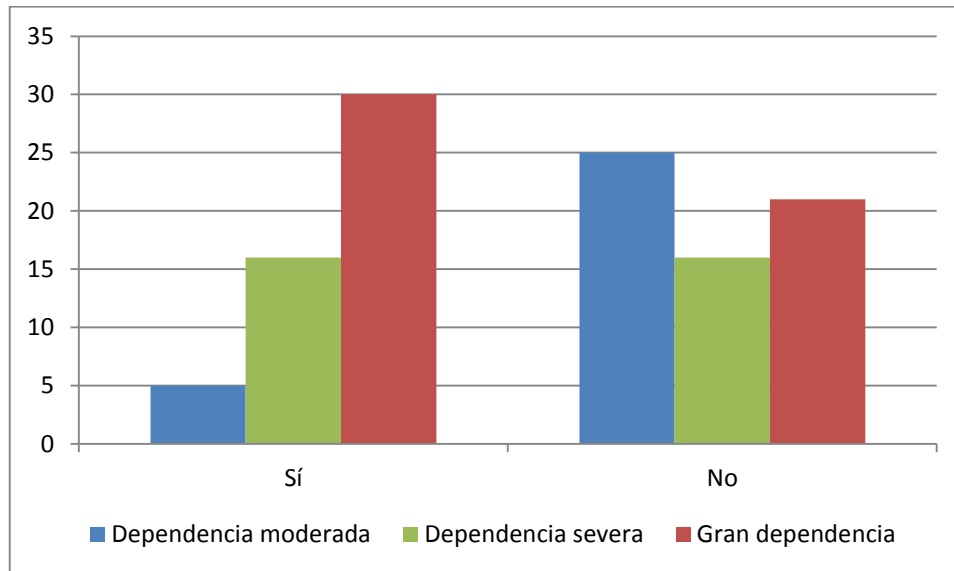


Figura 40: Relación entre la necesidad de ayuda para relacionarse y el nivel de dependencia de la persona cuidada

Ayuda en situaciones conflictivas

Tabla de contingencia

Recuento		Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
		Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
La persona que cuida necesita ayuda en situaciones conflictivas	Sí	1	2	20	23
	No	29	24	31	84
Total		30	26	51	107

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,382	,000	,000 ^c	,000	,001
N de casos válidos		107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 479365555.

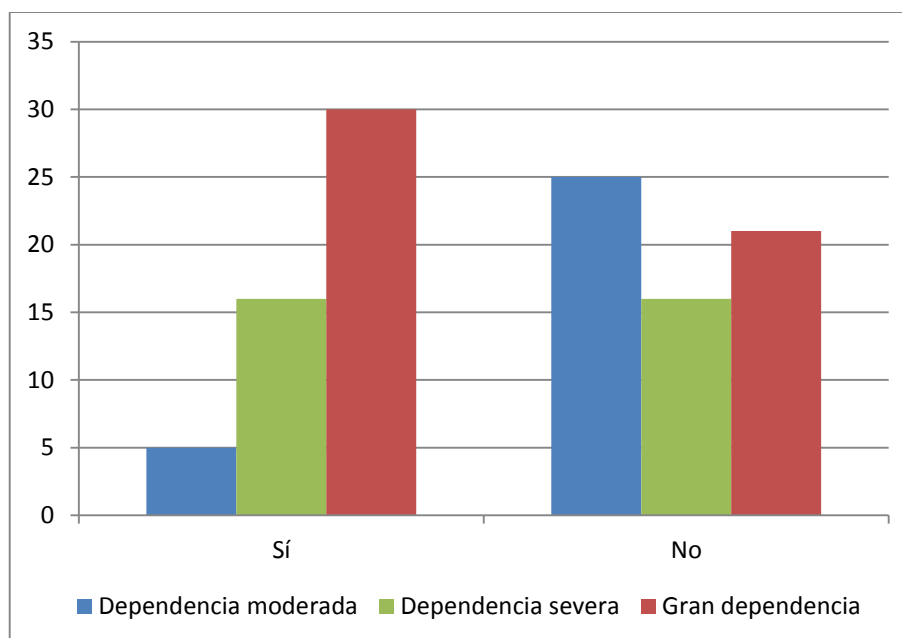


Figura 41: Relación entre la necesidad de ayuda en situaciones conflictivas y el nivel de dependencia de la persona cuidada

3.5. Dificultades, necesidades y demanda de recursos para los cuidados

3.5.1. Motivos que dificultan los cuidados

En cuanto a la dificultad que puede presentar el desempeño de las tareas de cuidados por parte de los cuidadores mayores, el 75,7% de las personas encuestadas reconocen tener dificultad para la ejecución de los cuidados frente a un 24,3% que considera que hasta el momento no se han encontrado con dificultades.

Considera que tiene alguna dificultad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Sí tengo dificultad	81	75,7	75,7	75,7
No tengo dificultad	26	24,3	24,3	100,0
Total	107	100,0	100,0	

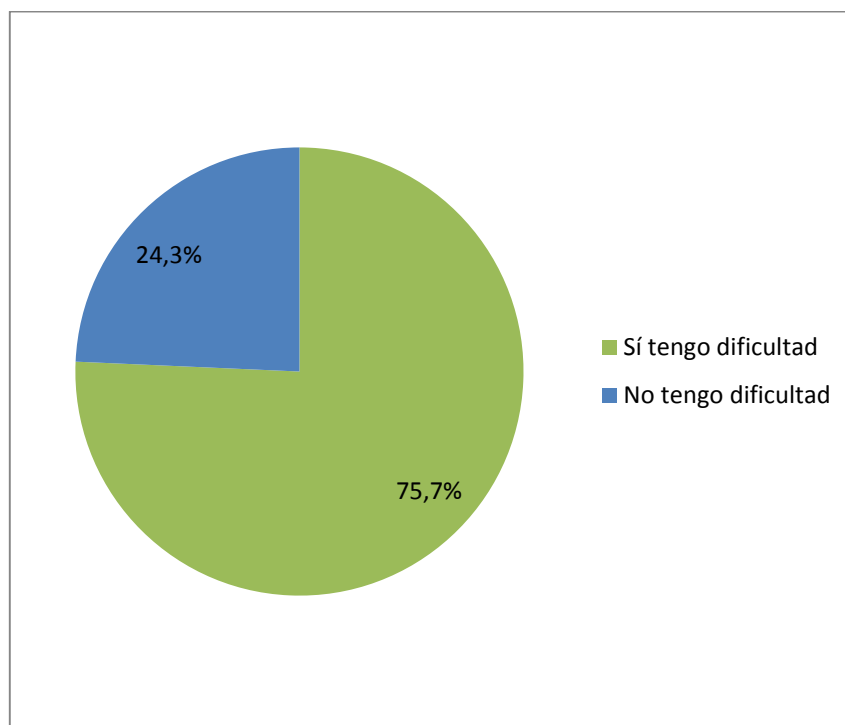


Figura 42: Dificultad por parte de los cuidadores mayores a la hora de realizar los cuidados

Las personas cuidadoras que manifiestan dificultades para el desarrollo de las tareas indican, como motivo principal de dificultad, la falta de fuerza física, concretamente es señalada en el 71% de los casos. Seguidamente, se encuentran las dudas acerca de cómo realizar mejor los cuidados (18,7%) y otras dificultades (8,4%). Un pequeño porcentaje (3,7%) considera que necesita formación para realizar bien los cuidados y otro 3,7% apunta que las dificultades que tiene se deben, principalmente, a que la persona dependiente no colabora.

Percibe especial dificultad por falta de fuerza física

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	76	71,0	71,0	71,0
No	31	29,0	29,0	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Tiene dudas sobre cómo sería la mejor forma de hacerlo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	20	18,7	18,7	18,7
No	87	81,3	81,3	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Piensa que la persona a la que cuida no colabora cuando le ayuda con esa labor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	4	3,7	3,7	3,7
No	103	96,3	96,3	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Tiene otras dificultades

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	9	8,4	8,4	8,4
No	98	91,6	91,6	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Considera que necesita formación para llevar a cabo los cuidados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	4	3,7	3,7	3,7
No	103	96,3	96,3	100,0
Total	107	100,0	100,0	

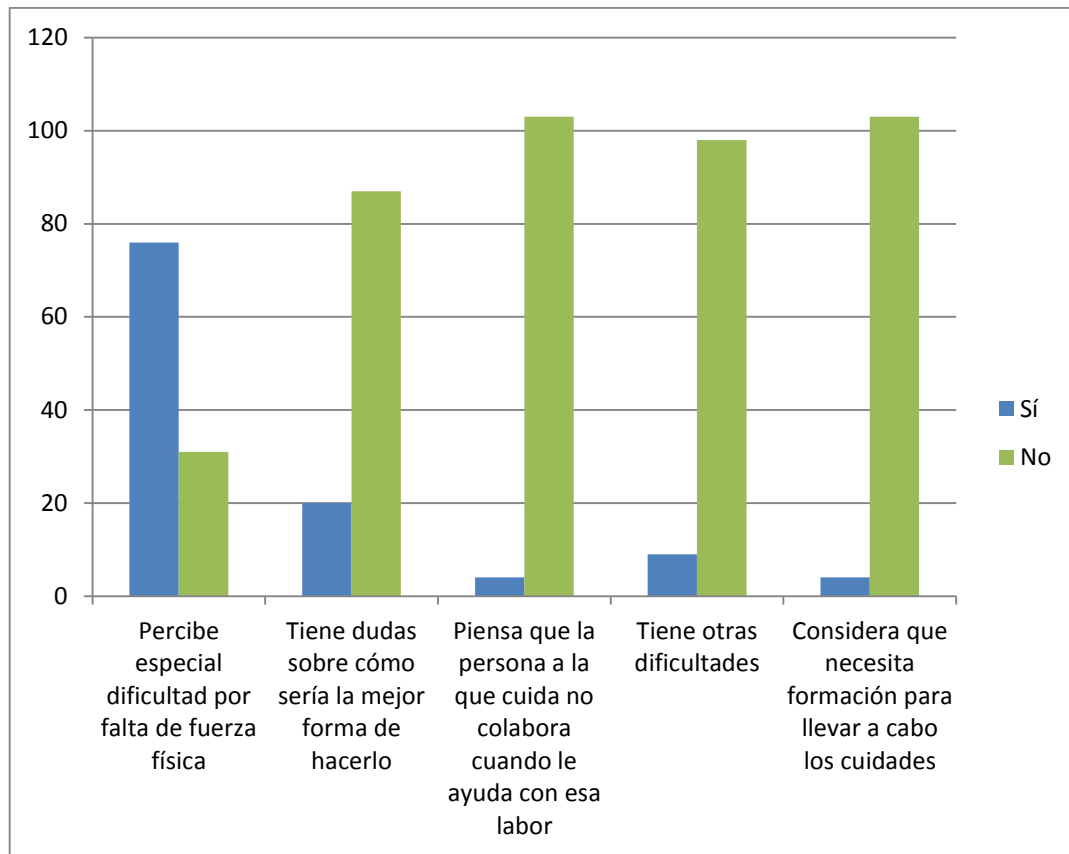


Figura 43: Motivo principal de dificultad a la hora de realizar los cuidados

Principalmente, las dificultades a la hora de llevar a cabo las tareas del cuidado se asocian al nivel de dependencia de la persona que están cuidando; en este sentido, a mayor dependencia mayor dificultad, mayoritariamente, por falta de fuerza física. Mediante la aplicación de la prueba de Chi Cuadrado se confirma dicha asociación ($p=.008$); no obstante, como se aprecia a través del cálculo del coeficiente de correlación, esta asociación es baja (.289).

Tabla de contingencia Percibe especial dificultad por falta de fuerza física * Grado de dependencia de la persona cuidada

			Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
			Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
Percibe especial dificultad por falta de fuerza física	Sí	Recuento	15	19	42	76
		% dentro de Percibe especial dificultad por falta de fuerza física	19,7%	25,0%	55,3%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	50,0%	73,1%	82,4%	71,0%
	No	Recuento	15	7	9	31
		% dentro de Percibe especial dificultad por falta de fuerza física	48,4%	22,6%	29,0%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	50,0%	26,9%	17,6%	29,0%
Total	Recuento	30	26	51	107	
	% dentro de Percibe especial dificultad por falta de fuerza física	28,0%	24,3%	47,7%	100,0%	
	% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,678 ^a	2	,008
Razón de verosimilitudes	9,396	2	,009
Asociación lineal por lineal	9,144	1	,002
N de casos válidos	107		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,53.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,288	,008
N de casos válidos		107	

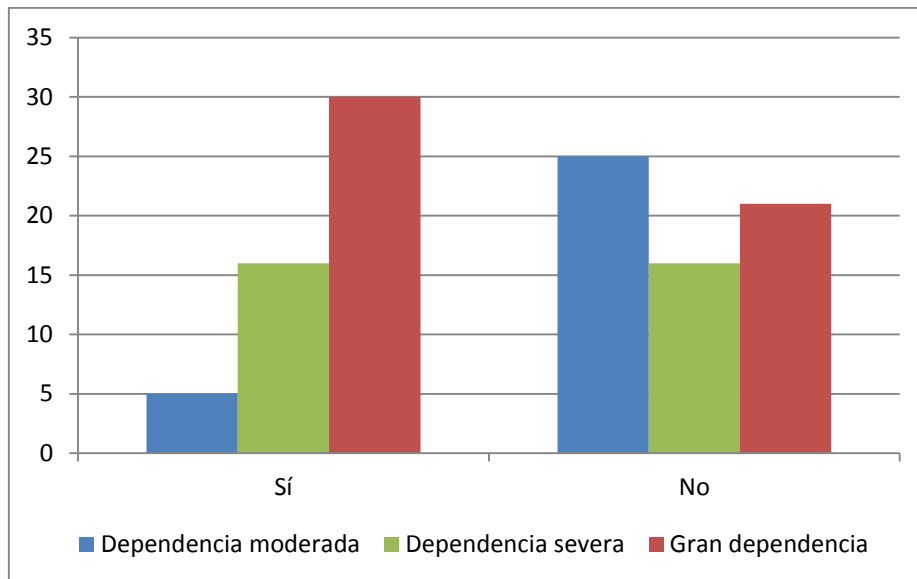


Figura 44: Relación entre la percepción de falta de fuerza física del cuidador y el nivel de dependencia de la persona cuidada

Además, tal y como se puede observar en la siguiente tabla, las personas que indican tener dudas sobre cómo realizar los cuidados son quienes tienen a su cargo personas con gran dependencia. Así, la prueba de Chi Cuadro de Pearson muestra esta relación significativa ($p=.023$), aunque cabe matizar que esta correlación es baja (.257), como muestra el cálculo del coeficiente de contingencia.

Tabla de contingencia

			Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
			Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
Tiene dudas sobre cómo sería la mejor forma de hacerlo	Sí	Recuento	2	3	15	20
		% dentro de Tiene dudas sobre cómo sería la mejor forma de hacerlo	10,0%	15,0%	75,0%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	6,7%	11,5%	29,4%	18,7%
	No	Recuento	28	23	36	87
		% dentro de Tiene dudas sobre cómo sería la mejor forma de hacerlo	32,2%	26,4%	41,4%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	93,3%	88,5%	70,6%	81,3%
Total	Recuento	30	26	51	107	
	% dentro de Tiene dudas sobre cómo sería la mejor forma de hacerlo	28,0%	24,3%	47,7%	100,0%	
	% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,586 ^a	2	,023
Razón de verosimilitudes	8,004	2	,018
Asociación lineal por lineal	6,982	1	,008
N de casos válidos	107		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,86.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,257	,023
N de casos válidos		107	

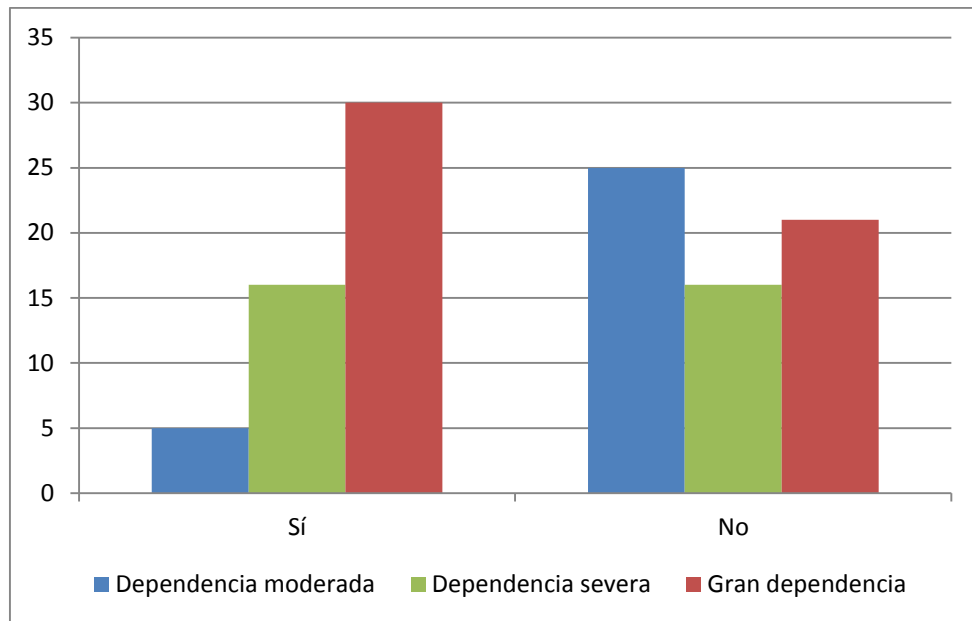


Figura 45: Relación entre la percepción de inseguridad y dudas sobre cómo sería la mejor forma de cuidar y el nivel de dependencia de la persona cuidada

3.5.2. Necesidad y detalle de ayudas que requieren

En lo que respecta a la necesidad de ayuda para realizar las labores del cuidado, el 70,1% de los adultos mayores cuidadores considera que necesita ayuda para realizar las actividades que requieren los cuidados, mientras que 29,9% señala que por el momento no la necesita.

Considera que necesita ayuda para realizar los cuidados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	75	70,1	70,1	70,1
	No	32	29,9	29,9	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

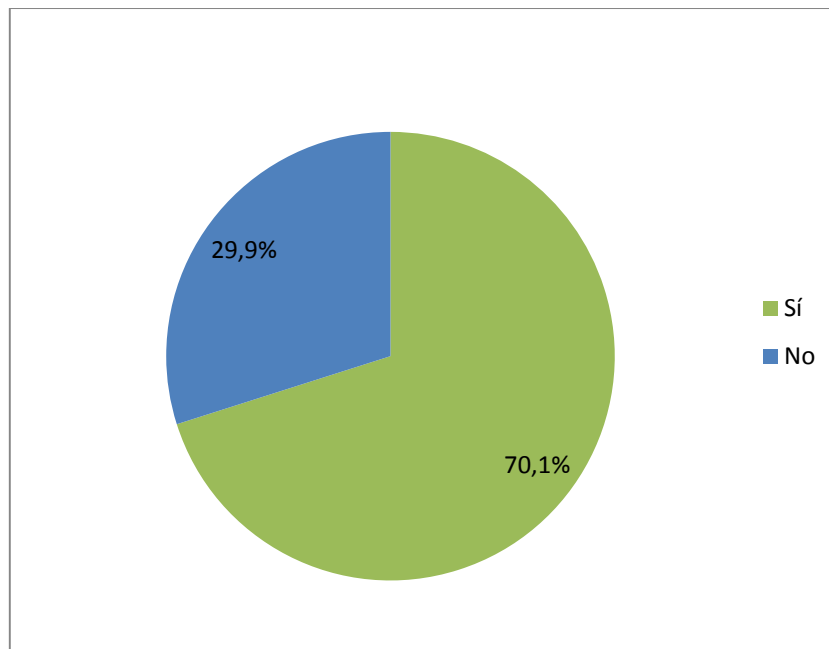


Figura 46: Percepción de necesidad de ayuda de los cuidadores mayores

En la tabla que a continuación se presenta, se detallan las ayudas que requieren las personas que realizan los cuidados; como se puede observar, principalmente, más del 50% de las personas encuestadas indican que para realizar los cuidados necesitan ayuda relacionadas con las actividades de la casa (66,4%), seguido, generalmente, de la necesidad de contar con apoyo para cuidar de sí mismo/a, en términos de baños y aseo (53,3%).

En menor medida, menos del 25% de las personas cuidadoras (aproximadamente 1 de cada 4), requieren otras ayudas: en los desplazamientos dentro del hogar (22,4%), en los desplazamientos fuera del hogar (20,6%), en la toma de medicación (16,8%), en la administración de bienes (10,3%), relaciones y comunicación con las demás personas (8,4%), ayuda en situaciones conflictivas (7,5%), ayuda sensorial y auditiva (6,5%) y ayuda en la utilización de brazos y manos (5,6%).

Necesita ayuda en el cuidado de sí mismo/a (aseo, alimentación,...)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	57	53,3	53,3	53,3
	No	50	46,7	46,7	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Necesita ayuda en los desplazamientos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	24	22,4	22,4	22,4
	No	83	77,6	77,6	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Necesita ayuda en la utilización de los brazos y manos (cubiertos, medicación,...)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	6	5,6	5,6	5,6
	No	101	94,4	94,4	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Necesita ayuda sensorial visual y auditiva (diferenciar imágenes o sonidos)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	7	6,5	6,5	6,5
	No	100	93,5	93,5	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Necesita ayuda en las actividades de casa (limpieza, ropa, comida,...)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	71	66,4	66,4	66,4
	No	36	33,6	33,6	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Necesita ayuda en la toma de medicación (horarios, tomas,...)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	18	16,8	16,8	16,8
	No	89	83,2	83,2	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Necesita ayuda en la administración de bienes (gastos, facturas,...)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	11	10,3	10,3	10,3
	No	96	89,7	89,7	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Necesita ayuda en la relación y comunicación con otros

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	9	8,4	8,4	8,4
	No	98	91,6	91,6	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Necesita ayuda en los desplazamientos fuera del hogar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	22	20,6	20,6	20,6
	No	85	79,4	79,4	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Necesita ayuda en situaciones conflictiva (nerviosismo, agitación,...)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	8	7,5	7,5	7,5
	No	99	92,5	92,5	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

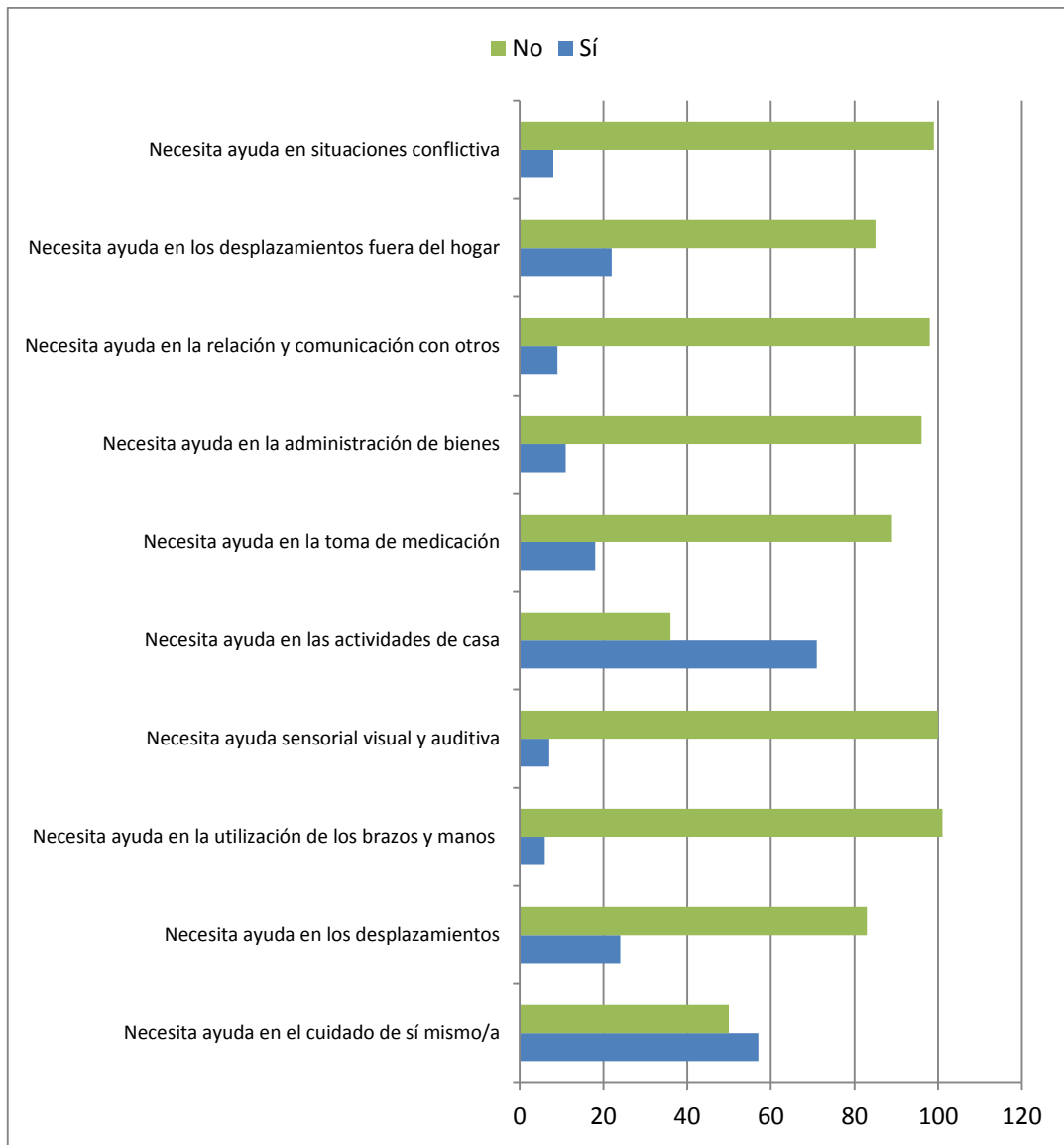


Figura 47: Tipos de necesidad que presentan los cuidadores mayores de personas mayores

En cuanto a las ayudas que requieren las personas que se encarga de los cuidados, en base a los aspectos asociados al nivel de dependencia, cabe señalar, que quienes indican tener dificultades para realizar los cuidados son cuidadores y cuidadoras que tienen a su cargo a personas con gran dependencia. En este sentido, la prueba Chi Cuadrado muestra que la relación es significativa ($p=.004$) y el coeficiente de contingencia muestra una asociación baja de .305.

Tabla de contingencia

			Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
			Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
Considera que necesita ayuda para realizar los cuidados	Sí	Recuento	15	17	43	75
		% dentro de Considera que necesita ayuda para realizar los cuidados	20,0%	22,7%	57,3%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	50,0%	65,4%	84,3%	70,1%
	No	Recuento	15	9	8	32
		% dentro de Considera que necesita ayuda para realizar los cuidados	46,9%	28,1%	25,0%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	50,0%	34,6%	15,7%	29,9%
Total		Recuento	30	26	51	107
		% dentro de Considera que necesita ayuda para realizar los cuidados	28,0%	24,3%	47,7%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,973 ^a	2	,004
Razón de verosimilitudes	11,113	2	,004
Asociación lineal por lineal	10,842	1	,001
N de casos válidos	107		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,78.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,305	,004
N de casos válidos		107	

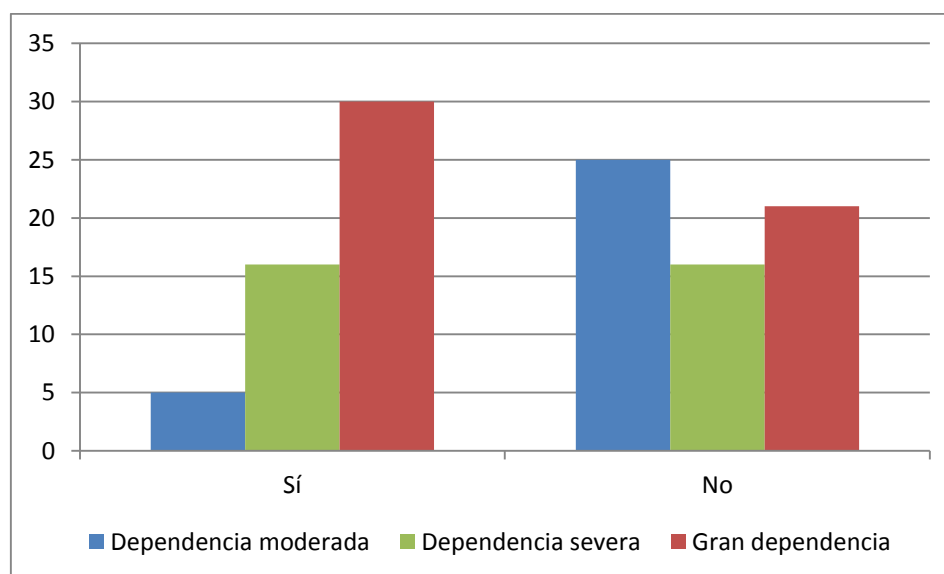


Figura 48: Relación entre la necesidad de ayuda para realizar los cuidados y el nivel de dependencia

Entre las ayudas que los cuidadores requieren y que vienen motivadas por el nivel de dependencia de la personas que cuidan, se encuentran: ayuda para el cuidado de sí mismas ($p=.001$), ayuda en la utilización de brazos y manos ($p=.031$), ayuda en la toma de medicación ($p=.233$) y ayuda en situaciones conflictivas ($p=.009$). No obstante, como se observa en la tabla siguiente, el cálculo del coeficiente de contingencia presenta una relación baja para el nivel de dependencia de las personas a las que cuidan y las ayudas que precisan, encontrándose éste en el intervalo entre 0,21 y 0,04.

Necesidad de ayuda en el cuidado de sí mismo

Tabla de contingencia

			Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
			Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
Necesita ayuda en el cuidado de sí mismo/a (aseo, alimentación,...)	Sí	Recuento	9	12	36	57
		% dentro de Necesita ayuda en el cuidado de sí mismo/a (aseo, alimentación,...)	15,8%	21,1%	63,2%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	30,0%	46,2%	70,6%	53,3%
	No	Recuento	21	14	15	50
		% dentro de Necesita ayuda en el cuidado de sí mismo/a (aseo, alimentación,...)	42,0%	28,0%	30,0%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	70,0%	53,8%	29,4%	46,7%
Total	Recuento	30	26	51	107	
	% dentro de Necesita ayuda en el cuidado de sí mismo/a (aseo, alimentación,...)	28,0%	24,3%	47,7%	100,0%	
	% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,199 ^a	2	,001
Razón de verosimilitudes	13,542	2	,001
Asociación lineal por lineal	12,944	1	,000
N de casos válidos	107		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,15.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,331	,001
N de casos válidos		107	

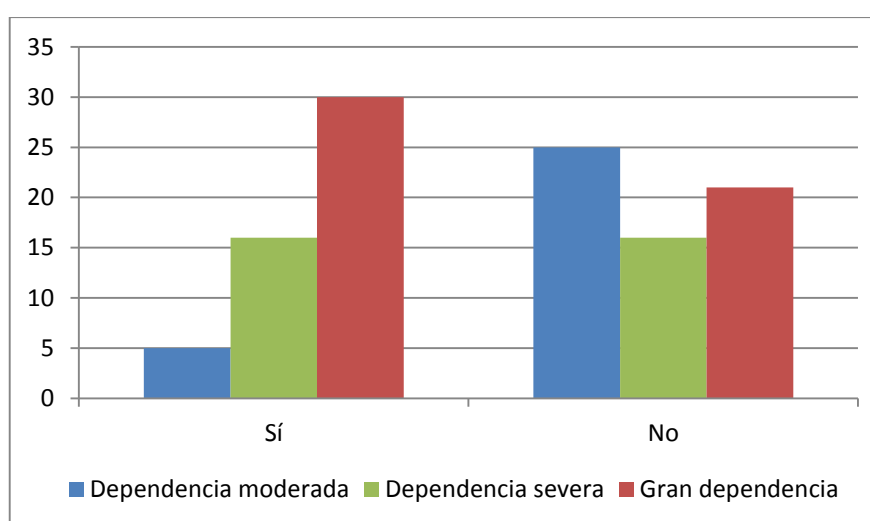


Figura 49: Relación entre la necesidad de ayuda para el cuidado de sí mismo y el nivel de dependencia

Necesidad de ayuda en la utilización de brazos y manos

Tabla de contingencia

			Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
			Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
Necesita ayuda en la utilización de los brazos y manos (cubiertos, medicación,...)	Sí	Recuento	0	0	6	6
		% dentro de Necesita ayuda en la utilización de los brazos y manos (cubiertos, medicación,...)	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	0,0%	0,0%	11,8%	5,6%
	No	Recuento	30	26	45	101
		% dentro de Necesita ayuda en la utilización de los brazos y manos (cubiertos, medicación,...)	29,7%	25,7%	44,6%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	100,0%	100,0%	88,2%	94,4%
Total	Recuento	30	26	51	107	
	% dentro de Necesita ayuda en la utilización de los brazos y manos (cubiertos, medicación,...)	28,0%	24,3%	47,7%	100,0%	
	% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,980 ^a	2	,031
Razón de verosimilitudes	9,284	2	,010
Asociación lineal por lineal	5,662	1	,017
N de casos válidos	107		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,46.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,247	,031
N de casos válidos		107	

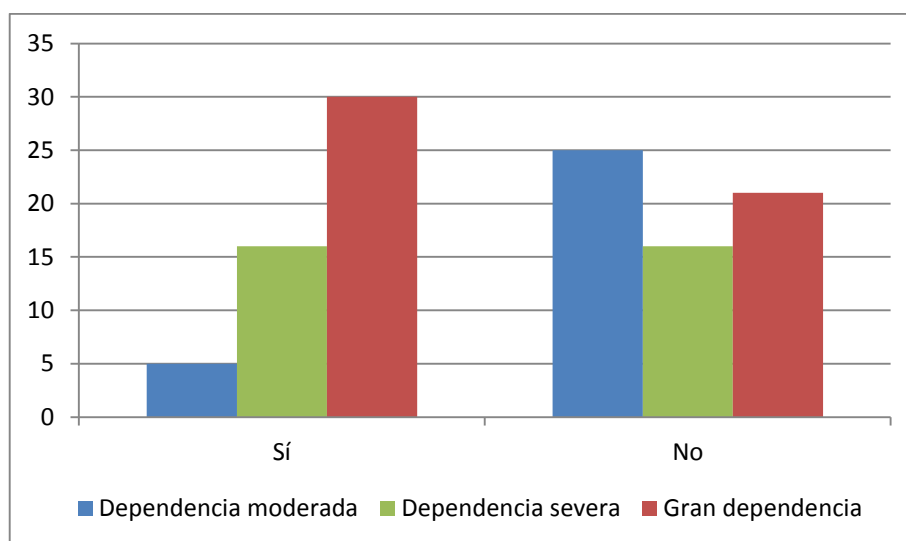


Figura 50: Relación entre la necesidad de ayuda en la utilización de brazos y manos y el nivel de dependencia

Necesidad de ayuda en la toma de medicación

Tabla de contingencia

			Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
			Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
Necesita ayuda en la toma de medicación (horarios, tomas,...)	Sí	Recuento	4	1	13	18
		% dentro de Necesita ayuda en la toma de medicación (horarios, tomas,...)	22,2%	5,6%	72,2%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	13,3%	3,8%	25,5%	16,8%
	No	Recuento	26	25	38	89
		% dentro de Necesita ayuda en la toma de medicación (horarios, tomas,...)	29,2%	28,1%	42,7%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	86,7%	96,2%	74,5%	83,2%
Total		Recuento	30	26	51	107
		% dentro de Necesita ayuda en la toma de medicación (horarios, tomas,...)	28,0%	24,3%	47,7%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,128 ^a	2	,047
Razón de verosimilitudes	7,016	2	,030
Asociación lineal por lineal	2,753	1	,097
N de casos válidos	107		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,37.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,233	,047
N de casos válidos		107	

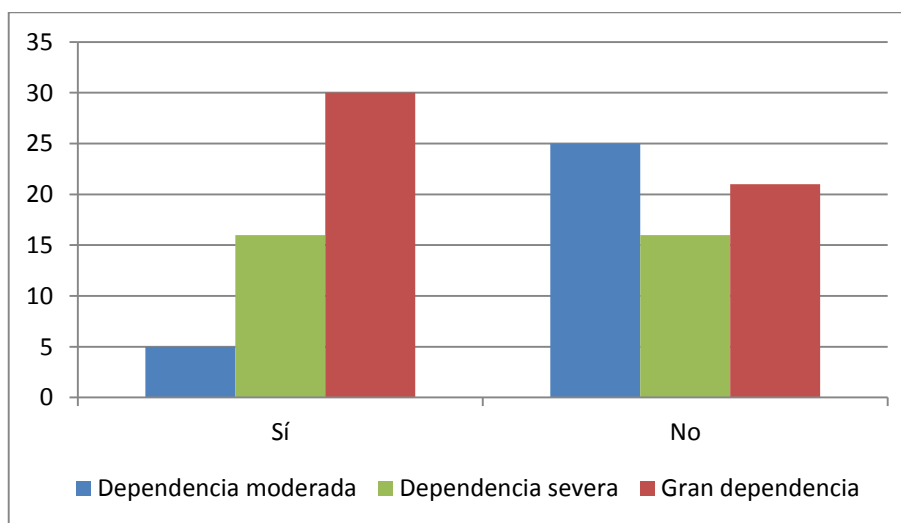


Figura 51: Relación entre la necesidad de ayuda en la toma de medicación y el nivel de dependencia

Necesidad de ayuda en situaciones conflictivas

Tabla de contingencia

			Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
			Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
Necesita ayuda en situaciones conflictiva (nerviosismo, agitación,...)	Sí	Recuento	0	0	8	8
		% dentro de Necesita ayuda en situaciones conflictiva (nerviosismo, agitación,...)	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	No	Recuento	30	26	43	99
		% dentro de Necesita ayuda en situaciones conflictiva (nerviosismo, agitación,...)	30,3%	26,3%	43,4%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	0,0%	0,0%	15,7%	7,5%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	100,0%	100,0%	84,3%	92,5%
Total		Recuento	30	26	51	107
		% dentro de Necesita ayuda en situaciones conflictiva (nerviosismo, agitación,...)	28,0%	24,3%	47,7%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,494 ^a	2	,009
Razón de verosimilitudes	12,569	2	,002
Asociación lineal por lineal	7,701	1	,006
N de casos válidos	107		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,94.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,285	,009
N de casos válidos		107	

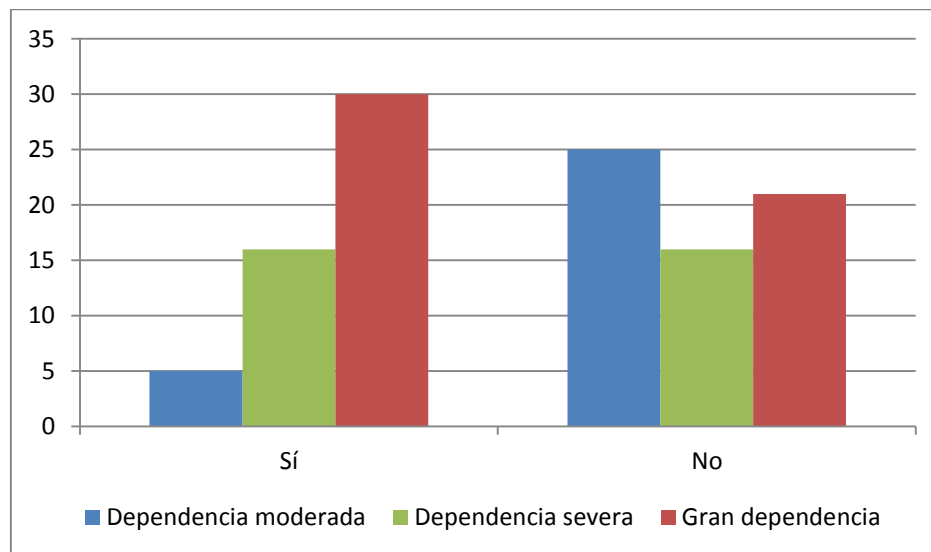


Figura 52: Relación entre la necesidad de ayuda para el cuidado de sí mismo y el nivel de dependencia

3.5.3. Demanda de recursos necesarios para cuidar mejor

En cuanto a la demanda de recursos por parte de los cuidadores mayores, el 83,2% de las personas encuestadas considera que necesita más recursos para cuidar mejor, frente al 16,8% que considera que no lo necesita.

Considera que necesita algo para mejorar los cuidados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	89	83,2	83,2	83,2
	No	18	16,8	16,8	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

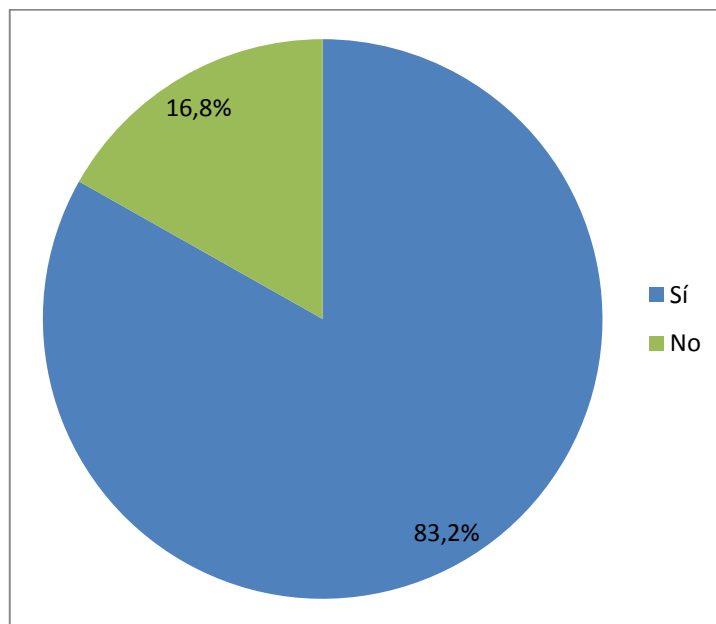


Figura 53: Porcentaje de cuidadores mayores que consideran que necesitan recursos para cuidar mejor

Entre los recursos más demandados para mejorar los cuidados destacan principalmente tres: apoyo en las labores domésticas (57,9%), apoyo de otros familiares (50,5%) y ayuda de profesionales del cuidado (35,5%).

El resto de recursos propuestos tiene una representación muy reducida: dedicar tiempo para el autocuidado (7,5%), apoyo psicológico (4,7%), recibir información acerca de la enfermedad (3,7%), adquirir conocimientos básicos sobre el cuidado (3,7%) y colaboración de la persona dependiente (1,9%). Además, debemos señalar que ninguna de las personas encuestadas demanda entrar en contacto con asociaciones.

Para cuidar mejor necesitaría adquirir conocimientos básicos sobre el cuidado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	4	3,7	3,7	3,7
No	103	96,3	96,3	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Para cuidar mejor necesitaría recibir más información acerca de la enfermedad del paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	4	3,7	3,7	3,7
No	103	96,3	96,3	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Para cuidar mejor necesitaría contactar con asociaciones y compartir experiencias

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	107	100,0	100,0	100,0

Para cuidar mejor necesitaría dedicar más tiempo al autocuidado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	8	7,5	7,5	7,5
No	99	92,5	92,5	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Para cuidar mejor necesitaría ayuda de profesionales del cuidado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	38	35,5	35,5	35,5
No	69	64,5	64,5	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Para cuidar mejor necesitaría ayuda en las labores domésticas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	62	57,9	57,9	57,9
	No	45	42,1	42,1	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Para cuidar mejor necesitaría apoyo de otros familiares

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	54	50,5	50,5	50,5
	No	53	49,5	49,5	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Para cuidar mejor necesitaría apoyo psicológico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	5	4,7	4,7	4,7
	No	102	95,3	95,3	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Para cuidar mejor necesitaría más colaboración de la persona que cuida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	2	1,9	1,9	1,9
	No	105	98,1	98,1	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

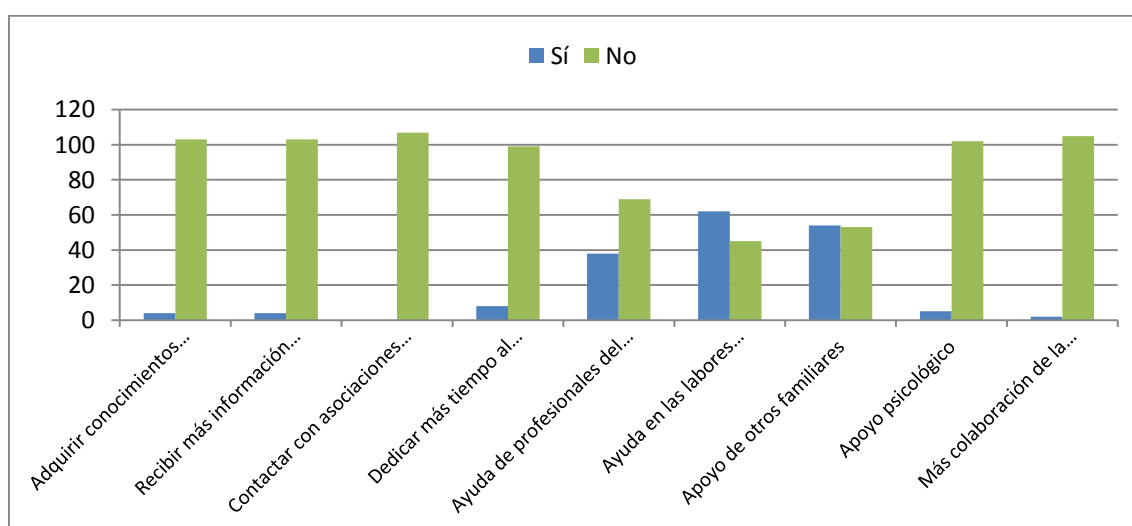


Figura 54: Recursos que los cuidadores mayores consideran que necesitan para cuidar mejor

En lo que respecta a los recursos demandados para mejorar los cuidados y su asociación al sexo del cuidador, cabe destacar que, existe relación con la demanda de ayudas para las labores domésticas; en este sentido, son los hombres mayores cuidadores quienes más demandan estas ayudas. No obstante, aunque esta relación es significativa estadísticamente ($p=.015$) existe una asociación baja (.229).

Ayuda en las labores domésticas / Sexo de los cuidadores

Tabla de contingencia

			Sexo		Total
			Varón	Mujer	
Para cuidar mejor necesitaría ayuda en las labores domésticas	Sí	Recuento	31	31	62
		% dentro de Para cuidar mejor necesitaría ayuda en las labores domésticas	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Sexo	72,1%	48,4%	57,9%
	No	Recuento	12	33	45
		% dentro de Para cuidar mejor necesitaría ayuda en las labores domésticas	26,7%	73,3%	100,0%
		% dentro de Sexo	27,9%	51,6%	42,1%
Total		Recuento	43	64	107
		% dentro de Para cuidar mejor necesitaría ayuda en las labores domésticas	40,2%	59,8%	100,0%
		% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,906 ^a	1	,015		
Corrección por continuidad ^b	4,975	1	,026		
Razón de verosimilitudes	6,043	1	,014		
Estadístico exacto de Fisher				,017	,012
Asociación lineal por lineal	5,851	1	,016		
N de casos válidos	107				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,08.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,229	,015
N de casos válidos		107	

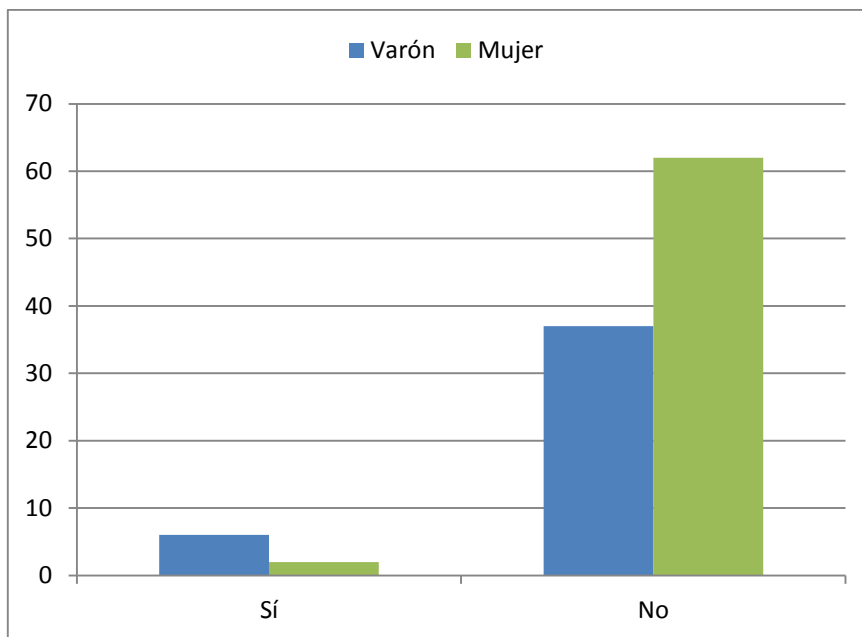


Figura 55: Relación entre el sexo de los cuidadores y considerar un recurso necesario la ayuda en labores domésticas

Por otra parte, se aprecia un asociación significativamente estadística ($p=.009$) entre el nivel de dependencia y la demanda de recursos profesionales, pero igualmente cabe matizar que el valor de dicha asociación es baja (.286), según indica el coeficiente de contingencia.

Ayuda de profesionales del cuidado / Nivel de dependencia

Tabla de contingencia

			Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
			Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
Para cuidar mejor necesaria ayuda de profesionales del cuidado	Sí	Recuento	4	10	24	38
		% dentro de Para cuidar mejor necesaria ayuda de profesionales del cuidado	10,5%	26,3%	63,2%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	13,3%	38,5%	47,1%	35,5%
	No	Recuento	26	16	27	69
		% dentro de Para cuidar mejor necesaria ayuda de profesionales del cuidado	37,7%	23,2%	39,1%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	86,7%	61,5%	52,9%	64,5%
Total	Recuento	30	26	51	107	
	% dentro de Para cuidar mejor necesaria ayuda de profesionales del cuidado	28,0%	24,3%	47,7%	100,0%	
	% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)			Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%		Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	9,511 ^a	2	,009	,008 ^b	,006	,010			
Razón de verosimilitudes	10,491	2	,005	,006 ^b	,004	,008			
Estadístico exacto de Fisher	9,992			,007 ^b	,004	,009			
Asociación lineal por lineal	8,851 ^c	1	,003	,002 ^b	,001	,003	,002 ^b	,001	,002
N de casos válidos	107								

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,23.

b. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 175212457.

c. El estadístico tipificado es -2,975.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,286	,009	,008 ^c	,006	,010
N de casos válidos		107				

c. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 175212457.

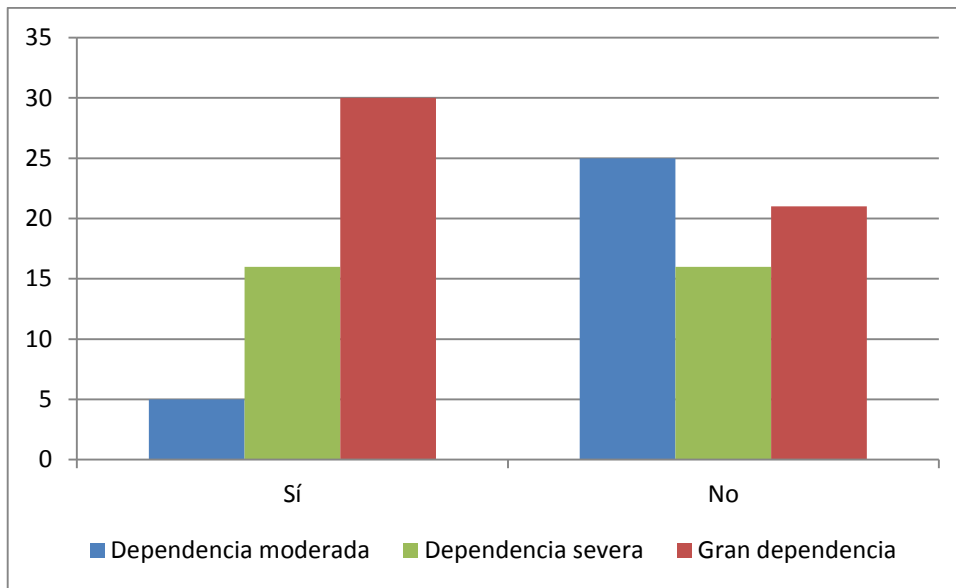


Figura 56: Relación entre el nivel de dependencia de la persona cuidada y considerar un recurso necesario la ayuda de profesionales del cuidado.

3.6. Estado de salud de la persona cuidadora

3.6.1. Número de enfermedades crónicas

En lo que a las enfermedades crónicas de los cuidadores mayores se refiere, el 20,6% manifiesta no tener ninguna enfermedad crónica, el 29,9% indica tener una enfermedad crónica, el 23,4% señala tener dos enfermedades crónicas y un 26,2% refiere padecer tres o más enfermedades crónicas.

Enfermedad crónica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguna	22	20,6	20,6	20,6
	1 enfermedad crónica	32	29,9	29,9	50,5
	2 enfermedades crónicas	25	23,4	23,4	73,8
	3 o más enfermedades crónicas	28	26,2	26,2	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

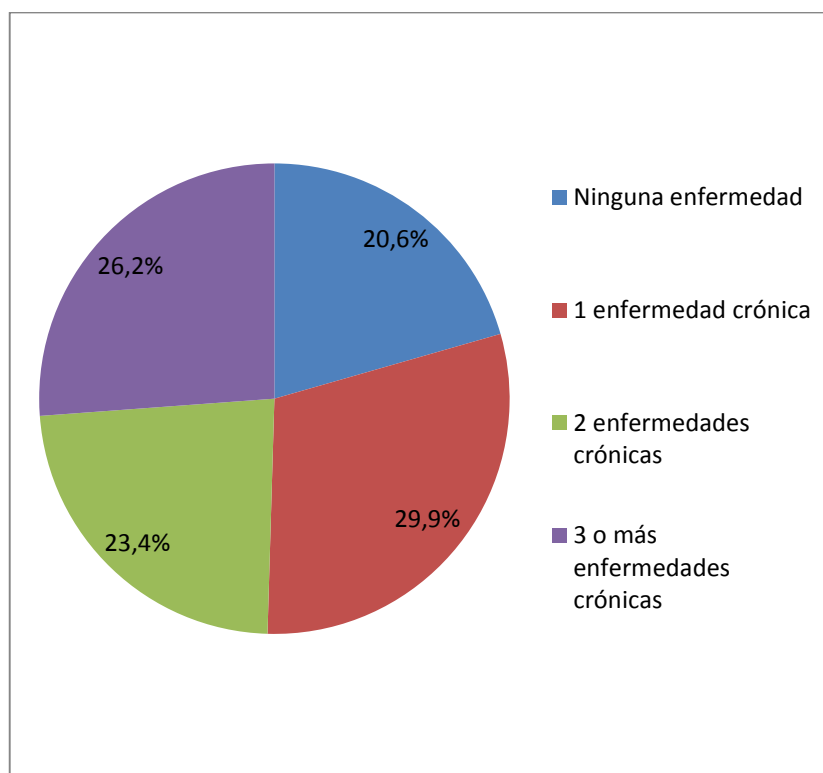


Figura 57: Número de enfermedades crónicas que padecen los cuidadores mayores

3.6.2. Dolencias/enfermedades

Respecto al tipo de dolencias presentadas, el 68,2% de las personas mayores cuidadoras sufren enfermedades del sistema circulatorio, seguido de las enfermedades del sistema osteomuscular (45,8%) y de las enfermedades endocrinas, como la diabetes (38,3%). Menores son los casos de las personas que padecen enfermedades del aparato digestivo (16,8%) y dolencia de los ojos (13,1%). El resto de dolencias tiene una representación menor del 10%.

Tiene enfermedades infecciosa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	107	100,0	100,0	100,0

Tiene algún tumor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	3	2,8	2,8	2,8
	No	104	97,2	97,2	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad de la sangre y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	4	3,7	3,7	3,7
	No	103	96,3	96,3	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad endocrina, nutricional y metabólica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	41	38,3	38,3	38,3
	No	66	61,7	61,7	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene trastornos mentales y de comportamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	9	8,4	8,4	8,4
	No	98	91,6	91,6	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad del sistema nervioso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	10	9,3	9,3	9,3
	No	97	90,7	90,7	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad del ojo y sus anexos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	14	13,1	13,1	13,1
	No	93	86,9	86,9	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad del oído y de la apófisis mastoideas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	8	7,5	7,5	7,5
	No	99	92,5	92,5	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad del sistema circulatorio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	73	68,2	68,2	68,2
	No	34	31,8	31,8	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad del sistema respiratorio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	8	7,5	7,5	7,5
	No	99	92,5	92,5	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad del aparato digestivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	18	16,8	16,8	16,8
	No	89	83,2	83,2	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad de la piel y del tejido subcutáneo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	4	3,7	3,7	3,7
	No	103	96,3	96,3	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad del sistema osteomuscular y del tejido conectivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	49	45,8	45,8	45,8
	No	58	54,2	54,2	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene alguna enfermedad del aparato genitourinario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	5	4,7	4,7	4,7
	No	102	95,3	95,3	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Embarazo, parto y puerperio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	107	100,0	100,0	100,0

Ciertas afecciones originarias en el periodo perinatal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	107	100,0	100,0	100,0

Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	107	100,0	100,0	100,0

Traumatismos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	5	4,7	4,7	4,7
	No	102	95,3	95,3	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Accidentes (Causas extremas de morbilidad y mortalidad)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	107	100,0	100,0	100,0

Riesgo social (Factores que influyen en estado de salud y contacto de servicios de salud)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	107	100,0	100,0	100,0

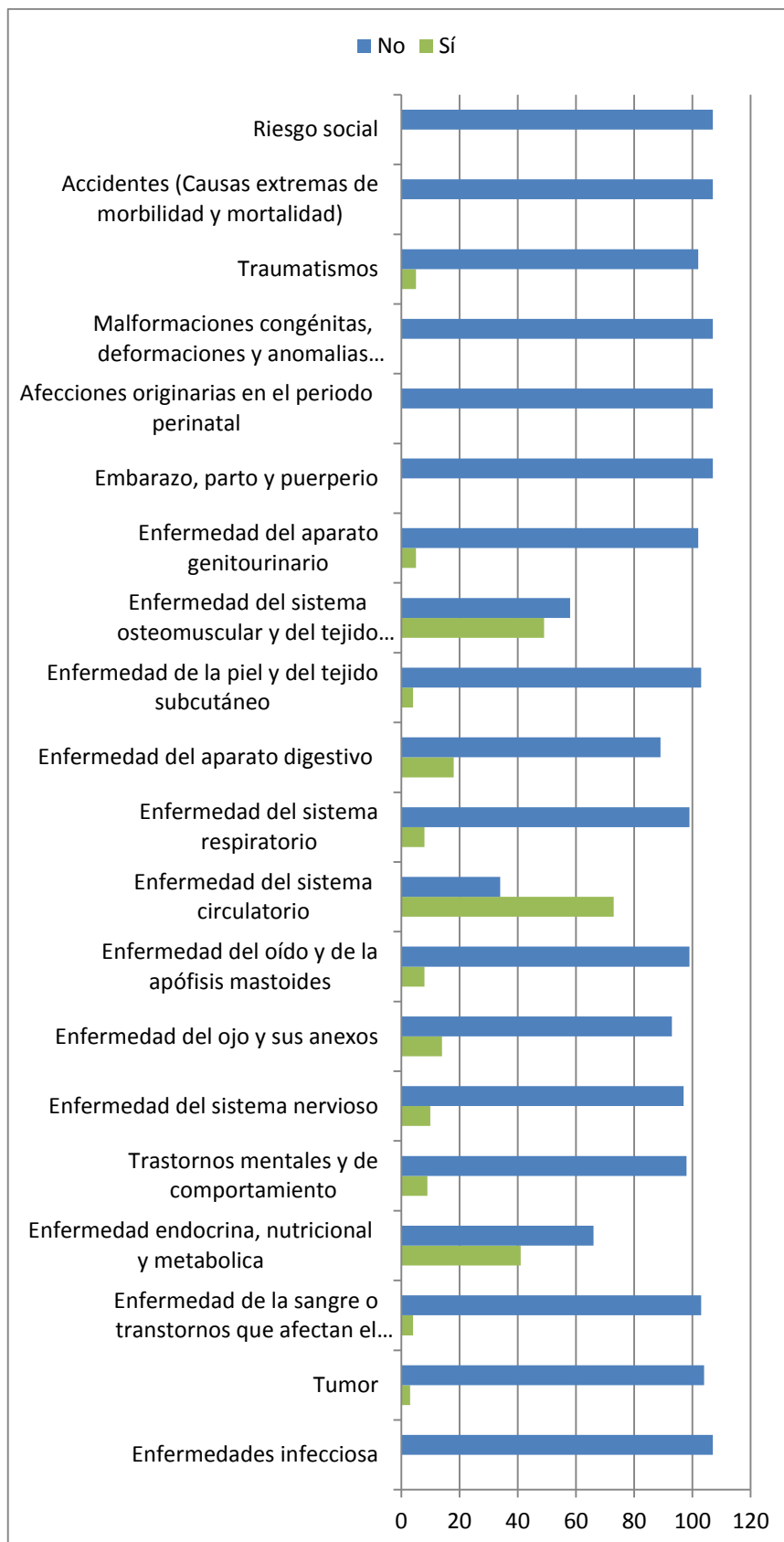


Figura 58: Enfermedades que padecen los cuidadores mayores

En relación a los aspectos asociados a las dolencias, considerando el sexo, cabe señalar que las enfermedades del sistema osteomuscular se asocian más a las mujeres, mientras que las enfermedades del sistema respiratorio se relacionan más con los hombres. Para ambos análisis, la prueba de Chi Cuadrado ha resultado significativa ($p < .05$), aunque el valor del coeficiente de contingencia para dichos casos es bajo, 0.282 en dolencias asociadas a mujeres y 0.198 en las dolencias asociadas a los hombres.

Enfermedad de sistema osteomuscular y tejido conectivo / Sexo

Tabla de contingencia

			Sexo		Total
			Varón	Mujer	
Tiene alguna enfermedad del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	Sí	Recuento	12	37	49
		% dentro de Tiene alguna enfermedad del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	24,5%	75,5%	100,0%
		% dentro de Sexo	27,9%	57,8%	45,8%
	No	Recuento	31	27	58
		% dentro de Tiene alguna enfermedad del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	53,4%	46,6%	100,0%
		% dentro de Sexo	72,1%	42,2%	54,2%
Total	Recuento	43	64	107	
	% dentro de Tiene alguna enfermedad del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	40,2%	59,8%	100,0%	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,266 ^a	1	,002		
Corrección por continuidad ^b	8,101	1	,004		
Razón de verosimilitudes	9,503	1	,002		
Estadístico exacto de Fisher				,003	,002
Asociación lineal por lineal	9,180	1	,002		
N de casos válidos	107				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,69.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,282	,002
N de casos válidos		107	

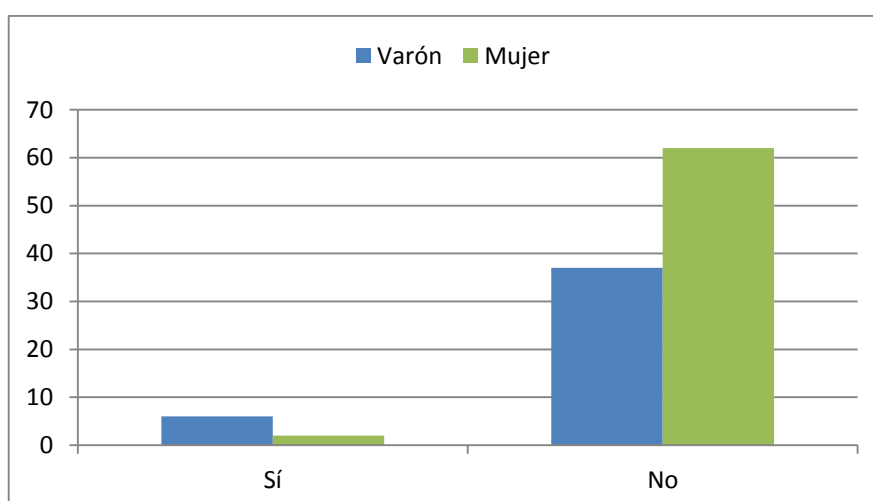


Figura 59: Relación enfermedad osteomuscular y tejido conectivo y sexo

Enfermedad del sistema respiratorio /Sexo

Tabla de contingencia

			Sexo		Total
			Varón	Mujer	
Tiene alguna enfermedad del sistema respiratorio	Sí	Recuento	6	2	8
		% dentro de Tiene alguna enfermedad del sistema respiratorio	75,0%	25,0%	100,0%
		% dentro de Sexo	14,0%	3,1%	7,5%
	No	Recuento	37	62	99
		% dentro de Tiene alguna enfermedad del sistema respiratorio	37,4%	62,6%	100,0%
		% dentro de Sexo	86,0%	96,9%	92,5%
Total	Recuento	43	64	107	
	% dentro de Tiene alguna enfermedad del sistema respiratorio	40,2%	59,8%	100,0%	
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,360 ^a	1	,037		
Corrección por continuidad ^b	2,935	1	,087		
Razón de verosimilitudes	4,327	1	,038		
Estadístico exacto de Fisher				,058	,044
Asociación lineal por lineal	4,319	1	,038		
N de casos válidos	107				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,21.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,198	,037
N de casos válidos		107	

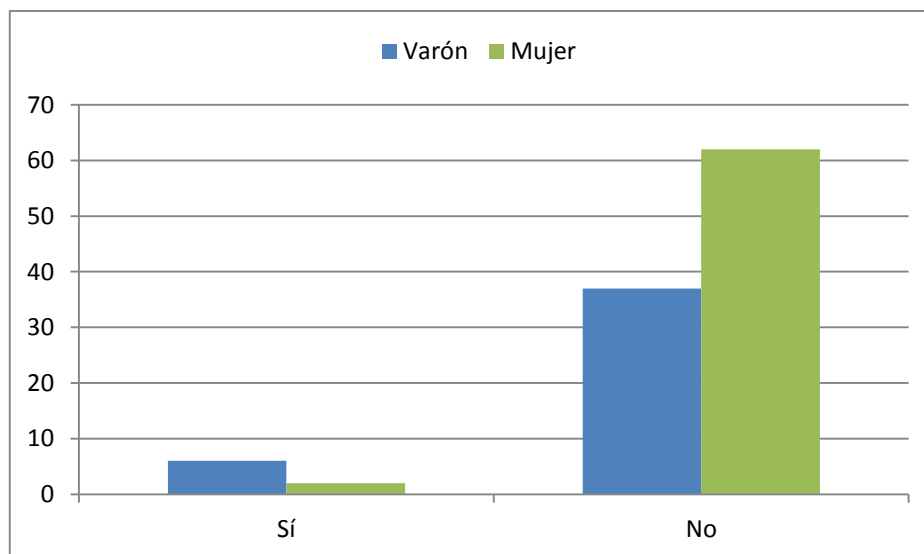


Figura 60: Relación entre enfermedades del sistema respiratorio y el sexo

3.6.3. Consumo de medicamentos

En cuanto al consumo de medicamentos por parte de la población de cuidadores mayores de personas mayores, hay un 6,5% que manifiesta no consumir medicamentos frente a un 93,5% que sí los consume.

		Consumo medicamentos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	100	93,5	93,5	93,5
	No	7	6,5	6,5	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

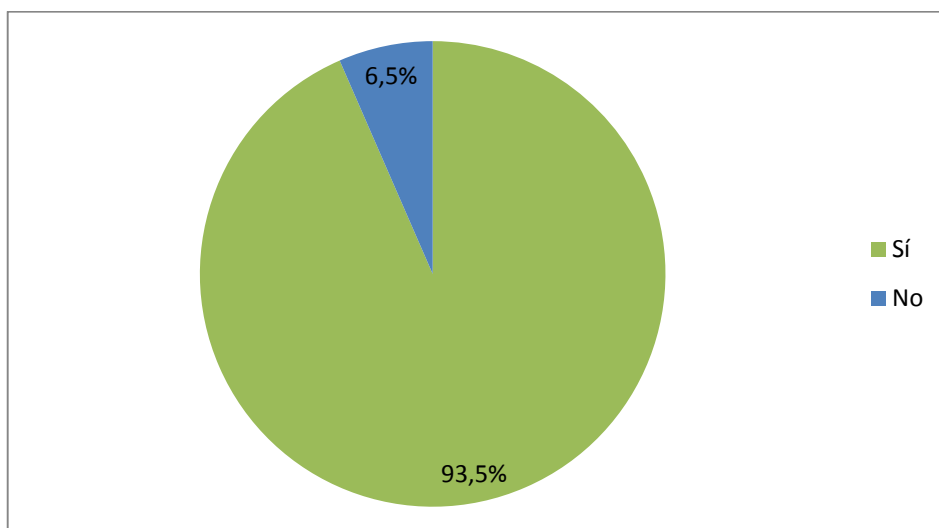


Figura 61: Consumo de medicamentos por parte de los cuidadores mayores

A continuación se detallan aquellos medicamentos consumidos por las personas mayores cuidadoras, donde se puede observar, que el medicamento más consumido es para la tensión arterial (65,4%). Entre el listado presentado cabe destacar los de mayor consumo: medicinas para el dolor de cabeza y piernas (52,3%), para el corazón (37,4%), la diabetes (34,6%), tranquilizantes y pastillas para dormir (33,6%), y medicamentos para bajar el colesterol (28%).

Consumo de medicamentos para el catarro, gripe, garganta, bronquios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	7	6,5	6,5	6,5
	No	100	93,5	93,5	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Consumo de medicamentos para el dolor de cabeza, piernas, fiebre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	56	52,3	52,3	52,3
	No	51	47,7	47,7	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Consumo de medicamentos reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	13	12,1	12,1	12,1
	No	94	87,9	87,9	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Consumo de laxantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	4	3,7	3,7	3,7
	No	103	96,3	96,3	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Consumo de antibióticos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	3	2,8	2,8	2,8
	No	104	97,2	97,2	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Consumo de tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	36	33,6	33,6	33,6
	No	71	66,4	66,4	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Consumo de medicamentos para la alergia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	2	1,9	1,9	1,9
	No	105	98,1	98,1	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Consumo de medicamentos para la diarrea

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	1	,9	,9	,9
	No	106	99,1	99,1	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Consume medicamentos para el corazón

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	40	37,4	37,4	37,4
	No	67	62,6	62,6	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Consume medicamentos para la tensión arterial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	70	65,4	65,4	65,4
	No	37	34,6	34,6	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Consume medicamentos para alteraciones digestivas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	11	10,3	10,3	10,3
	No	96	89,7	89,7	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Consume antidepresivos, estimulantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	14	13,1	13,1	13,1
	No	93	86,9	86,9	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Consume medicamentos o productos para adelgazar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	1	,9	,9	,9
	No	106	99,1	99,1	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Consume medicamentos para la diabetes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	37	34,6	34,6	34,6
	No	70	65,4	65,4	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Consume medicamentos para bajar el colesterol

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	30	28,0	28,0	28,0
	No	77	72,0	72,0	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

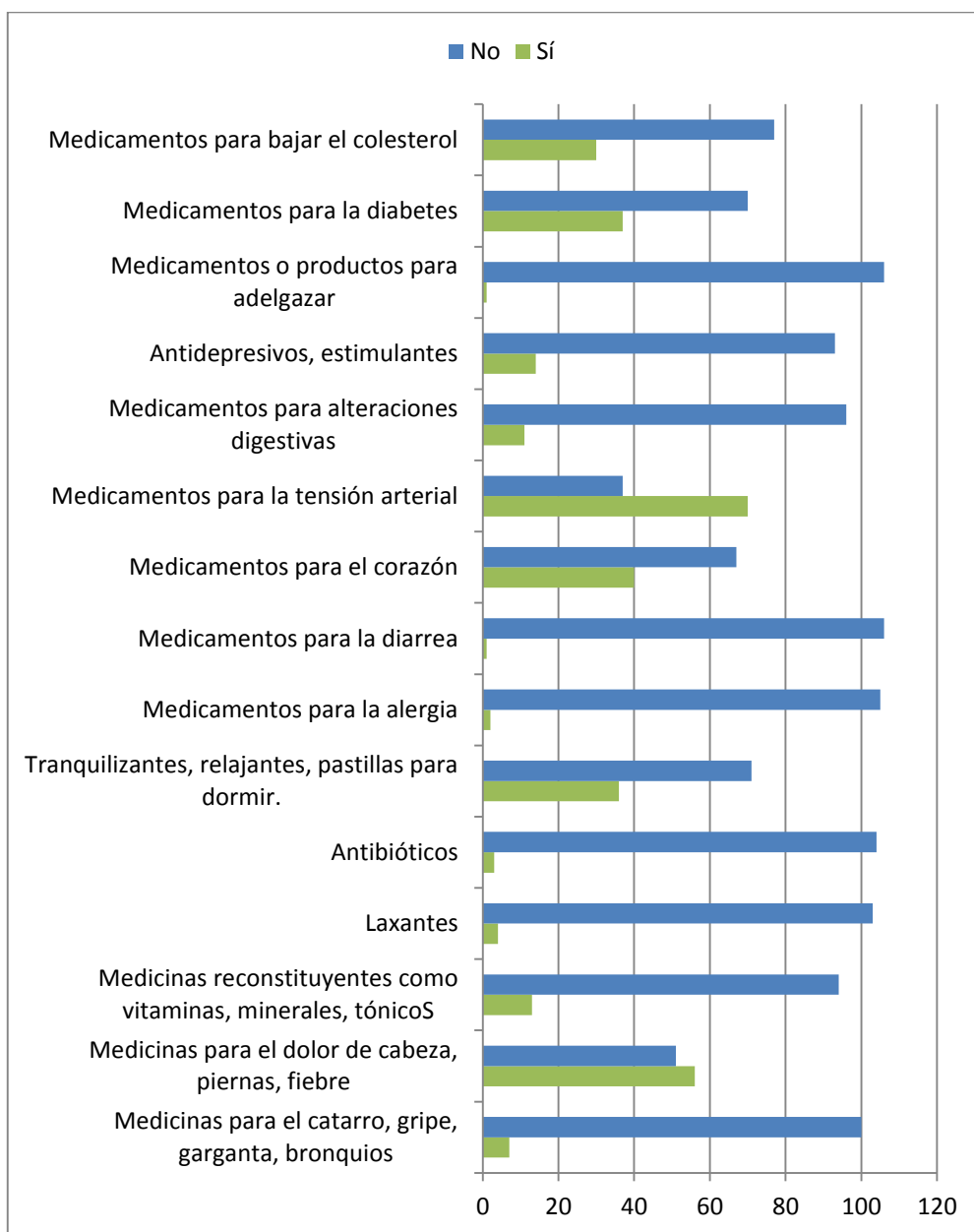


Figura 62: Medicamentos consumidos por los cuidadores mayores

3.6.4. Estado de salud percibida

En lo que respecta al estado de salud percibido por lo cuidadores mayores, el 79,4% considera tener problemas de salud, mientras que el 20,6% estima que no presenta problemas de salud.

		Considera que tiene un problema de salud			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	85	79,4	79,4	79,4
	No	22	20,6	20,6	100,0
Total		107	100,0	100,0	

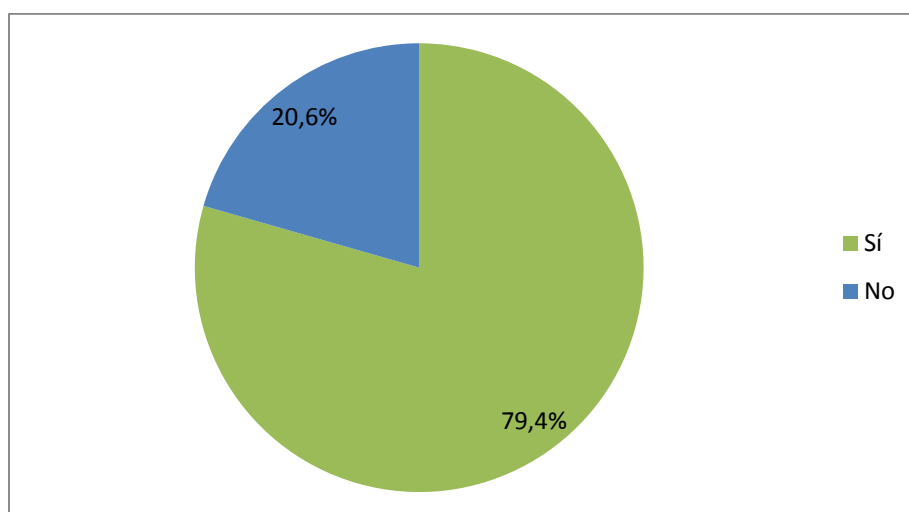


Figura 63: Porcentaje de las personas cuidadoras que consideran que tienen problemas de salud

Por otro lado, en las siguientes tablas se detallan aspectos relacionadas con la percepción del estado de salud, donde se puede observar que el 64,5% de las personas que se encargan de los cuidados señalan sentirse cansados y el 50,5% se siente deprimido/a. Incluso un 44,9% indica que su salud se ha deteriorado y hasta un 8,4% ha tenido que ponerse en tratamiento para sobrellevar la situación (antidepresivos, de ansiedad, nervios,...). Un porcentaje mucho menor (1,9%) indica tener otros problemas relacionados con su salud.

Considera que se ha deteriorado su salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	48	44,9	44,9	44,9
	No	59	55,1	55,1	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Se ha tenido que poner en tratamiento para poder llevar la situación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	9	8,4	8,4	8,4
	No	98	91,6	91,6	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Se encuentra cansado/a

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	69	64,5	64,5	64,5
	No	38	35,5	35,5	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Se siente deprimido/a

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	54	50,5	50,5	50,5
	No	53	49,5	49,5	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Tiene otros problemas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	2	1,9	1,9	1,9
	No	105	98,1	98,1	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

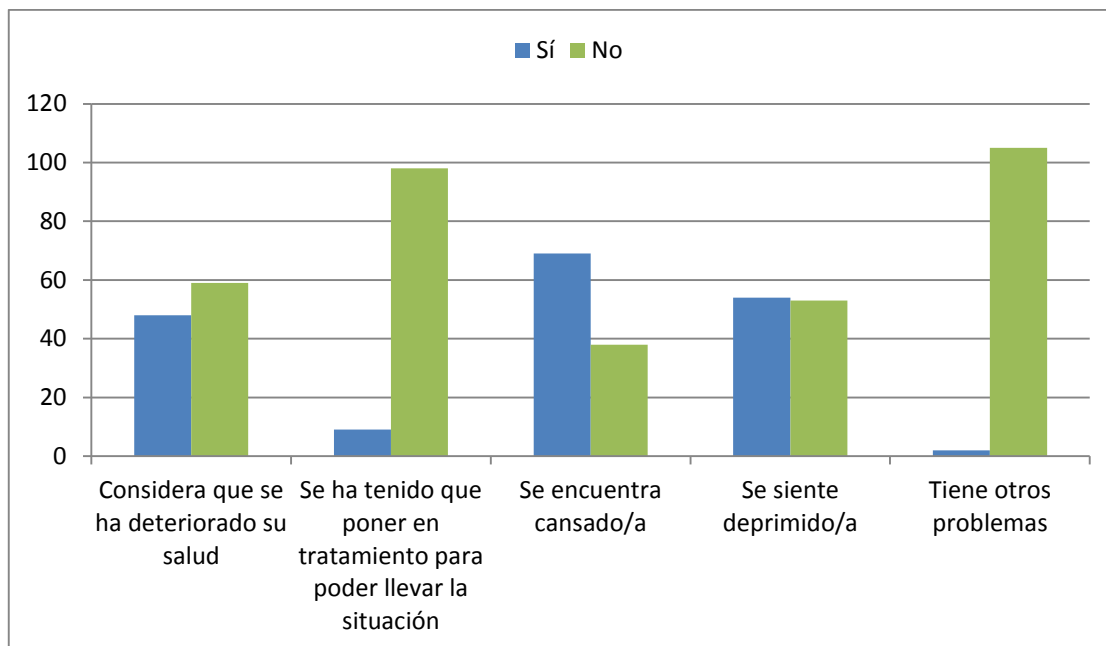


Figura 64: Autopercepción del estado de salud

Sobre la percepción de la salud, se ha hallado, a través de la prueba de Chi Cuadrado, una relación estadísticamente significativa ($p < .05$) entre quienes consideran que se ha deteriorado su salud y el nivel de dependencia de la persona cuidada, pues a mayor dependencia, mayor consideración del deterioro de la salud. Esta asociación tiene, sin embargo, un valor bajo, de .339.

Su salud se ha deteriorado / Nivel de dependencia

Tabla de contingencia

			Grado de dependencia de la persona cuidada			Total
			Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	
Considera que se ha deteriorado su salud	Sí	Recuento	5	13	30	48
		% dentro de Considera que se ha deteriorado su salud	10,4%	27,1%	62,5%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	16,7%	50,0%	58,8%	44,9%
	No	Recuento	25	13	21	59
		% dentro de Considera que se ha deteriorado su salud	42,4%	22,0%	35,6%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	83,3%	50,0%	41,2%	55,1%
Total		Recuento	30	26	51	107
		% dentro de Considera que se ha deteriorado su salud	28,0%	24,3%	47,7%	100,0%
		% dentro de Grado de dependencia de la persona cuidada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,938 ^a	2	,001
Razón de verosimilitudes	15,019	2	,001
Asociación lineal por lineal	12,644	1	,000
N de casos válidos	107		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,66.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,339	,001
N de casos válidos		107	

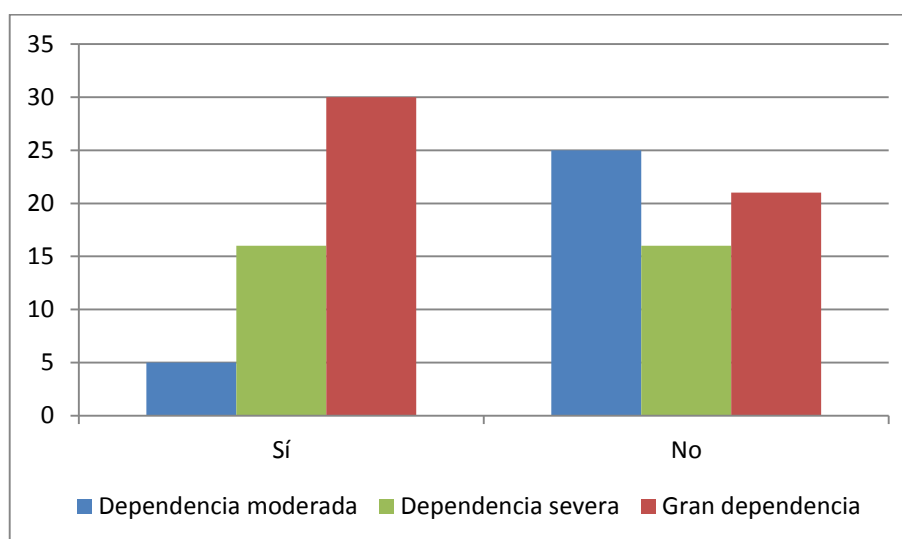


Figura 65: Relación entre nivel de dependencia de la persona cuidada y el deterioro de salud del cuidador

3.7. Capacidad funcional de la persona que realiza los cuidados

3.7.1. Nivel para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria

Respecto a la capacidad de los cuidadores mayores para realizar las actividades básicas de la vida diaria, el 71% de los encuestados se muestra independiente en todas sus funciones, según el índice de Katz. Por otro lado, el 18,7% es independiente en todas las funciones menos una, un 6,5% es independiente en todas menos dos y un 3,7% se reparte en niveles mayores de dependencia.

índice de Katz

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Independiente en todas las funciones	76	71,0	71,0	71,0
Independiente en todas las funciones menos una cualquiera	20	18,7	18,7	89,7
Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera	7	6,5	6,5	96,3
Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y cualquier otra	1	,9	,9	97,2
Independiente en todas las funciones menos en baño, vestido, uso del váter y otra cualquiera	2	1,9	1,9	99,1
Independiente en todas las funciones menos en baño, vestido, uso del váter, movilidad y otra cualquiera	1	,9	,9	100,0
Total	107	100,0	100,0	

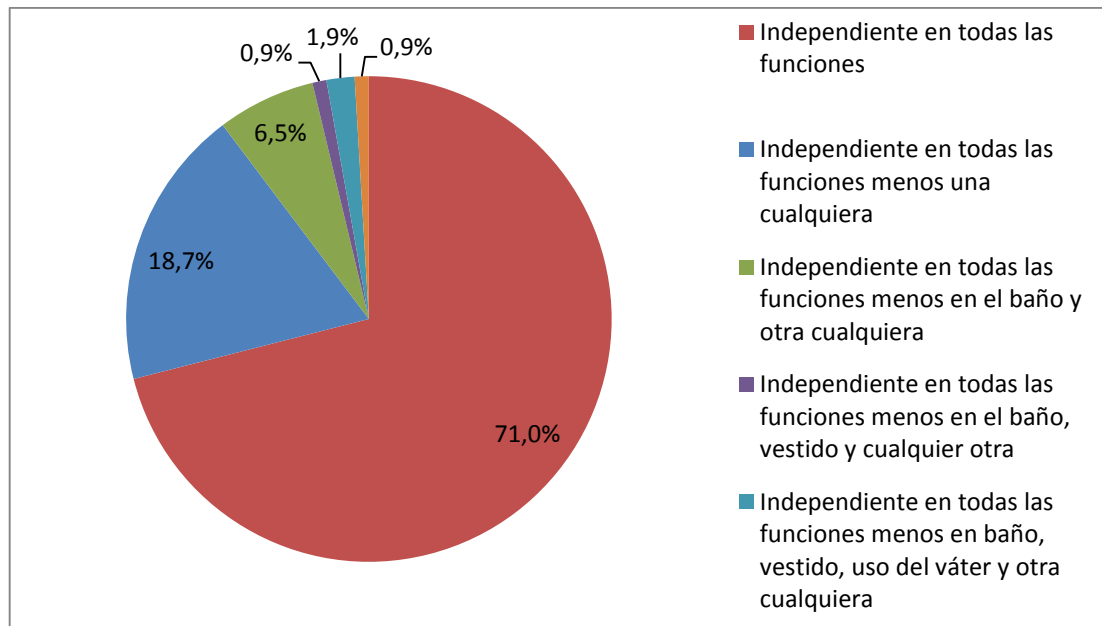


Figura 66: Capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria

Dado que son escalas muy utilizadas dentro de la comunidad sociosanitaria y, además, la muestra es $>$ de 30, se han realizado pruebas paramétricas. Más aún, como estas escalas, además, permiten pruebas post hoc, también se han aplicado, ya que ofrecen mayor detalle de las diferencias entre grupos.

En base a este criterio, las diferencias estadísticamente significativas se encuentran, principalmente, según el grupo de edad. Para comprobarlo se ha realizado un análisis de la Anova de un factor, cuyo resultado indica una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.019$). Para mayor detalle y conocer concretamente entre que grupos están las diferencias de media, mediante la prueba post hoc de Games-Howell, se observa que las diferencias significativas se hallan entre el intervalo de edad de 65-69 años y el intervalo de 80-84 años.

En este sentido, las personas de edades entre 65-69 años presentan una elevada capacidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y sin embargo, las personas de 80-84 años muestran mayor dependencia a la hora de realizar dichas actividades.

ANOVA de un factor

Índice de Katz

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	9,830	4	2,458	3,102	,019
Intra-grupos	80,805	102	,792		
Total	90,636	106			

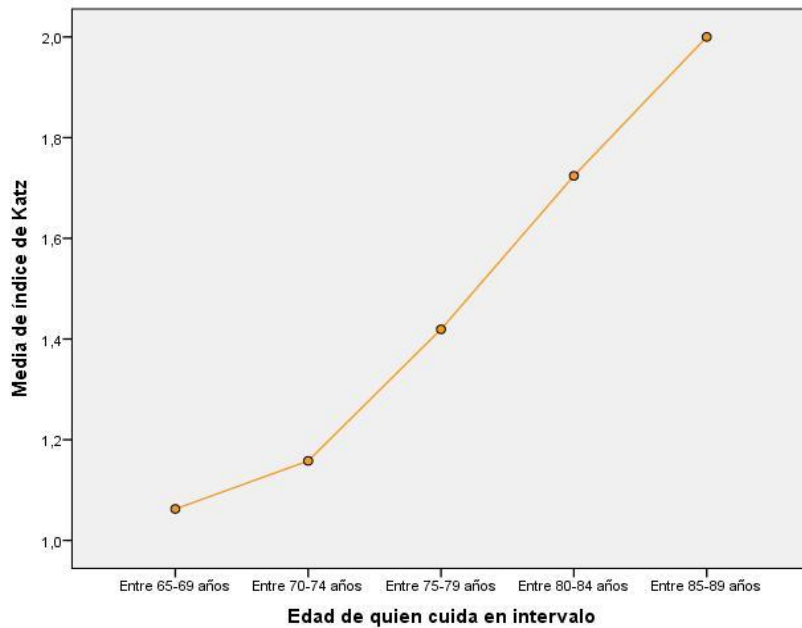
Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Índice de Katz

Games-Howell

(I) Edad de quien cuida en intervalo	(J) Edad de quien cuida en intervalo	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Entre 65-69 años	Entre 70-74 años	-,095	,131	,948	-,48	,29
	Entre 75-79 años	-,357	,165	,213	-,83	,11
	Entre 80-84 años	-,662*	,175	,005	-1,17	-,16
	Entre 85-89 años	-,938	,496	,375	-2,53	,66
Entre 70-74 años	Entre 65-69 años	,095	,131	,948	-,29	,48
	Entre 75-79 años	-,261	,191	,649	-,80	,28
	Entre 80-84 años	-,566	,200	,051	-1,13	,00
	Entre 85-89 años	-,842	,506	,487	-2,45	,77
Entre 75-79 años	Entre 65-69 años	,357	,165	,213	-,11	,83
	Entre 70-74 años	,261	,191	,649	-,28	,80
	Entre 80-84 años	-,305	,224	,653	-,93	,33
	Entre 85-89 años	-,581	,515	,790	-2,20	1,04
Entre 80-84 años	Entre 65-69 años	,662*	,175	,005	,16	1,17
	Entre 70-74 años	,566	,200	,051	,00	1,13
	Entre 75-79 años	,305	,224	,653	-,33	,93
	Entre 85-89 años	-,276	,519	,982	-1,90	1,35
Entre 85-89 años	Entre 65-69 años	,938	,496	,375	-,66	2,53
	Entre 70-74 años	,842	,506	,487	-,77	2,45
	Entre 75-79 años	,581	,515	,790	-1,04	2,20
	Entre 80-84 años	,276	,519	,982	-1,35	1,90

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.



Otro de los aspectos diferenciales relacionados con el índice de Katz, que explica la demanda de ayuda por parte de las personas cuidadoras, son las dificultades que se manifiestan a la hora de cuidar. En este sentido, las personas que señalan tener dificultades y necesitar ayuda para realizar los cuidados, son quienes puntúan más en la escala de actividades básicas de la vida diaria y que, por tanto, son dependientes en la realización de alguna de las actividades básicas. La diferencia es significativa ($p=.003$) según la prueba T de Student, asumiendo que las varianzas no son iguales como indica la prueba de Levene; por tanto, hay diferencia entre las personas que señalan necesitar ayuda, según la puntuación que tengan en el índice de Katz.

Estadísticos de grupo

	Considera que necesita ayuda para realizar los cuidados	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
Índice de Katz	Sí	75	1,60	1,040	,120
	No	32	1,16	,448	,079

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	Inferior	Superior
Índice de Katz	Se han asumido varianzas iguales	14,551	,000	2,319	105	,022	,444	,191	,064	,823
	No se han asumido varianzas iguales			3,086	104,969	,003	,444	,144	,159	,729

También se observan diferencias entre la capacidad para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria y el número de enfermedades crónicas, así pues, mediante al análisis de la Anova de un factor, se confirma que estas diferencias son significativas ($p=.000$). Una información más detallada, mediante la prueba de Games – Howell, indica que las diferencias se encuentran entre quienes no tiene ninguna enfermedad y quienes tienen 3 o más enfermedades crónicas. No se han encontrado diferencias significativas entre el resto de los grupos considerados en el análisis. Por lo tanto, la diferencia más importante se encuentra entre las personas que no padecen enfermedad alguna, que son independientes en todas sus funciones, y entre las personas que sufren 3 o más enfermedades, que presentan un nivel de dependencia mayor, en cuanto a las actividades básicas de la vida diaria se refieren.

ANOVA de un factor

índice de Katz

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	15,189	3	5,063	6,912	,000
Intra-grupos	75,447	103	,732		
Total	90,636	106			

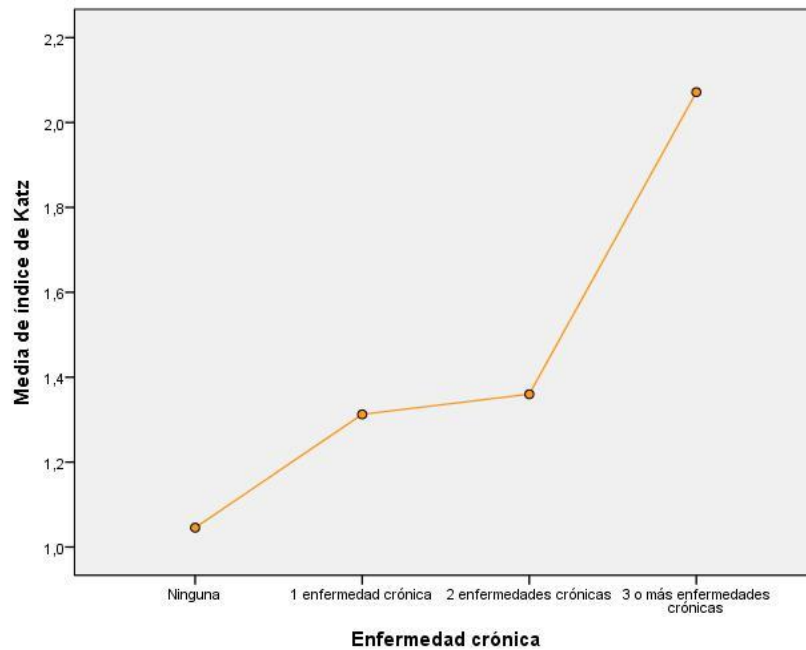
Comparaciones múltiples

Variable dependiente: índice de Katz

Games-Howell

(I) Enfermedad crónica	(J) Enfermedad crónica	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Ninguna	1 enfermedad crónica	-,267	,105	,067	-,55	,01
	2 enfermedades crónicas	-,315	,122	,069	-,65	,02
	3 o más enfermedades crónicas	-1,026*	,280	,005	-1,79	-,26
1 enfermedad crónica	Ninguna	,267	,105	,067	-,01	,55
	2 enfermedades crónicas	-,048	,148	,988	-,44	,35
	3 o más enfermedades crónicas	-,759	,292	,064	-1,55	,03
2 enfermedades crónicas	Ninguna	,315	,122	,069	-,02	,65
	1 enfermedad crónica	,048	,148	,988	-,35	,44
	3 o más enfermedades crónicas	-,711	,299	,100	-1,52	,09
3 o más enfermedades crónicas	Ninguna	1,026*	,280	,005	,26	1,79
	1 enfermedad crónica	,759	,292	,064	-,03	1,55
	2 enfermedades crónicas	,711	,299	,100	-,09	1,52

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.



En relación a la escala de Katz, también se han observado diferencias de media entre quienes consideran que su salud se ha deteriorado y entre quienes no. En esta línea podemos señalar que, las personas que consideran que su salud se ha deteriorado presentan valores medios más altos (1,71) en la escala de Katz, que las persona que señalan no haberse deteriorado su salud (1,27). La diferencia es significativa ($p=.020$), asumiendo que las varianzas no son iguales, como indica la prueba de Levene.

Estadísticos de grupo

Considera que se ha deteriorado su salud		N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
índice de Katz	Sí	48	1,71	1,110	,160
	No	59	1,27	,691	,090

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	Inferior	Superior
índice de Katz	Se han asumido varianzas iguales	9,979	,002	2,491	105	,014	,437	,175	,089	,785
	No se han asumido varianzas iguales			2,379	75,214	,020	,437	,184	,071	,803

3.7.2. Nivel para el desarrollo de actividades instrumentales de la vida diaria

En cuanto a la capacidad para el desarrollo de las actividades instrumentales de la vida diaria, según los datos obtenidos aplicando la escala de Lawton y Brody, más del 50% de las personas mayores que realizan los cuidados se encuentran ante una dependencia ligera (28%) y una dependencia moderada (28%), seguido en representación por un 23,4% de personas independientes en las actividades instrumentales. La dependencia severa es de un 14% y la total registra un 6,5%.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Dependencia total	7	6,5	6,5	6,5
Dependencia severa	15	14,0	14,0	20,6
Dependencia moderada	30	28,0	28,0	48,6
Dependencia ligera	30	28,0	28,0	76,6
Independencia	25	23,4	23,4	100,0
Total	107	100,0	100,0	

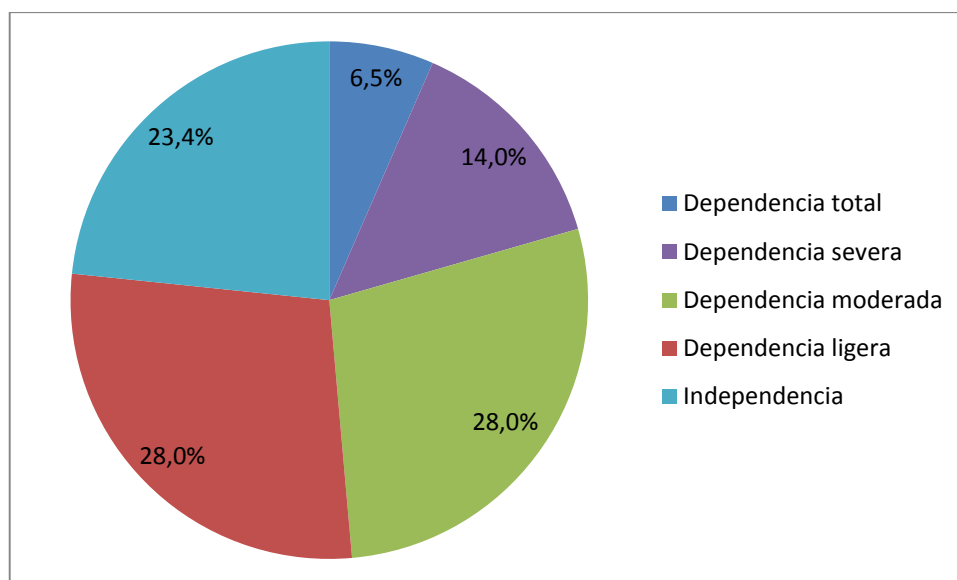


Figura 67: Capacidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria

Esta escala, que valora la capacidad de realizar actividades instrumentales de la vida diaria, presenta diferencias estadísticamente significativas en función del sexo; concretamente, las mujeres, al presentar valores medios más altos, se sitúan dentro de una dependencia prácticamente ligera, mientras que los hombres estarían en valores medios, que representan una dependencia moderada. La diferencia según sexo, como indica la prueba T de Student, es significativa ($p=.005$), asumiendo la igualdad de varianzas, según indica la prueba de Levene.

Estadísticos de grupo					
	Sexo	N	Media	Desviación ttp.	Error ttp. de la media
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody	Varón	43	3,09	1,171	,179
	Mujer	64	3,73	1,130	,141

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error ttp. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody	Se han asumido varianzas iguales	,011	,917	-2,836	105	,005	-,641	,226	-1,090	-,193
	No se han asumido varianzas iguales			-2,816	88,020	,006	-,641	,228	-1,094	-,189

Considerando los grupos de edad y la escala de Lawton y Brody, también se observan diferencias estadísticamente significativas ($p=.000$) mediante la prueba de la Anova de un factor. Con la finalidad de un análisis más profundo mediante las comparaciones múltiples que ofrece la prueba de Games-Howell, se puede observar que las diferencias residen en el grupo de 80 – 84 años en relación al resto de intervalos de edad (salvo en el intervalo 85 – 89 años). Por tanto, las diferencias en las actividades instrumentales para el desarrollo de la vida diaria, se observan al comparar el grupo de personas mayores de 80 años y más, con el resto de personas mayores comprendidos entre 65 y 79 años. Se puede interpretar en estos datos, que a partir de los 80 años se puede hablar de una cuarta edad, porque es donde los datos indican que hay diferencias con el resto de personas en relación a las habilidades instrumentales. La tercera edad sería de los 65 a los 79, donde estas habilidades instrumentales se siguen teniendo, y la

cuarta edad sería a partir de los 80 años que es donde se comienzan a perder esas habilidades instrumentales.

ANOVA de un factor

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	33,915	4	8,479	7,535	,000
Intra-grupos	114,776	102	1,125		
Total	148,692	106			

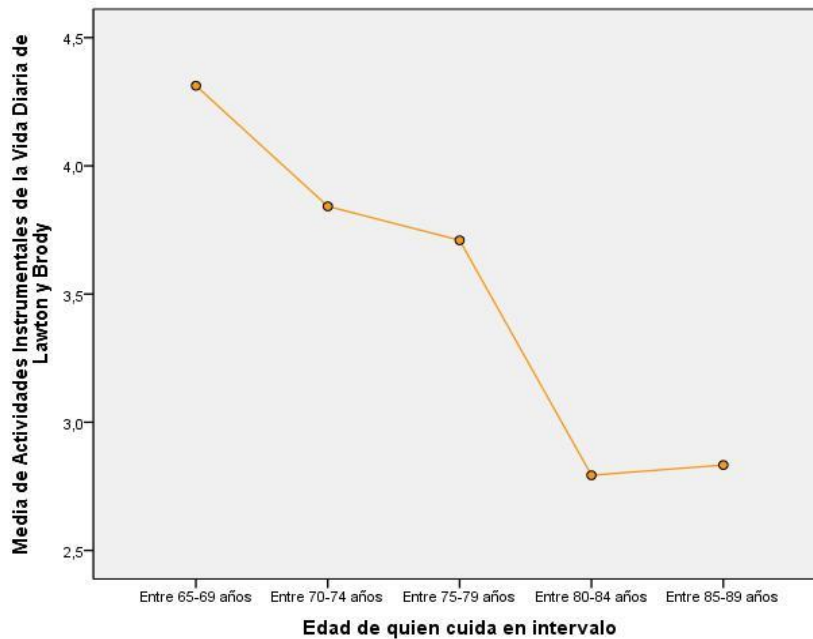
Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody

Games-Howell

(I) Edad de quien cuida en intervalo	(J) Edad de quien cuida en intervalo	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Entre 65-69 años	Entre 70-74 años	,470	,324	,601	-,47	1,41
	Entre 75-79 años	,603	,272	,196	-,18	1,38
	Entre 80-84 años	1,519*	,282	,000	,71	2,33
	Entre 85-89 años	1,479*	,416	,018	,22	2,74
Entre 70-74 años	Entre 65-69 años	-,470	,324	,601	-1,41	,47
	Entre 75-79 años	,132	,317	,993	-,78	1,04
	Entre 80-84 años	1,049*	,326	,021	,12	1,98
	Entre 85-89 años	1,009	,447	,198	-,32	2,34
Entre 75-79 años	Entre 65-69 años	-,603	,272	,196	-1,38	,18
	Entre 70-74 años	-,132	,317	,993	-1,04	,78
	Entre 80-84 años	,917*	,274	,012	,14	1,69
	Entre 85-89 años	,876	,411	,251	-,37	2,13
Entre 80-84 años	Entre 65-69 años	-1,519*	,282	,000	-2,33	-,71
	Entre 70-74 años	-1,049*	,326	,021	-1,98	-,12
	Entre 75-79 años	-,917*	,274	,012	-1,69	-,14
	Entre 85-89 años	-,040	,417	1,000	-1,30	1,22
Entre 85-89 años	Entre 65-69 años	-1,479*	,416	,018	-2,74	-,22
	Entre 70-74 años	-1,009	,447	,198	-2,34	,32
	Entre 75-79 años	-,876	,411	,251	-2,13	,37
	Entre 80-84 años	,040	,417	1,000	-1,22	1,30

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.



Otro de los aspectos diferenciales que cabe añadir en este análisis, y según los datos de la tabla correspondiente, hace referencia a la necesidad de ayuda, donde también se han encontrado diferencias que tienen interés para la investigación. En este sentido, las diferencias muestran que quienes necesitan ayuda tienen un valor medio próximo a la dependencia moderada. Por otro lado, las personas cuidadoras que consideran no necesitar ayuda registran un valor medio, dentro de los niveles de dependencia ligera y la independencia, respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria. Para concretar, cabe añadir que estas diferencias son significativas al .000, asumiendo la igualdad de varianzas según recoge la prueba de Levene.

Estadísticos de grupo

Considera que necesita ayuda para realizar los cuidados	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media	
					Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody
	No	32	4,22	,906	,160

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody	Se han asumido varianzas iguales	2,935	,090	-4,623	105	,000	-1,059	,229	-1,513	-,605
	No se han asumido varianzas iguales			-5,085	73,730	,000	-1,059	,208	-1,474	-,644

El número de enfermedades crónicas también registra diferencias de medias entre quienes no tienen ninguna enfermedad y entre quienes tienen 3 o más enfermedades crónicas ($p=.004$). Como se puede observar, quienes no tienen enfermedad se sitúa en niveles de dependencia ligera, mientras que las personas que tienen 3 o más enfermedades se ubican en niveles de dependencia moderada.

ANOVA de un factor

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	15,986	3	5,329	4,136	,008
Intra-grupos	132,706	103	1,288		
Total	148,692	106			

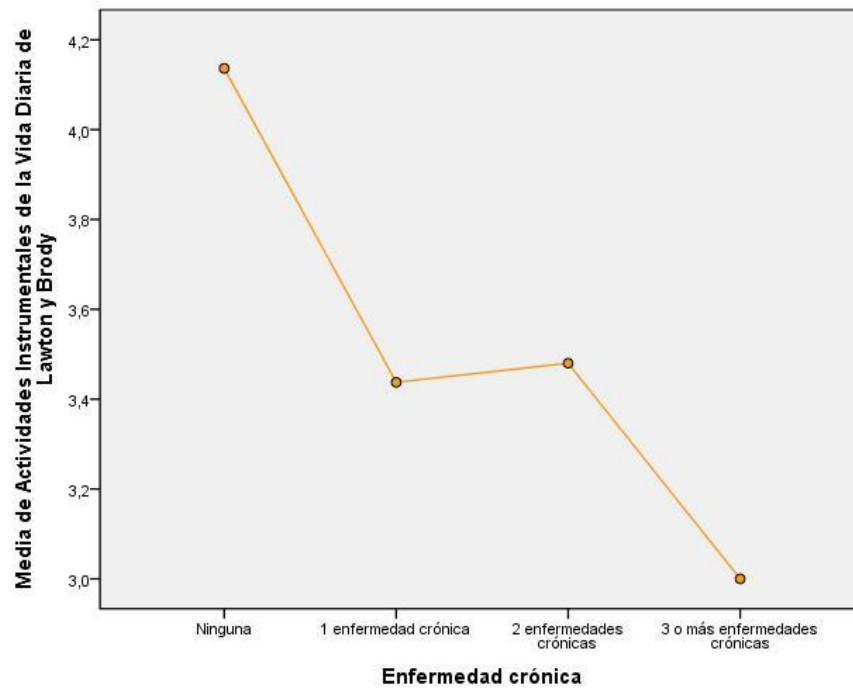
Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody

Games-Howell

(I) Enfermedad crónica	(J) Enfermedad crónica	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Ninguna	1 enfermedad crónica	,699	,308	,119	-,12	1,52
	2 enfermedades crónicas	,656	,286	,114	-,11	1,42
	3 o más enfermedades crónicas	1,136*	,312	,004	,31	1,97
1 enfermedad crónica	Ninguna	-,699	,308	,119	-1,52	,12
	2 enfermedades crónicas	-,043	,296	,999	-,83	,74
	3 o más enfermedades crónicas	,438	,321	,528	-,41	1,29
2 enfermedades crónicas	Ninguna	-,656	,286	,114	-1,42	,11
	1 enfermedad crónica	,043	,296	,999	-,74	,83
	3 o más enfermedades crónicas	,480	,300	,388	-,32	1,28
3 o más enfermedades crónicas	Ninguna	-1,136*	,312	,004	-1,97	-,31
	1 enfermedad crónica	-,438	,321	,528	-1,29	,41
	2 enfermedades crónicas	-,480	,300	,388	-1,28	,32

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.



3.8. Alteración emocional de las personas que realizan los cuidados

3.8.1. Sobrecarga del cuidador

En cuanto a la sobrecarga del cuidador se refiere, según los datos obtenidos al aplicar la escala de Zarit, se puede observar que, aunque existe un 46,7% de cuidadores/as que no tienen sobrecarga, los datos reflejan que un 53,3% de las personas cuidadoras sí tienen sobre carga, distribuyéndose en un 31,8% entre quienes tienen una sobrecarga intensa y un 21,5% con una sobrecarga leve.

Escala de sobrecarga de la persona cuidadora de Zarit

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No hay sobrecarga	50	46,7	46,7	46,7
Hay sobrecarga leve	23	21,5	21,5	68,2
Hay sobrecarga intensa	34	31,8	31,8	100,0
Total	107	100,0	100,0	

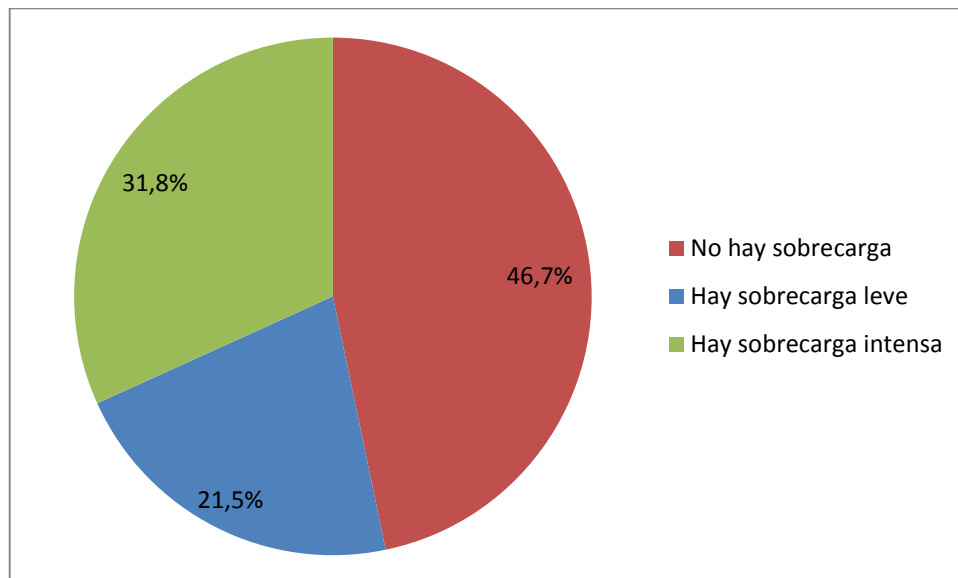


Figura 68: Sobrecarga del cuidador mayor de personas mayores

Las diferencias de medias analizadas, según la prueba T de Student, indican que hay diferencias significativas entre quienes señalan necesitar ayuda y el nivel de sobrecarga; a este respecto, las personas cuidadoras que indican necesitar ayuda presentan un valor medio de 2,05, situándose dicho valor en el nivel de sobrecarga leve, mientras que quienes precisan no necesitar ayuda para realizar los cuidados no tiene sobrecarga. Estas diferencias son estadísticamente significativa ($p=.000$), como indica la prueba T de Student, no asumiendo varianzas iguales según registra la prueba de Levene.

Estadísticos de grupo					
Considera que necesita ayuda para realizar los cuidados		N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
Escala de sobrecarga de la persona cuidadora de Zarit	Sí	75	2,05	,914	,106
	No	32	1,38	,554	,098

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Escala de sobrecarga de la persona cuidadora de Zarit	Se han asumido varianzas iguales	23,829	,000	3,899	105	,000	,678	,174	,333	1,023
	No se han asumido varianzas iguales			4,714	92,565	,000	,678	,144	,393	,964

Hay diferencias significativas entre quienes consideran que su salud se ha deteriorado y entre el grupo de personas que no lo considera; en este sentido, aquellas personas que afirman que su salud se ha deteriorado tienen una media superior (2,29), dentro del nivel de sobrecarga leve frente a quienes no consideran que su salud se ha deteriorado, con una media de 1,49, donde no hay sobrecarga. La diferencia es significativa ($p=.000$), como indica la prueba T de Student, asumiendo la igualdad de varianzas según indica la prueba de Levene.

Estadísticos de grupo

	Considera que se ha deteriorado su salud	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Escala de sobrecarga de la persona cuidadora de Zarit	Si	48	2,29	,771	,111
	No	59	1,49	,796	,104

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
Escala de sobrecarga de la persona cuidadora de Zarit	Se han asumido varianzas iguales	,003	,953	5,246	105	,000	,800	,153	,498	1,103
	No se han asumido varianzas iguales			5,263	101,827	,000	,800	,152	,499	1,102

El nivel de dependencia es un aspecto a tener en consideración, en su relación con el nivel de sobrecarga, puesto que se detectan diferencias estadísticamente significativas en las medias de ambas variables. Para ello se realiza la prueba de la Anova para un factor, que confirma la significación ($p=.000$), y posteriormente se realiza la prueba de comparaciones múltiples de Games-Howell, que permite ver con detalle donde se encuentran esas diferencias significativas y en qué grupos concretos. Así, en la tabla siguiente, se especifica que las diferencias significativas ($p=.000$) están en los grupos de personas que tienen a su cargo dependientes con un nivel moderado y un gran nivel de dependencia. Por lo tanto, los cuidadores que atienden a grandes dependientes o a personas con dependencia moderada, presentan niveles de sobrecarga mayor que los que atienden a personas con dependencia ligera.

ANOVA de un factor

Escala de sobrecarga de la persona cuidadora de Zarit

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	11,857	2	5,929	8,840	,000
Intra-grupos	69,750	104	,671		
Total	81,607	106			

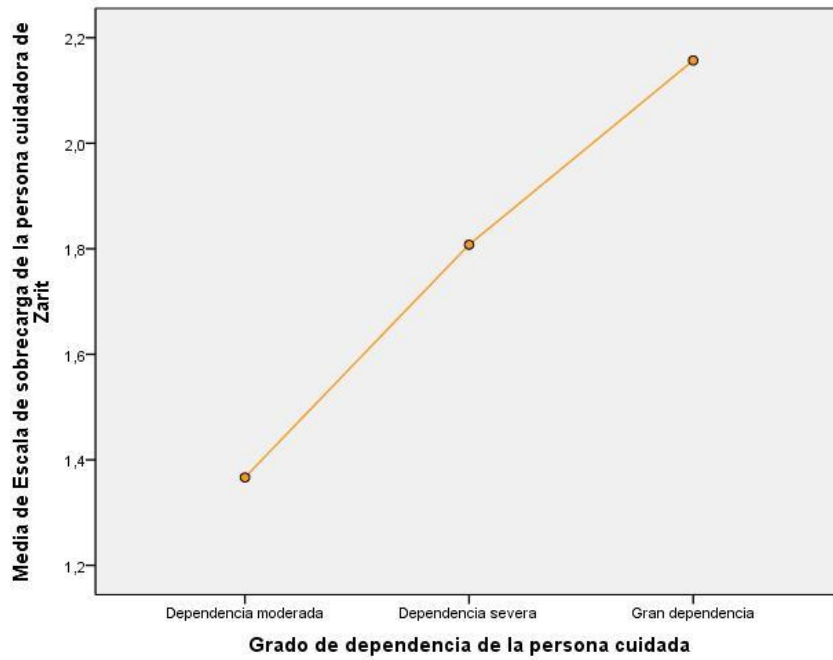
Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Escala de sobrecarga de la persona cuidadora de Zarit

Games-Howell

(I) Grado de dependencia de la persona cuidada	(J) Grado de dependencia de la persona cuidada	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Dependencia moderada	Dependencia severa	-,441	,199	,078	-,92	,04
	Gran dependencia	-,790*	,176	,000	-1,21	-,37
Dependencia severa	Dependencia moderada	,441	,199	,078	-,04	,92
	Gran dependencia	-,349	,202	,202	-,83	,14
Gran dependencia	Dependencia moderada	,790*	,176	,000	,37	1,21
	Dependencia severa	,349	,202	,202	-,14	,83

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.



3.8.2. Riesgo de alteración emocional

En lo que respecta al riesgo emocional de los cuidadores mayores, según los datos obtenidos mediante el cuestionario de salud general de Goldberg, un 68,2% de las personas cuidadoras no requiere consulta del especialista frente a un 31,8% que sí requiere ayuda de personal especialista.

Cuestionario de salud general de Goldberg

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No requiere consulta de especialista	73	68,2	68,2	68,2
Sí requiere consulta de especialista	34	31,8	31,8	100,0
Total	107	100,0	100,0	

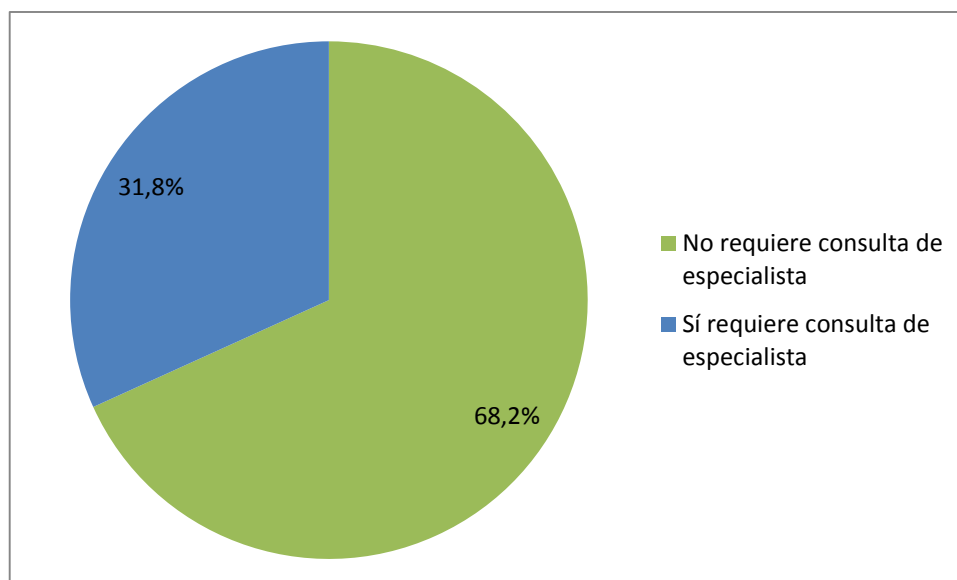


Figura 69: Riesgo de alteración emocional de los cuidadores mayores

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las medias en relación al número de horas dedicadas a los cuidados; en este sentido cabe indicar que la prueba de la Anova para un factor calcula una significación de ($p=.011$). Además, la prueba de Games-Howell especifica que, estas diferencias se encuentran, en concreto, en el grupo de personas que realizan 24 horas de

cuidado con respecto a las personas que se dedican a los cuidados entre 2-4 horas y 8 – 12 horas. Por lo tanto, las personas que realizan los cuidados durante 24 horas presentan mayor sobrecarga en comparación con las personas que realizan los cuidados entre 2-4 horas y 8-12 horas.

ANOVA de un factor

Cuestionario de salud general de Goldberg

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	2,374	3	,791	3,914	,011
Intra-grupos	20,822	103	,202		
Total	23,196	106			

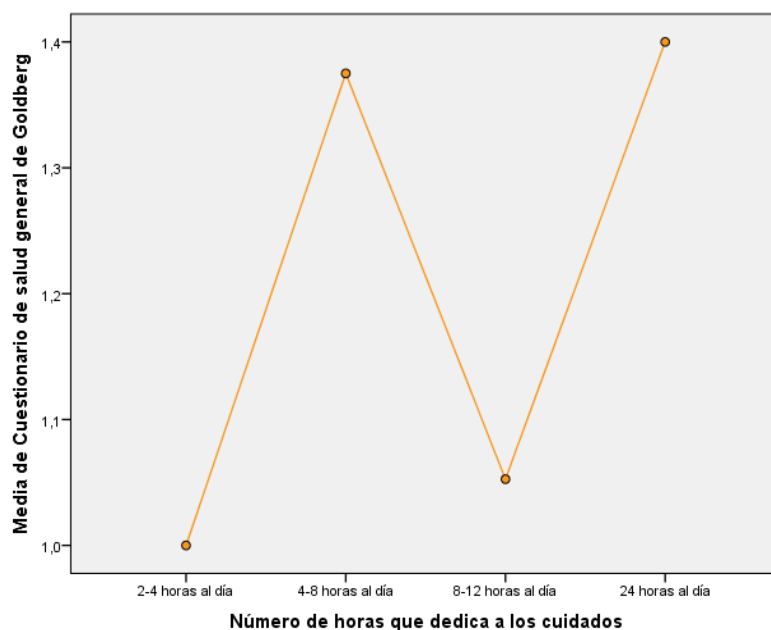
Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Cuestionario de salud general de Goldberg

Games-Howell

(I) Número de horas que dedica a los cuidados	(J) Número de horas que dedica a los cuidados	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
2-4 horas al día	4-8 horas al día	-,375	,183	,257	-,98	,23
	8-12 horas al día	-,053	,053	,751	-,20	,10
	24 horas al día	-,400*	,057	,000	-,55	-,25
4-8 horas al día	2-4 horas al día	,375	,183	,257	-,23	,98
	8-12 horas al día	,322	,190	,385	-,28	,93
	24 horas al día	-,025	,192	,999	-,63	,58
8-12 horas al día	2-4 horas al día	,053	,053	,751	-,10	,20
	4-8 horas al día	-,322	,190	,385	-,93	,28
	24 horas al día	-,347*	,078	,000	-,55	-,14
24 horas al día	2-4 horas al día	,400*	,057	,000	,25	,55
	4-8 horas al día	,025	,192	,999	-,58	,63
	8-12 horas al día	,347*	,078	,000	,14	,55

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.



También se han observado diferencias estadísticamente significativas entre las personas que necesitan ayuda, ya que presentan una media más elevada en la escala de Goldberg, y quienes señalan que no necesitan ayuda. Para concretar, cabe añadir que esta diferencia es significativa ($p=.009$) como indica la prueba T de Student, asumiendo que las varianzas no son iguales, según recoge la prueba de Levene. Por lo tanto, las personas que necesitan ayuda presentan un mayor riesgo emocional en comparación con las personas que no la necesitan.

Estadísticos de grupo

	Considera que necesita ayuda para realizar los cuidados	Estadísticos de grupo		Desviación tip.	Error tip. de la media
		N	Media		
Cuestionario de salud general de Goldberg	Si	75	1,39	,490	,057
	No	32	1,16	,369	,065

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Cuestionario de salud general de Goldberg	Se han asumido varianzas iguales	35,935	,000	2,384	105	,019	,230	,097	,039	,422
	No se han asumido varianzas iguales			2,668	77,007	,009	,230	,086	,058	,402

Otra diferencia estadísticamente significativa, que indica la prueba T de Student, se encuentra entre aquellas personas que consideran que se ha deteriorado su salud, presentando una media más elevada en la escala de Goldberg, que quienes no consideran que su salud se haya deteriorado. Concretamente, esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=.006$), asumiendo que las varianzas no son iguales, según indica la prueba de ajuste de Levene. Por lo tanto, los cuidadores que consideran que su salud se ha deteriorado desde que llevan a cabo las tareas del cuidado, presentan un riesgo de alteración emocional más elevado, en comparación con quienes consideran que su salud no se ha deteriorado.

Estadísticos de grupo

	Considera que se ha deteriorado su salud	N	Media	Desviación tip.	Error típ. de la media
Cuestionario de salud general de Goldberg	Si	48	1,46	,504	,073
	No	59	1,20	,406	,053

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl.	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Cuestionario de salud general de Goldberg	Se han asumido varianzas iguales	23,987	,000	2,900	105	,005	,255	,088	,081	,429
	No se han asumido varianzas iguales			2,837	89,559	,006	,255	,090	,076	,433

El cuestionario de salud general de Goldberg correlaciona con el índice de Katz, la escala de Lawton y Brody y la escala de Zarit. En todos los casos se han encontrado una asociación estadísticamente significativa ($p<0.05$), como se puede observar con detalle en la siguiente tabla. El coeficiente de correlación de Spearman, para con cada uno de los cuestionarios, es bajo en relación al cuestionario de Goldberg, el índice de Katz (.349), la escala de Lawton y Brody (-.209) y la escala de Zarit (.392).

Por lo tanto, los cuidadores más dependientes para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria presentan un riesgo mayor de sufrir alteraciones emocionales. Lo mismo ocurre con la escala de Zarit, de tal modo que, los cuidadores que presentan niveles de sobrecarga más elevados, también presentan un mayor riesgo de presentar alteraciones emocionales.

Correlaciones

			Cuestionario de salud general de Goldberg
Rho de Spearman	índice de Katz	Coefficiente de correlación	,349
		Sig. (bilateral)	,000
		N	107
	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody	Coefficiente de correlación	-,209
		Sig. (bilateral)	,031
		N	107
	Escala de sobrecarga de la persona cuidadora de Zarit	Coefficiente de correlación	,392
		Sig. (bilateral)	,000
		N	107

3.9. Apoyo social de las personas que realizan los cuidados

3.9.1. Cuestionario de apoyo social

En lo que respecta al apoyo social percibido de los cuidadores mayores, según los datos obtenidos en el cuestionario de Duke, se registra un apoyo social percibido normal por parte de la persona mayor cuidadora en un 81,3% de los casos, frente a un 18,7% que refleja un apoyo social percibido bajo.

Cuestionario de apoyo social de Duke

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Apoyo social percibido normal	87	81,3	81,3	81,3
Apoyo social percibido bajo	20	18,7	18,7	100,0
Total	107	100,0	100,0	

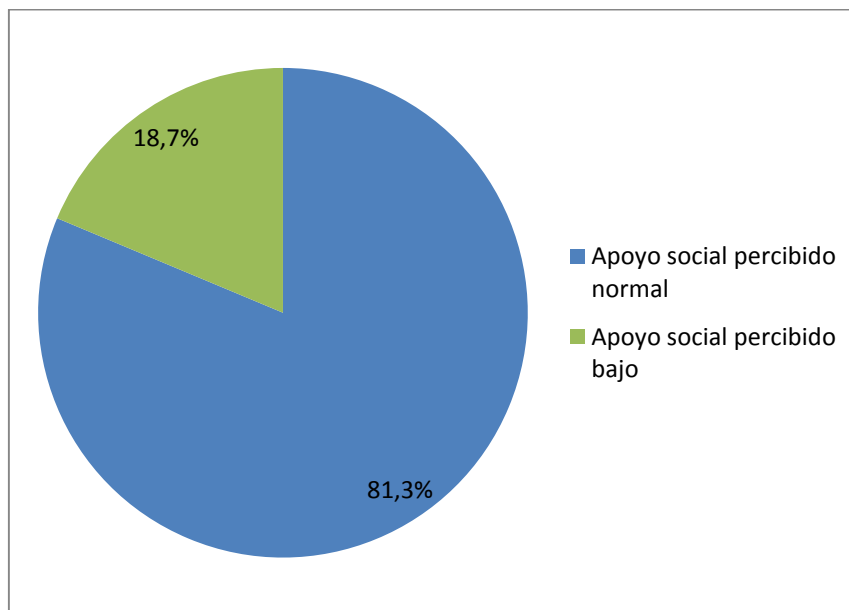


Figura 70: Apoyo social percibido por el cuidador mayor de personas mayores

Uno de los aspectos diferenciales, que cabe añadir en este análisis, hace referencia a la necesidad de ayuda. En este sentido, las diferencias muestran que quienes necesitan ayuda tienen un valor medio de 1,24 (más próximo al apoyo social bajo), mientras que las personas cuidadoras que consideran no necesitar ayuda registran un valor normal (1,06) dentro de los márgenes de apoyo social. Para concretar, cabe añadir, que esta diferencia es significativa ($p=.008$), como indica la prueba T de Student, asumiendo que no hay igualdad de varianzas, según recoge la prueba de Levene.

Estadísticos de grupo					
Cuestionario de apoyo social de Duke	Considera que necesita ayuda para realizar los cuidados	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
		Sí	75	1,24	,430
No	32	1,06	,246	,043	

Prueba de muestras independientes										
Cuestionario de apoyo social de Duke	Se han asumido varianzas iguales	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl.	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	Inferior	Superior
		28,122	,000	2,184	105	,031	,178	,081	,016	,339
No se han asumido varianzas iguales			2,690	96,105	,008	,178	,066	,047	,308	

En relación a la escala de apoyo social de Duke, se han observado diferencias de media entre quienes consideran que su salud se ha deteriorado y quienes no; en esta línea podemos señalar que, las personas que consideran que su salud se ha deteriorado presentan valores medios más altos (1,31), en la escala de Duke, que las persona que señalan no haberse deteriorado su salud (1,08). Esta diferencia es significativa ($p=.004$), según la prueba T de Student, asumiendo que las varianzas no son iguales, como indica la prueba de Levene. Por lo tanto, los cuidadores mayores, que manifiestan que su salud se ha deteriorado desde que desempeñan el rol de cuidador, presentan un apoyo social percibido más bajo, en comparación con las personas cuidadoras que consideran que su salud no se ha deteriorado.

Estadísticos de grupo

	Considera que se ha deteriorado su salud	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
Cuestionario de apoyo social de Duke	Si	48	1,31	,468	,068
	No	59	1,08	,281	,037

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Cuestionario de apoyo social de Duke	Se han asumido varianzas iguales	45,476	,000	3,112	105	,002	,228	,073	,083	,373
	No se han asumido varianzas iguales			2,963	73,430	,004	,228	,077	,075	,381

Hay que tener en consideración el nivel de dependencia, según el análisis del apoyo social de Duke, puesto que se detectan diferencias estadísticamente significativas en las medias. Para ello, se realiza la prueba de la Anova para un factor, que indica una diferencia estadísticamente significativa ($p=.026$). Posteriormente, se realiza la prueba de Games-Howell, que permite ver con precisión donde se encuentran esta diferencia significativa y entre qué grupos concretos. Así, en la tabla que a continuación se detalla, se especifica que las diferencias significativas ($p=.003$) están en los grupos de personas que tienen a su cargo dependientes con un nivel moderado y un gran nivel de dependencia.

Así, las personas mayores cuidadoras, que atienden a personas con dependencia moderada o a grandes dependientes, presentan un nivel de apoyo social percibido más bajo en comparación con quienes tienen a su cargo a personas con dependencia ligera.

ANOVA de un factor

Cuestionario de apoyo social de Duke

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1,100	2	,550	3,772	,026
Intra-grupos	15,162	104	,146		
Total	16,262	106			

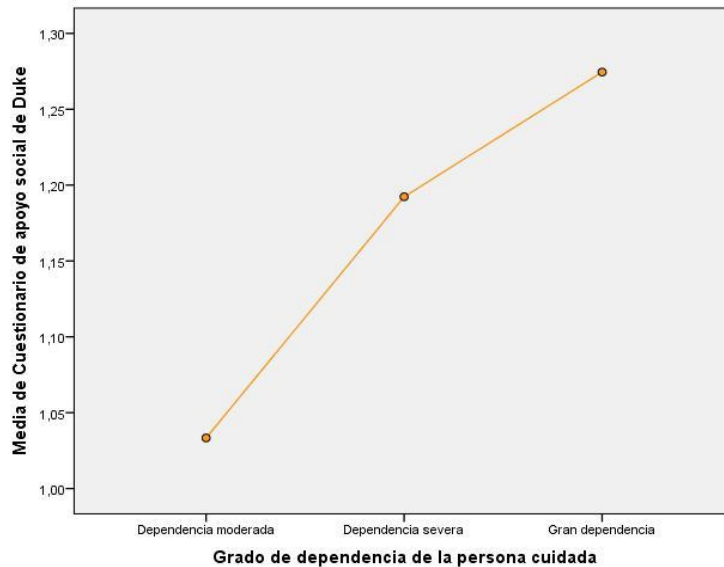
Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Cuestionario de apoyo social de Duke

Games-Howell

(I) Grado de dependencia de la persona cuidada	(J) Grado de dependencia de la persona cuidada	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Dependencia moderada	Dependencia severa	-,159	,086	,167	-,37	,05
	Gran dependencia	-,241*	,071	,003	-,41	-,07
Dependencia severa	Dependencia moderada	,159	,086	,167	-,05	,37
	Gran dependencia	-,082	,101	,696	-,33	,16
Gran dependencia	Dependencia moderada	,241*	,071	,003	,07	,41
	Dependencia severa	,082	,101	,696	-,16	,33

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.



El cuestionario de apoyo social de Duke correlaciona con la escala de sobrecarga de Zarit y el cuestionario de Goldberg, como se puede observar en la tabla siguiente. En este sentido cabe matizar que, el coeficiente de correlación de Spearman indica un valor bajo con la escala de Zarit (.275) y con el cuestionario de Goldberg (.291).

Teniendo en cuenta lo anterior, las personas que presentan un mayor nivel de sobrecarga presentan, por el contrario, un menor apoyo social percibido. Por otro lado, los cuidadores mayores que presentan un menor apoyo social percibido son quienes presentan un mayor riesgo de alteración emocional.

Correlaciones

			Questionario de apoyo social de Duke
Rho de Spearman	Escala de sobrecarga de la persona cuidadora de Zarit	Coefficiente de correlación	,275
		Sig. (bilateral)	,004
		N	107
	Questionario de salud general de Goldberg	Coefficiente de correlación	,291
		Sig. (bilateral)	,002
		N	107

3.9.2. Percepción de la función familiar

En cuanto a la función de la familia, según los datos obtenidos en el cuestionario de APGAR familiar, el 66,4% de las personas encuestadas se encuentra entre de los márgenes de familias normofuncional y el tercio restante se reparte en un 18,7%, en familias con disfunción leve y un 15% en entornos familiares con una disfunción grave.

Percepción de la función familiar. Cuestionario APGAR Familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Normofuncional	71	66,4	66,4	66,4
	Disfuncional leve	20	18,7	18,7	85,0
	Disfuncional grave	16	15,0	15,0	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

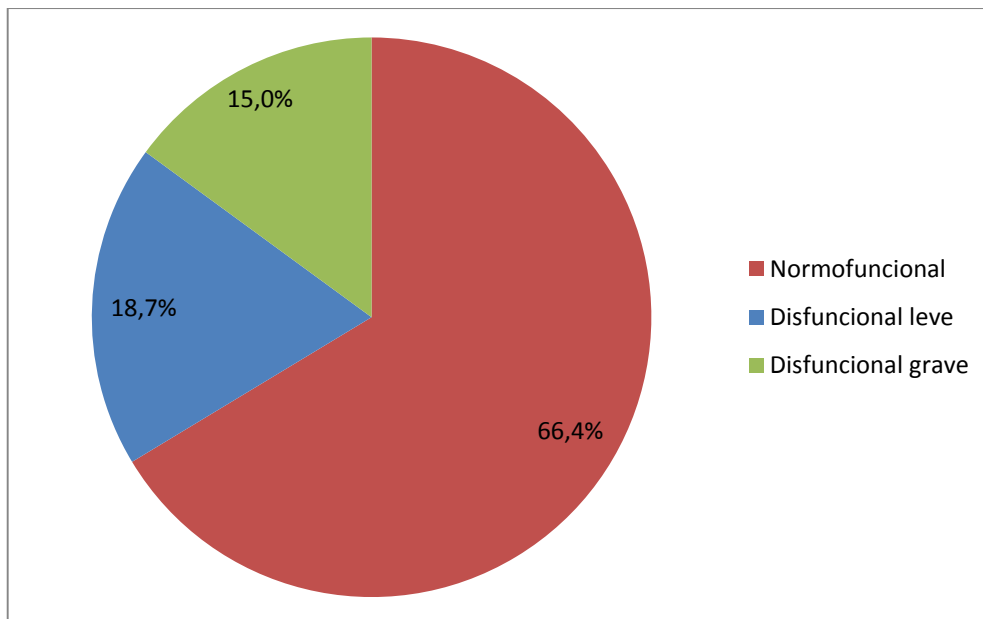


Figura 71: Funcionalidad familiar

Es conveniente mencionar que las personas que consideran que se ha deteriorado su salud presentan una media más elevada en la escala de APGAR, próxima al nivel de disfunción familiar leve. Sin embargo, los cuidadores mayores, que no consideran que su salud se haya deteriorado, se sitúan en niveles de normofuncionalidad. Para concretar, cabe añadir que esta diferencia es estadísticamente significativas ($p=.007$), según indica la prueba de T de Student, asumiendo que las varianzas no son iguales, como se calcula mediante la prueba de Levene.

Estadísticos de grupo

	Considera que se ha deteriorado su salud	N	Media	Desviación tip.	Error típ. de la media
Percepción de la función familiar. Cuestionario APGAR Familiar	Sí	48	1,71	,874	,126
	No	59	1,31	,565	,074

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Percepción de la función familiar. Cuestionario APGAR Familiar	Se han asumido varianzas iguales	27,689	,000	2,882	105	,005	,403	,140	,126	,681
	No se han asumido varianzas iguales			2,761	77,144	,007	,403	,146	,112	,694

Finalmente, indicar que se ha hallado otra diferencia estadísticamente significativa en las medias entre la función familiar y el nivel de dependencia de la persona cuidada; para ello se realiza la prueba de la Anova para un factor. Esta prueba indica una diferencia estadísticamente significativa ($p=.006$). Además, la prueba de comparaciones múltiples de Games-Howell especifica que, esta diferencia significativa ($p=.000$) está en los grupos de personas que tienen a su cargo dependientes con un nivel moderado y un gran nivel de dependencia. Por lo tanto, los cuidadores que atienden a grandes dependientes presentan niveles más cercanos a la disfuncionalidad familiar, en comparación con las personas que cuidan a personas con nivel moderado de dependencia.

ANOVA de un factor

Percepción de la función familiar. Cuestionario APGAR Familiar

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	5,467	2	2,734	5,338	,006
Intra-grupos	53,262	104	,512		
Total	58,729	106			

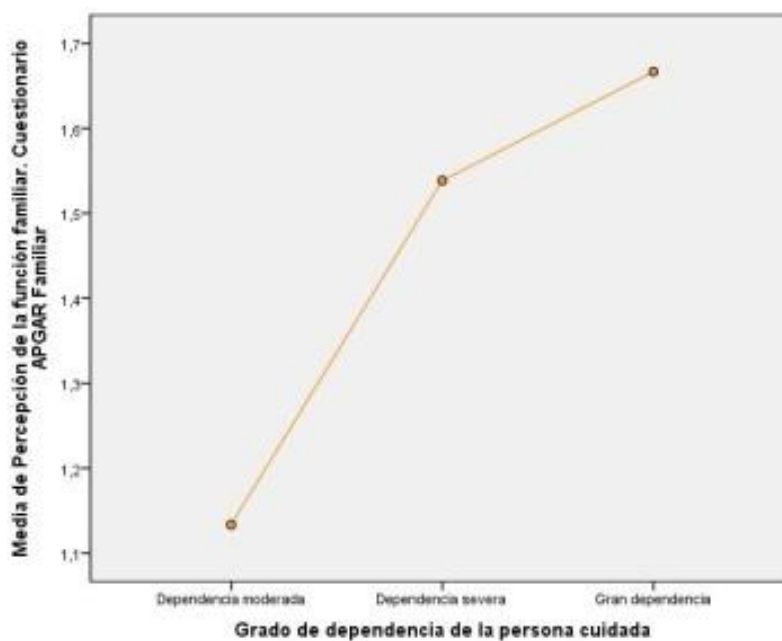
Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Percepción de la función familiar. Cuestionario APGAR Familiar

Games-Howell

(I) Grado de dependencia de la persona cuidada	(J) Grado de dependencia de la persona cuidada	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Dependencia moderada	Dependencia severa	-,405	,171	,061	-,83	,02
	Gran dependencia	-,533*	,131	,000	-,85	-,22
Dependencia severa	Dependencia moderada	,405	,171	,061	-,02	,83
	Gran dependencia	-,128	,196	,791	-,60	,34
Gran dependencia	Dependencia moderada	,533*	,131	,000	,22	,85
	Dependencia severa	,128	,196	,791	-,34	,60

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0,05.



El cuestionario de APGAR familiar correlaciona con la escala de sobrecarga de Zarit, el cuestionario de Goldberg y de apoyo social de Duke, como se puede observar en la tabla siguiente. En este sentido, cabe matizar que el coeficiente de correlación de Spearman indica un valor bajo con la escala de Zarit (.403) y con el cuestionario de Goldberg (.315), mientras que el coeficiente de correlación de Spearman indica un valor medio (.500) con el cuestionario de apoyo social de Duke. Así, las familias disfuncionales están relacionadas con cuidadores con sobrecarga, con cuidadores en riesgo de alteración emocional y con un bajo nivel de apoyo social percibido.

Correlaciones

			Percepción de la función familiar. Cuestionario APGAR Familiar
Rho de Spearman	Índice de Katz	Coefficiente de correlación	,018
		Sig. (bilateral)	,855
		N	107
	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody	Coefficiente de correlación	,017
		Sig. (bilateral)	,864
		N	107
	Escala de sobrecarga de la persona cuidadora de Zarit	Coefficiente de correlación	,403
		Sig. (bilateral)	,000
		N	107
	Cuestionario de salud general de Goldberg	Coefficiente de correlación	,315
		Sig. (bilateral)	,001
		N	107
	Cuestionario de apoyo social de Duke	Coefficiente de correlación	,500
		Sig. (bilateral)	,000
		N	107

3.10. Resumen de los resultados de investigación

Objetivo específico	Resultados
<p>1. Obtener información del perfil socio-demográfico y económico de las personas ≥ 65 años, cuidadores de adultos mayores y residentes en las zonas rurales del suroeste del área de salud de Badajoz, y analizar las diferencias según el sexo.</p>	<p>Las mujeres mayores cuidadoras de personas mayores: principalmente, se encuentran entre una amplia franja de edad entre 65-84 años, de nacionalidad española, su estado civil es de casadas, sin estudios o que no saben leer ni escribir, que no cuentan con ingresos propios y cuya experiencia laboral ha estado ligada a la ayuda familiar.</p> <p>Los hombres mayores cuidadores de personas mayores: comienza a ejercer los cuidados, generalmente, entre los 75 – 84 años, de nacionalidad española, están casados, sin estudios o no saben leer ni escribir, tiene una pensión de jubilación contributiva y han centrado su ocupación laboral como autónomos sin asalariados, la gran mayoría realizando trabajos del sector primario.</p> <p>Se han registrado asociación significativa en el nivel de ingresos y ocupación profesional respecto al sexo.</p>
<p>2. Conocer la composición de la unidad familiar donde reside la persona cuidadora.</p>	<p>Principalmente, son matrimonios donde uno de los miembros cuida del otro, cuya convivencia es continua. Raramente hay más personas dentro del mismo hogar y, en caso de darse esta situación, son principalmente los hijos o hijas.</p>
<p>3. Obtener información del perfil de la persona dependiente.</p>	<p>Mayoritariamente, las personas mayores dependientes son hombres (57%).</p> <p>Más de la mitad de las personas dependientes tienen entre 75–84 años y registran una gran dependencia. Cabe matizar que no hay asociación entre la edad de la persona dependiente y el nivel de dependencia que registra.</p>

	<p>Entre las dolencias más habituales en las personas dependientes cabe destacar: las enfermedades del sistema circulatorio, las del sistema osteomuscular y las endocrinas y metabólicas, especialmente la diabetes.</p>
<p>4. Obtener información sobre la experiencia, dedicación y tareas que realiza la persona cuidadora.</p>	<p>Rol de la mujer cuidadora: tiene experiencias previas en los cuidados, la gran mayoría lleva más de dos años dedicada a los cuidados, y dedican las 24 horas a esta labor. La diferencia respecto al rol de los hombres radica en las tareas de cuidado asociadas a las mujeres: mantenimiento del hogar, lavar la ropa, limpiar la casa, comprar y hacer la comida.</p> <p>Rol del hombre cuidador: no tiene experiencia previa como cuidador, lleva más de dos años dedicados a los cuidados, y dedican las 24 horas a esta labor. No se aprecian tareas de cuidado asociadas al hombre cuidador.</p> <p>A mayor nivel de dependencia de la persona que se cuida, mayor es número de años cuidando.</p> <p>A mayor nivel de dependencia de la persona que se cuida, mayor es el número de horas dedicadas a los cuidados.</p> <p>Las mujeres son quienes más realizan las tareas vinculadas al hogar.</p> <p>A mayor nivel de dependencia mayor demanda de las siguientes tareas de cuidados: baño, vestirse, andar, subir y bajar escaleras, acostarse, cambiar pañales, comer, transporte, administrar los bienes, ayuda para relacionarse y controlar situaciones conflictivas.</p>

<p>5. Conocer aspectos relacionados con las dificultades y recursos que requieren para realizar los cuidados.</p>	<p>Las principales dificultades que presentan los cuidadores mayores se deben a la falta de fuerza física de quien realiza los cuidados.</p> <p>Entre las ayudas que requieren las personas que se encargan de los cuidados destacan dos: ayuda para el cuidado de sí mismo/a, en términos de baño y aseo, y ayuda para las actividades de la casa.</p> <p>Los recursos con mayor demanda son: apoyo en las labores domésticas, apoyo de otros familiares y ayuda de profesionales de los cuidados.</p> <p>A mayor nivel de dependencia de la persona cuidada, mayor es la dificultad, por falta de fuerza.</p> <p>A mayor nivel de dependencia de la persona cuidada se presentan más dificultades, por dudas sobre cómo cuidar.</p> <p>Los hombres mayores cuidadores son quienes más demandan apoyo en las labores domésticas.</p> <p>A mayor nivel de dependencia de la persona cuidada mayor demanda de recursos profesionales.</p>
<p>6. Conocer el estado de salud de la persona que realiza los cuidados.</p>	<p>Las personas mayores que cuidan a otras personas mayores, generalmente, tienen al menos una enfermedad crónica.</p> <p>Las dolencias más habituales son: las enfermedades del sistema circulatorio, las del sistema osteomuscular y las endocrinas y metabólicas, especialmente la diabetes.</p> <p>Los medicamentos más consumidos van en relación a las dolencia, se destacan los siguientes: medicinas para el dolor de cabeza y piernas, para el corazón, la diabetes,</p>

	<p>tranquilizantes y pastillas para dormir, y medicamentos para bajar el colesterol.</p> <p>En lo que respecta a la salud percibida, 4 de cada 5 personas cuidadoras considera que su salud se ha deteriorado desde que desempeña el rol de cuidador. Generalmente señalan sentirse cansados/as y deprimidos.</p> <p>A mayor nivel de dependencia de la persona cuidada, mayor percepción de deterioro de la salud.</p>
<p>7. Estimar la capacidad funcional de la persona que realiza los cuidados</p>	<p>En cuanto a la capacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, y desde un análisis general de los datos registrados mediante el índice de Katz, se puede concluir que las personas que realizan los cuidados son independientes en todas sus funciones, o en todas menos una.</p> <p>Respecto a la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, la escala de Lawton y Brody refleja que la población se distribuye, principalmente, en los niveles: independiente, dependencia ligera y dependencia moderada. Los cuidadores con dependencia severa y total presentan porcentajes mínimos.</p> <p>Hay diferencias significativas entre los valores medios, en el índice de Katz, en relación a: la edad, en considerar que necesitan ayuda para realizar los cuidados, en el número de enfermedades crónicas y en la salud percibida.</p>

	<p>Hay diferencias significativas entre los valores medios, en el índice de Lawton y Brody, en relación al sexo, a la edad, en la necesidad de ayuda y en el número de enfermedades crónicas.</p>
<p>8. Estimar la alteración emocional de las personas que realizan los cuidados.</p>	<p>La mitad de las personas que realizan los cuidados tienen un nivel de sobrecarga, según la escala de Zarit, entre leve y gran sobrecarga.</p> <p>Según los datos recogidos a través del cuestionario de salud de Goldberg se puede concluir que, aproximadamente, 1 de cada 3 personas que se dedican a los cuidados requieren ayuda de un especialista.</p> <p>Hay diferencias significativas, entre los valores registrados en la escala de Zarit, vinculadas con: la necesidad de ayuda, la salud percibida y el nivel de dependencia.</p> <p>Se han hallado diferencias significativas, en los valores medios recogidos a través de la escala de Goldberg, en relación a: número de horas dedicadas a los cuidados, necesidad de ayuda y salud percibida.</p> <p>A mayor puntuación en el cuestionario de Goldberg, mayor puntuación en la escala de Katz.</p> <p>A mayor puntuación en el cuestionario de Goldberg, mayor puntuación en la escala de Lawton y Brody.</p> <p>A mayor puntuación en el cuestionario de Goldberg, mayor puntuación en la escala de Zarit.</p>
<p>9. Estimar el apoyo social de las personas que realizan los cuidados.</p>	<p>La escala de apoyo social de Duke muestra que, aproximadamente, 1 de cada 5 personas cuidadoras cuenta con un apoyo social bajo.</p>

La escala de función familiar APGAR indica, según los datos obtenidos, que 2 de cada 3 personas cuidadoras se sitúan en grupos familiares normofuncionales.

Hay diferencias entre los valores medios obtenidos en la escala de Duke en la necesidad de ayuda, en la salud percibida y en el nivel de dependencia.

Hay diferencias significativas entre los valores medios en la escala de función familiar APGAR en relación a: salud percibida y nivel de dependencia.

A mayor puntuación en el cuestionario de Duke, mayor puntuación en la escala de Zarit.

A mayor puntuación en el cuestionario de Duke, mayor puntuación en el cuestionario de Goldberg.

A mayor puntuación en el cuestionario de APGAR familiar, mayor puntuación en la escala de Zarit.

A mayor puntuación en el cuestionario de APGAR familiar, mayor puntuación en el cuestionario de Goldberg.

A mayor puntuación en el cuestionario de APGAR familiar, mayor puntuación en el cuestionario de Duke.

DISCUSIÓN

CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN

En este capítulo se exponen los resultados obtenidos en el estudio para discutirlos con otros estudios y publicaciones relacionadas. Aunque hay que reseñar que los datos de éstos estudios no son directamente comparables, ya que tienen metodología y diseños diferentes, que comentaré en cada caso, pero sí pueden servir como referencia.

1. Perfil Sociodemográfico de la persona mayor cuidadora

1.1. Localidad

La población a estudio reside en localidades rurales pertenecientes al Área de Salud de Badajoz y fronterizas con Portugal (Villanueva del Fresno, Alconchel, Valverde de Leganés, Táliga, Higuera de Vargas, Cheles y Valencia del Mombuey), representando a los cuidadores mayores de personas mayores.

Según la bibliografía consultada, no se ha encontrado ningún estudio sobre la valoración de las cuidadoras y cuidadores mayores de personas mayores, que estén debidamente contextualizados por área geográfica y entorno sociocultural.

1.2. Edad

La edad media de las personas cuidadoras mayores es de 76,9 años. El rango de edad de los encuestados se sitúa entre 65 y 92 años. Los tramos de edad donde hay mayor representatividad se encuentran en los intervalos de 75–79 y 80–84 años, registrando un 29,0% y 27,1% respectivamente, lo que supone que el 56,1% de las personas cuidadoras tienen edades comprendidas entre 75 y 84 años, siendo concretamente los 80 años la edad de mayor frecuencia registrada. Entre

la población de 65-74 años se concentra el 32,8% de las personas que ejercen los cuidados, y el 11,2% restante se encuentra representado en el intervalo de los 85 a los más de 90 años.

Respecto a la edad media de otros estudios de referencia^{14,16,18,21,22,50,58,73,108,130,136,149,156,174,175}, todos presentan una edad media del cuidador de personas mayores muy inferior a los datos aportados en nuestro estudio, esto es debido a que, en todos ellos, se ha estudiado el perfil general del cuidador principal de personas mayores sin poner límite a la edad del mismo. Por lo tanto, aunque se presentan elevados porcentajes de cuidadores mayores de 60 años, estos datos no son comparables con los datos obtenidos en nuestra investigación, ya que hemos estudiado específicamente el perfil del cuidador mayor de 65 años.

Por otro lado, en los datos obtenidos por Rodríguez et al. (2005), observamos que el 30% de los cuidadores de mayores tiene más de 65 años o, con mayor precisión, el 15,9% tiene entre 60 y 69 años y el 14,9% es mayor de 69 años. Estos datos no son comparables con los obtenidos en nuestro estudio, ya que los tramos de edad establecidos en ambos estudios no son coincidentes y, por otro lado, el estudio de Rodríguez et al. (2005) también realiza un estudio de carácter general, teniendo en cuenta a la población de cuidadores de personas mayores de todas las edades.

1.3. Sexo

En cuanto al sexo de la población encuestada, el 59,8% son mujeres y el 40,2% restante son hombres. Estos datos no son coincidentes con la mayoría de los estudios de referencia^{14,16,18,21,22,50,58,73, 130,136,156,174,175}, ya que, en todos ellos, la feminización del cuidado es un hecho basado en los elevados porcentajes de

personas cuidadoras del sexo femenino (entre el 70,5% y el 92,9% de los cuidadores son mujeres).

Sin embargo, el estudio realizado por Ferrer et al. (2006) muestra datos más similares a los obtenidos en nuestro estudio, ya que el porcentaje de mujeres cuidadoras se sitúa en el 62,7% y el de hombres en un 37,3%.

1.4. Nacionalidad

En lo referente a la nacionalidad de la persona mayor cuidadora de otra persona mayor, todos los encuestados son de nacionalidad española (99,1%) salvo un hombre de nacionalidad alemana.

Las características sociodemográficas de la población residente en las localidades estudiadas están definidas por un elevado número de personas mayores, con un índice de vejez de en torno al 22%. El índice de personas de otros países se sitúa por debajo del 0,1%, por lo que resulta muy difícil encontrar a personas mayores de otras nacionalidades. Sin embargo, si es más habitual la doble nacionalidad debido a que algunos mayores de esta zona del Área de Badajoz han sido emigrantes y han regresado a su tierra después de su jubilación.

Según los documentos bibliográficos consultados, no se ha encontrado ningún estudio que haga referencia a la nacionalidad de las cuidadoras y cuidadores mayores.

1.5. Estado civil

El 87,9% de las personas cuidadoras mayores de personas mayores están casadas, seguidas de las personas solteras y viudas con un 9,3% y 2,8% respectivamente.

Respecto a la comparativa de estos datos con los obtenidos en los diferentes estudios consultados y detallados en la bibliografía,^{18,21,22,73,108,130,136,156} podemos decir que nuestros resultados muestran un porcentaje de personas casadas superior a la media de dichos estudios (63%-78,3%). En cuanto a las personas solteras y viudas, los porcentajes oscilan entre 18-21,7% y 5,1-9,8%, respectivamente, valores superiores a los aportados en nuestro estudio.

Sin embargo, el estudio de Querejeta (2003) aporta datos similares a los de nuestra investigación, ya que el porcentaje de personas casadas representan el 87,8%.

1.6. Nivel de estudios

En relación al nivel de estudios, el 26,2% de las personas que han participado en el cuestionario no saben leer o escribir y el 57,7% no tienen estudios, pero sí saben leer y escribir. En este sentido, cabe señalar que, el 84,1% de la población entrevistada no tiene estudios básicos, un 15,9% tiene estudios primarios y otro 0,9% cuenta con estudios secundarios.

Los resultados de este indicador podrían impactar en la adecuada provisión de atención y movilización de recursos para cuidados de calidad. Es por ello, que habría que destacar, que en los datos aportados por nuestro estudio, el 84,1% no tiene estudios básicos y este dato podría tener repercusión en los cuidados prestados.

Al intentar comparar estos datos por los aportados en los diversos estudios de referencia^{14,16,18,22,50,73,108,130,136,149,175}, se observa que no son estrictamente comparables, ya que la terminología empleada en todos ellos para definir el nivel de estudios y su clasificación es diferente. Aún así, parece evidente que, en todos los casos, los porcentajes de personas sin estudios son muy inferiores a los obtenidos en nuestro estudio.

Datos totalmente contrapuestos a los obtenidos en nuestra investigación se muestran en el estudio de Espín (2008), donde el 49,2% de los cuidadores presentan un nivel universitario y solo el 8,2% un nivel de enseñanza primaria.

1.7. Situación económica

Respecto a la situación económica de los encuestados, en el 44,9% de los casos son personas que reciben una pensión contributiva y el 15,9% percibe otro tipo de pensión, como son: las pensiones por viudedad, orfandad, minusvalías o tienen reconocida la ayuda de la ley de dependencia. En el polo opuesto nos encontramos con que un 39,3% no tiene ingresos propios.

En contraposición a estos datos y respecto a la caracterización de los adultos mayores que cuidan, Fornés (2014) concluye que, perciben algún ingreso, bien por pensiones asistenciales o por jubilaciones.

1.8. Ocupación laboral anterior

El 48,6% de las personas que han colaborado en el estudio ha centrado su ocupación laboral dentro del hogar, o bien, han realizado trabajos esporádicos o tienen una trayectoria laboral inferior a los 5 años. En cuanto al grupo de personas autónomas sin asalariados, representan el 29,0%, siendo principalmente trabajos relacionados con actividades agrícolas y ganaderas. El 17,8% son personas asalariadas, pasando, generalmente, largos periodos de tiempo en países como Suiza y Alemania. Finalmente, el 4,7%, que viene representado por el conjunto de personas autónomas con asalariados han tenido una pequeña empresa ligada al sector primario.

Estos datos no son comparables con los estudios consultados en la bibliografía referenciada debido a que, en todos ellos, únicamente se clasifican a los cuidadores en torno a su situación laboral actual (ama de casa, parado,

trabajando, jubilados) y en nuestro estudio se detalla la ocupación laboral anterior a los 65 años.

2. COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR

2.1. Parentesco

El 48,6% de las mujeres encuestadas cuidan a sus respectivos maridos y el 35,5% de los casos son hombres los que cuidan a sus esposas. En este sentido podemos observar que el 84,1% de los cuidados se realizan en las relaciones de pareja. El resto de la muestra (15,9%) se distribuye entre cuidados a alguna hermana (6,8%), madre (5,8%), hermano (2,9%) o hijo (1%).

En los diferentes estudios consultados,^{18,21,22,50,73,136,108,149,174} se aprecia que el total de personas cuidadoras corresponde a hijas (50-81,8%) y cónyuges (13,2-23,1%), porcentajes que no se asemejan a los obtenidos en nuestro estudio.

Sin embargo, en el estudio de Blanco et al. (2007), se encuentran datos similares a los obtenidos en esta investigación, ya que analiza, por tramos etarios, la relación de parentesco entre el cuidador y la persona dependiente, presentando siempre datos superiores de cuidados entre cónyuges e inferiores de hijos a padres.

2.2. Convivencia

Respecto a la convivencia del cuidador mayor y la persona dependiente, el 99,1% de las personas encuestadas conviven con las personas que cuidan frente a un caso en el que no, y que representa el 0,9%.

Si comparamos estos resultados con los aportados por Rodríguez et al. (2005) y Blanco et al. (2007), donde la convivencia cuidador-dependiente es de 60,7% y

del 73,6% respectivamente, podemos decir que no son coincidentes, ya que, aunque un elevado porcentaje de los cuidadores conviven con la persona a la que cuidan, los porcentajes difieren de los obtenidos en el nuestro en más de un 20%.

Sin embargo, datos más aproximados a los obtenidos en nuestro estudio son los presentados por González et al. (2009) y Lizarraga et al. (2008), donde los porcentajes de convivencia entre el cuidador y la persona dependiente son del 89,8% y 85,7% respectivamente.

2.3. Convivencia con más personas

En el estudio que se ha llevado a cabo, en el 82,2% de los casos conviven parejas solas mayores de 65 años frente a un 17,8% que convive con más personas.

Aunque los estudios de Crespo et al. (2007), Espín (2008) y González et al. (2009) hagan referencia a los porcentajes de cuidadores que tienen a más personas a su cargo, además de la persona a la que cuidan, no se especifica si existe convivencia entre el cuidador y las demás personas a su cargo, por lo que no se puede establecer relación alguna entre estos datos y los aportados en nuestro estudio.

2.4. Nº de personas con las que convive

Del conjunto de personas mayores cuidadores, el 82,2% viven en pareja, es decir, en hogares de 2 personas; representando a las parejas que conviven con más personas en el hogar (17,8%), el 15% de los casos son matrimonios que conviven con una persona más, y el resto de unidades familiares, de 2 a 5 miembros, supone un reducido 0,9%.

Según la bibliografía consultada no se han encontrado datos referentes al número de personas con las que convive el cuidador principal de personas

mayores, por lo que no podemos establecer comparación alguna con nuestros datos.

2.5. Parentesco de miembros que conviven

Respecto al parentesco que une al cuidador principal y al resto de miembros que conviven en el mismo domicilio, el 14% son hijo/a, seguido del marido o la mujer (3,7%), debido a que los cuidados principales se realizan a madres o hermanas. El registro de hermanas en la unidad familiar representa un 0,9% y en el caso de nietos, igualmente, un (0,9%); esto se debe, generalmente, a unidades familiares extensas donde convive el matrimonio mayor de 65 años con alguno de sus hijos y nietos.

Según Molina et al. (2014), en cuanto a la variable de hijos a cargo del cuidador principal de personas mayores, un 54,3% de los cuidadores tenían a su cargo hijos y convivían en hogar familiar y un 4,7% no tenía hijos en ese ámbito. Estos datos no son coincidentes con los obtenidos en nuestro estudio.

3. PERFIL DE LA PERSONA DEPENDIENTE

3.1. Edad

Los receptores de la ayuda de los participantes en el estudio presentan edades comprendidas entre los 80-84 años con un 29,9%, seguido del intervalo de 75-79 años con un 24,3%; en este sentido, el 54,2% de las personas dependientes tiene entre 75 y 84 años. El 16,8% viene representado por el intervalo de edad entre los 85 y 89 años y el 14% por personas entre los 70 -74 años. La menor representación se encuentra en las edades de 65 y 69 años (8,4%) y las de mayor edad con un 6,5%.

La dependencia aumenta con la edad, así pues el rango de las medias de edad de personas dependientes, en los principales estudios de referencia, oscila entre 74,4 años y 85,36 años^{21,73,108,149}.

Según Ferrer et al. (2006), la mayoría de estas personas son mayores de 65 años (82,1%) y predominan las que tienen entre 70 y 90 años (68,9%). Al igual que Rodríguez et al. (2005), que concluye que el 65% de los mayores que reciben ayuda tienen entre 75 y 90 años. Estos datos se asemejan a los obtenidos en nuestro estudio, en cuanto al tramo etario más representativo (entre 70 y 90 años), pero se diferencian en el porcentaje de personas agrupadas en dicho tramo (85%) de las personas dependientes estudiadas.

3.2. Sexo

Entre las personas que reciben cuidados hay un ligero predominio de hombres, con una presencia del 57% de los casos, respecto a la población femenina, presente en el 43%.

Los datos aportados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005) describen que, la feminización se agudiza sensiblemente en el segmento de población de personas mayores con dependencias que son atendidas por su familia (el 69% de ellas son mujeres), lo que se explica, en parte, por la relación que existe entre incidencia de dependencia y edad avanzada (los varones tienen una esperanza media de vida 7 años menor que las mujeres). Sin embargo, estos datos son totalmente opuestos a los obtenidos en nuestro estudio, donde el mayor porcentaje de personas mayores dependientes se corresponde con el sexo masculino (57%), siendo el sexo femenino el minoritario (43%).

También se encuentran en contraposición a los datos obtenidos por Rodríguez et al. (2005), donde el 69% de las personas receptoras de ayuda de cuidadores/as informales son mujeres y el 31% hombres; a los datos aportados por Ferrer et al.

(2007), donde las mujeres dependientes representan el 73,6% y los hombres 26,4%; a los resultados obtenidos por Crespo et al. (2007) donde el porcentaje de hombres dependientes se corresponde con el 32,8% y el de mujeres con el 67,2%; al estudio de Rivera et al. (2008) donde la representación de mujeres mayores dependientes es del 78% y la de hombres del 22%; y finalmente al estudio de Lizárraga et al (2008) donde el 64,3% eran mujeres mayores dependientes y el 35,7% hombres.

3.3. Nivel de dependencia

En cuanto al grado de dependencia de las personas cuidadas por los cuidadores mayores, el 47,7% presentan gran dependencia y requieren, por tanto, el apoyo indispensable y continuo de otra persona. El 28% son personas que tienen una dependencia moderada y sólo necesitan ayuda, al menos un vez al día, para realizar varias de las actividades de la vida diaria; el 24,3% restante presenta un nivel de dependencia severa, siendo personas que necesitan ayuda para realizar actividades de la vida diaria, pero no requieren el apoyo permanente de otra persona.

Los estudios de Ferrer et al. (2006) y Crespo et al. (2007) muestran porcentajes de cada uno de los niveles de dependencia diferentes a los obtenidos en nuestra investigación. El estudio de Ferrer et al. (2006) establece un 32,1% de dependencia grave, un 4,4% de dependencia moderada y un 23% dependencia leve. Sin embargo el estudio de Crespo et al. (2007) presenta un porcentaje de dependencia severa del 68,1% y de dependencia moderada del 31,9%.

3.4. Dolencias y enfermedades

El conocimiento del tipo de enfermedades crónicas padecidas por las personas mayores dependientes tiene una gran importancia debido a que

permiten diseñar programas específicos para un tipo de paciente específico y adaptar las necesidades del cuidador.

Los datos obtenidos en nuestro estudio respecto a las dolencias o enfermedades que afectan a las personas dependientes, indican que las enfermedades de mayor representación son las enfermedades del sistema circulatorio (65,4%), las enfermedades del sistema osteomuscular y el tejido conectivo (37,4%), las enfermedades del sistema nervioso (34,6%) y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (32,7%).

En segundo lugar se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio (19,6%), las enfermedades del aparato digestivo y las enfermedades del ojo y anexos (ambos con un 17,8%) y en menor medida traumatismos (15%) y trastornos mentales y de comportamiento (11,2%).

Seguidamente se encuentran las enfermedades del oído y del aparato genitourinario (6,5% de representación en ambos casos), los tumores (5,6%), las enfermedades de la sangre (4,7%), las enfermedades de la piel (1,9%) y afecciones en el periodo perinatal (2,8%).

El estudio de Ferrer et al. (2006), analiza la prevalencia de enfermedades en la persona dependiente y sitúa a las enfermedades del aparato circulatorio como la enfermedad con más incidencia (28,3%), seguidas de las afecciones del sistema músculo-esquelético y del tejido conectivo (16,2%) y las enfermedades endocrinas, nutricionales, y metabólicas (11,1%). La prevalencia de dichas enfermedades coincide con las dolencias presentadas por las personas dependientes de nuestro estudio, aunque la incidencia en nuestro caso es mucho más acusada.

4. ROL DE LA PERSONA CUIDADORA

4.1. Experiencia previa en cuidados

En cuanto a la experiencia previa del cuidador mayor, en el 55,1% de los datos registrados, son personas que no tienen experiencia previa en los cuidados. Las personas que tienen experiencia previa en los cuidados son el 44,9%; para mayor concreción, se puede matizar que las mujeres son quienes han tenido mayor experiencia como cuidadoras, concretamente, del grupo de personas que tienen experiencia, las mujeres representan el 93,8% de los casos, frente un 93% de hombres, que indican no tener experiencia previa en los cuidados.

Si observamos los datos aportados por Espín (2008), la gran mayoría de los cuidadores de personas mayores (77,0 %) no tenía experiencia en el cuidado de una persona enferma y 23,0 % lo había hecho antes, por lo que no son coincidentes con los resultados obtenidos en nuestro estudio, en cuanto a experiencia previa del cuidador se refiere.

Respecto a la existencia de relación, entre las variables de experiencia previa del cuidador y el sexo del mismo, no se han encontrado estudios para establecer una comparación de estos datos.

4.2. Nº de años dedicados al cuidado

Respecto al número de años que el cuidador lleva realizando las labores del cuidado, el mayor volumen de registros se encuentra en el intervalo de 2 a 4 años cuidando, con un 32,7%, seguido de las personas que llevan más de 8 años cuidando (29,9%) y de quienes llevan entre los 5 y 8 años (24,3%). En menor medida se encuentran las personas que llevan entre 1 y 2 años cuidando (9,3%) y quienes llevan menos de un año realizando los cuidados (3,7%).

Si comparamos estos resultados con los obtenidos en los diferentes estudios consultados en la bibliografía^{14,16,18,21,50,58,73,174}, se puede observar que son muy dispares, ya que no está unificada la descripción de los años empleados en el cuidado.

Sin embargo, es posible establecer una comparativa entre los datos de nuestra investigación y los obtenidos en el estudio realizado por González et al. (2007), donde se muestra que el tiempo que el 46,7% de los cuidadores llevaban cuidando a sus familiares es de más de 8 años; un 23,3% de 4 a 8 años; un 17,5% de 2 a 4 años y un 12,5% menos de dos años. Así, nuestros datos son coincidentes en el porcentaje de cuidadores que llevan cuidando de 5 a 8 años y en los que llevan cuidando menos de dos años. Por el contrario, son datos inferiores al porcentaje de cuidadores que llevan cuidando más de ocho años y superiores en el caso de los cuidadores que llevan realizando labores de cuidado de 2 a 4 años.

Respecto a los cuidadores que tienen menos de un año de experiencia, nuestros datos presentan a 3,7% de los cuidadores y el estudio de Espín (2008) muestra un 36,1%. Sin embargo, coincide en este mismo estudio en los datos de los cuidadores que tienen 1-4 años de experiencia.

4.3. Horas diarias dedicadas al cuidado

En cuanto a las horas diarias dedicadas al cuidado, en el 70,1% de los casos se decidan las 24 horas a los cuidados, un 17,8% dedica entre 8 y 12 horas a los cuidados y el 12,2% restante se reparte entre 4 -8 horas (7,5%) y de 2 a 4 horas (4,7%).

Los datos de los estudios consultados^{16,18,73,149,174,175}, respecto al tiempo dedicado diariamente al cuidado, reflejan datos muy por debajo de los que se definen en nuestro estudio. Así, la media de horas diarias dedicadas al cuidado se encuentra entre 5-14 horas diarias y en nuestro estudio el 70% emplea las 24

horas. Es conveniente mencionar que, para las personas mayores, la compañía es muy importante y está muy considerada en la calidad de los cuidados, y nuestro estudio se centra específicamente en personas mayores.

Si atendemos al número medio de horas semanales dedicadas al cuidado de personas mayores de 74 años, Extremadura se coloca en segundo lugar en el panorama nacional, con una media de 92,26 horas semanales, tan sólo por detrás de Ceuta y Melilla, según el estudio de Blanco et al. (2007), este dato es el que más se aproxima a los resultados obtenidos en nuestro estudio.

4.4. Tareas de cuidados

La diversidad de discapacidades que afectan a los mayores da lugar a una gran heterogeneidad de realidades sociales. A continuación se analizan las situaciones de dependencia a las que dan respuesta los distintos tipos de cuidado.

Las tareas de cuidados que se realizan, superando el 80% de los casos son: ayuda a hacer la compra (89,7%), preparar la comida y hacer otras tareas domésticas (ambos casos con un 85%), lavar la ropa (84,1%), baño y aseo (82,2%) y acompañar a la persona dependiente para ir a la consulta médica (81,3%).

Las tareas que recogen un registro medio en torno al 50 - 79,9%; se destacan las siguientes: ayuda para la toma de la medicación (76,6%), administrar el dinero (62,6%), vestirse/desvestirse (59,8%), utilizar el transporte público (52,3%), ayuda para acostarse/levantarse (51,4%), andar o desplazarse y subir/bajar escaleras (50,5% en ambos casos).

Las tareas que menor representación tienen y que, por tanto, son las que menos cuidadores realizan, con una presencia menor del 50%, son: utilizar el teléfono (46,7%), ayuda para relacionarse (37,4%), cambiar pañales (32,7%), comer/beber (22,4%) y ayudas en situaciones conflictivas (21,5%).

Según la bibliografía consultada, no se han encontrado datos relacionados con las tareas desempeñadas por el cuidador, por lo que no se puede realizar una comparativa con los datos obtenidos en nuestro estudio.

5. DIFICULTADES EN EL CUIDADO Y NECESIDADES Y DEMANDAS DE RECURSOS PARA LOS CUIDADOS

5.1. Motivos que dificultan los cuidados

En cuanto a la dificultad que puede presentar el desempeño de las tareas de cuidados, el 75,7% de las personas encuestadas reconocen tener dificultad para la ejecución de los cuidados. Además, estas personas indican como motivo principal de dificultad la falta de fuerza física, concretamente, es señalada en el 71% de los casos. Seguidamente, se encuentran las dudas acerca de cómo realizar mejor los cuidados (18,7%) y otras dificultades (8,4%). Un pequeño porcentaje (3,7%) considera que necesita formación para realizar bien los cuidados y otro 3,7% apunta que las dificultades que tiene se deben, principalmente, a que la persona dependiente no colabora.

Con respecto a la bibliografía consultada, es la falta de información acerca de la enfermedad y su manejo la dificultad que más habitualmente manifiestan los cuidadores. De forma más concreta, el estudio de Espín (2008), evidencia que la falta de información en cuanto a la enfermedad y su manejo aparece en el 67,2% de los casos, porcentaje muy superior al obtenido en nuestra investigación (3,7%).

Por otro lado, el estudio de Zambrano et al. (2012), indica que el 41,5% de los cuidadores había recibido formación y, según el estudio de González et al. (2009), el 30,6% de los cuidadores creen que necesitan recibir información y

adiestramiento en los cuidados, aunque el 75,6% refiere sentirse capacitado para cuidar. Si comparamos estos datos con los obtenidos en nuestra investigación se pone de manifiesto que son totalmente opuestos a los del estudio de González et al. (2009), ya que el porcentaje de personas que consideran que deben recibir información es muy bajo (3,7%) y un 75,7% considera que tiene dificultades a la hora de cuidar.

Debemos tener en cuenta la evidencia del estudio de Rodríguez et al. (2005), en el sentido de que cuanto mayor es la edad del cuidador, mayor es la proporción que menciona tener repercusiones derivadas de su rol de cuidador/a.

5.2. Necesidad y detalle de las ayudas que requiere el cuidador

En lo que respecta a la necesidad de ayuda para realizar las labores del cuidado, el 70,1% de los adultos mayores cuidadores considera que necesita ayuda para realizar las actividades que requieren los cuidados, mientras que 29,9% señala que, por el momento, no la necesita.

Concretamente, más del 50% de las personas encuestadas indican que para realizar los cuidados necesitan ayudas relacionadas con las actividades de la casa (66,4%), seguido de la necesidad de contar con apoyo para cuidar de sí mismo/a, en términos de baños y aseo, generalmente (53,3%).

En menor medida, menos del 25% de las personas cuidadoras (aproximadamente 1 de cada 4) requieren otras ayudas: en los desplazamientos dentro del hogar (22,4%), en los desplazamientos fuera del hogar (20,6%), en la toma de medicación (16,8%), en la administración de bienes (10,3%), en las relaciones y comunicación con las demás personas (8,4%), ayuda en situaciones conflictivas (7,5%), ayuda sensorial y auditiva (6,5%) y ayuda en la utilización de brazos y manos (5,6%).

En la bibliografía consultada no se han encontrado estudios que evidencien la ayuda y el tipo de ayuda que necesitan los cuidadores mayores, por lo que no se ha podido hacer una comparativa en este aspecto.

5.3. Demanda de recursos necesarios para cuidar mejor

En cuanto a la demanda de recursos por parte de los cuidadores mayores, el 83,2% de las personas encuestadas considera que necesita más recursos para cuidar mejor, frente al 16,8% que considera que no lo necesita.

Entre los recursos más demandados para mejorar los cuidados destacan principalmente tres: apoyo en las labores domésticas (57,9%), apoyo de otros familiares (50,5%) y ayuda de profesionales del cuidado (35,5%).

Estos datos se asemejan a los aportados por Espín (2008), donde la estrategia de afrontamiento de la carga del cuidado más utilizada es la búsqueda de ayuda por parte de familiares (42,5 %), seguida de la búsqueda de ayuda de otras personas (29,5 %) y por último, la búsqueda de información en el 28,0 %, aunque no se especifica si el apoyo familiar ayuda en labores domésticas o exclusivamente en el cuidado.

En el estudio realizado por Lara et al. (2008) acerca de las redes de apoyo familiar e institucional, el 76,7% de los cuidadores refirieron apoyarse en cuidadores secundarios, un 83,3% piden ayuda de otro familiar y prácticamente todos (93.3%) solicitan atención institucional. En este sentido los porcentajes de apoyo familiar y de profesionales del cuidado son semejantes.

En la misma línea se sitúan los datos aportados por González et al. (2009), donde el 54,7% recibieron ayuda de cuidadores secundarios, el 52% eran otros familiares y el 12,5% profesionales del cuidado.

Finalmente, en el estudio de Lizárraga et al. (2008), el 42,9% disponía del servicio de ayuda a domicilio. Si comparamos este datos con la demanda de apoyo en las labores domésticas que evidencia nuestro estudio, ambos estudios aportan datos similares.

6. ESTADO DE SALUD DE LA PERSONA CUIDADORA

6.1. Nº de enfermedades crónicas

En lo que a las enfermedades crónicas de los cuidadores mayores se refiere, el 20,6% manifiesta no tener ninguna enfermedad crónica, el 29,9% indica tener una enfermedad crónica, el 23,4% señala tener dos enfermedades crónicas y un 26,2% refiere padecer tres o más enfermedades crónicas.

Las patologías asociadas al envejecimiento de la población son algunas de las claves que definen los problemas de salud y afectan a la calidad de vida del paciente y sus familiares. La media de enfermedades en el cuidador mayor de personas mayores es de 1,6 enfermedades crónicas.

En el mismo sentido se sitúan el estudio de Seira et al. (2002), donde la media de problemas de salud referidos por los cuidadores fue de 1,44. Sin embargo, resultados mucho mayores obtiene el estudio de López Gil et al (2009), donde los cuidadores presentan un número medio de enfermedades crónicas de 2,7.

Por otro lado, el estudio de Lara et al. (2008) en relación con el perfil físico del cuidador primario, el 31% refiere disfrutar de un estado de salud sano y un 68.3% de los cuidadores están enfermos. Al comparar estos resultados con nuestro estudio, se observa que son bastante similares en cuanto que las personas sanas, ya que varía, únicamente, en un 10%.

6.2. Dolencias y enfermedades

Respecto al tipo de dolencias presentadas, el 68,2% de las personas mayores cuidadoras sufren enfermedades del sistema circulatorio, seguido de las enfermedades del sistema osteomuscular (45,8%) y de las enfermedades endocrinas, como la diabetes (38,3%). Menores son los casos de las personas que padecen enfermedades del aparato digestivo (16,8%) y dolencia de los ojos (13,1%). El resto de dolencias tiene una representación menor del 10%.

El estudio de Espín (2008) identifica los problemas de salud predominantes en el cuidador, así, el 31,1% presenta problemas nerviosos, seguidos de los problemas óseos y musculares (23,0%) y las cefaleas (19,6%). Además se observó que 18,0% tenía problemas cardíacos y el 8,2% había padecido de hipertensión arterial.

Con el mismo objetivo, el estudio realizado por Crespo et al. (2007), concreta que la mayoría de los cuidadores padecen o han padecido problemas osteomusculares (43%), que pueden estar relacionados con la ejecución de las tareas propias del cuidado (movilización del paciente). También presentan, en un alto porcentaje, problemas cardiovasculares (18%), gastrointestinales (13%), respiratorios (7%) y dermatológicos (10%).

Por otro lado, Seira et al. (2002) identifica un 4,1% de cefaleas, un 19,4% de lumbalgias, un 18% de dorsalgias y cervicalgias, un 31,9% de artrosis, un 18% de insuficiencia venosa y un 8,3% de algias musculares.

Respecto a las patologías más frecuentes de los cuidadores, González et al. (2009) evidencia que el 34,3% padecían HTA, el 24,1% depresión y 13% diabetes; y de forma más concreta, en las relacionadas con el cuidado, el 44,9% presentaron cefaleas, el 72,9% lumbalgias, el 58,5% dorsalgias y el 64,1% cervicalgias.

En el mismo sentido, el estudio realizado por López et al. (2009), concluye que el grupo de cuidadores presenta de forma significativa, con mayor frecuencia, los siguientes síntomas: cefalea, dolor de espalda, algias musculares, cansancio/fatiga, alteraciones del sueño y apatía.

Si comparamos todos los estudios descritos anteriormente podemos observar como las enfermedades osteoarticulares se posicionan en un lugar predominante.

En relación a los aspectos asociados a las dolencias, considerando el sexo, en nuestro estudio cabe señalar, que las enfermedades del sistema osteomuscular se asocian más a las mujeres, mientras que las enfermedades del sistema respiratorio se relacionan más con los hombres.

Según la encuesta de mayores del 2010, las mujeres padecen más enfermedades relacionadas con los huesos y articulaciones (54%) que los hombres (38%), datos similares a los obtenidos en nuestra investigación. Sin embargo, la encuesta de mayores del 2010 pone de manifiesto que los hombres sufren más enfermedades de corazón (20%) que las mujeres (13%), este dato no es coincidente, ya que en nuestro caso son las enfermedades del sistema respiratorio las que más se asocian al sexo masculino.

6.3. Consumo de medicamentos

En cuanto al consumo de medicamentos por parte de la población de cuidadores mayores de personas mayores, hay un 6,5% que manifiesta no consumir medicamentos frente a un 93,5% que sí los consume.

En la misma línea se sitúan los resultados del estudio realizado por Lara et al. (2008), donde el 86.7% de los cuidadores manifiesta consumir algún medicamento o estar en tratamiento.

Sin embargo, porcentajes menores de consumidores ofrece el estudio de Seira et al. (2002), donde el 64% de los cuidadores tomaban fármacos habitualmente.

Además, en nuestro estudio, se detallan aquellos medicamentos consumidos por las personas mayores cuidadoras, donde el medicamento más consumido tiene como finalidad el control de la tensión arterial (65,4%). Entre el listado presentado cabe destacar los de mayor consumo: medicinas para el dolor de cabeza y piernas (52,3%), para el corazón (37,4%), para la diabetes (34,6%), tranquilizantes y pastillas para dormir (33,6%), y medicamentos para bajar el colesterol (28%).

Así mismo, el estudio de Seira et al. (2002), obtiene que los antihipertensivos (26,7%), ansiolíticos y antidepresivos (21,4%), AINES y analgésicos (14,2%), hipocolesterolémicos (5,3%), venotónicos (5,3%), los fármacos para la osteoporosis (3,5%), antiagregantes (3,5%), hipnóticos (3,5%), fármacos para la diabetes (insulina y ADO) (1,7%), vasodilatadores (1,7%), otros 12,5%, son los medicamentos más consumidos.

En el mismo sentido se sitúan los datos del estudio de González et al. (2009), donde el tratamiento farmacológico de los cuidadores estaría formado principalmente por un 33,6% antihipertensivos, un 24,1% antidepresivos /ansiolíticos, un 11,2% antidiabéticos, un 10,2% antiinflamatorios y un 44,4% otros fármacos.

Si comparamos los diferentes estudios, se puede observar que en todos ellos los fármacos antihipertensivos son los más consumidos por la población de cuidadores, aunque con porcentajes dispares.

Por otro lado, los AINES, analgésicos y antidepresivos y ansiolíticos también se sitúan entre los fármacos más consumidos por los cuidadores, coincidiendo con los datos aportados por nuestro estudio.

Sin embargo, los fármacos antidiabéticos presentan porcentajes muy dispares entre sí y, en cualquier caso, valores bastante inferiores a los obtenidos en nuestra investigación.

Crespo et al. (2007) intensifica su estudio de los cuidadores, en cuanto a la identificación del consumo de psicofármacos en el cuidador principal, obteniendo: Antidepresivos en el 6,2% de los casos y ansiolíticos en el 32,1%. Incluso este estudio identifica el consumo antes y después del desempeño del rol del cuidador, así, el 26,8% ha iniciado el consumo de fármacos siendo cuidador y, además, el 11,6% ha incrementado dicho consumo siendo cuidador.

6.4. Estado de salud percibido

En lo que respecta al estado de salud percibido por los cuidadores mayores, el 79,4% considera tener problemas de salud, mientras que el 20,6% estima que no presenta problemas de salud.

Según la encuesta de mayores 2010, el 37% de las mujeres perciben su salud como buena, frente al 55% de los hombres; y el 17% de las mujeres encuestadas la perciben como mala, frente al 6% de los hombres. Si establecemos una comparativa con nuestros datos, los porcentajes generales de la encuesta de mayores 2010 presentan datos superiores respecto a disfrutar de buena salud e inferiores en cuanto a problemas de salud del cuidador.

En el estudio de Crespo et al. (2007), los cuidadores manifiestan percibir su salud como buena o muy buena en el 52% de los casos, regular en el 37% de la población encuestada y mala o muy mala en un 11%.

Porcentajes similares a Crespo et al. (2007) aporta el estudio de González et al. (2009), donde el 50,8% describen su estado de salud como regular o malo y un 49,2% como bueno o muy bueno. En la misma línea se sitúan los resultados de

López et al (2009), ya que el 48,1% los cuidadores respondió que su salud era mala o muy mala, frente al 31,4% del grupo control.

Si comparamos los estudios descritos con los resultados de nuestra investigación, se observa que no coinciden en los porcentajes de autopercepción de la salud, ya que, en todos ellos, los porcentajes de los cuidadores que perciben su salud como buena superan a los obtenidos en nuestro estudio.

Por otro lado, en nuestro estudio se detallan aspectos relacionadas con la percepción del estado de salud; así, se puede observar que el 64,5% de las personas que se encargan de los cuidados señalan sentirse cansados y el 50,5% se siente deprimido/a. Incluso, un 44,9% indica que su salud se ha deteriorado y hasta un 8,4% ha tenido que ponerse en tratamiento para sobrellevar la situación (antidepresivos, de ansiedad, nervios,...). Un porcentaje mucho menor (1,9%) indica tener otros problemas relacionados con su salud.

Según los datos de la encuesta de mayores 2010, aproximadamente el 19% de los mayores se encuentra cansado y un 13,3% deprimido, datos muy inferiores a los aportados en los resultados de nuestra investigación.

Lo contrario ocurre con las personas que han tenido que ponerse en tratamiento, así, en la encuesta de mayores 2010 suponen un porcentaje del 29,2% y en nuestro estudio de un 8,4%. Por otro lado, en consonancia con los datos de la encuesta de mayores 2010 y en discrepancia con los resultados ofrecidos por nuestra investigación se encuentra el estudio de Rivera et al. (2008), que expone que un 34% de los cuidadores necesita tratamiento para sobrellevar la carga física y psíquica.

Respecto a las personas que han visto deteriorada su salud desde que cuidan, el 44,9% de los cuidadores mayores, de nuestro estudio, lo manifiestan y el 34,2% en la encuesta de personas mayores 2010.

Según Abellán et al. (2007), el deterioro en la salud del cuidador es más psicológico que físico: algo más de un tercio manifiestan que, debido a esta situación, ha tenido que “tomar pastillas” (proporción menor entre los hombres), y un 11% de los/as cuidadores/as han tenido que solicitar ayuda de un psicólogo o psiquiatra. Los datos de nuestro estudio no son coincidentes, ya que, en nuestro estudio, la mayor parte de la población manifiesta que está cansado y/o deprimido, y que su salud se ha visto deteriorada desde que ejerce el rol del cuidador y, sin embargo, los porcentajes de toma de medicación y la solicitud de ayuda de un psicólogo o psiquiatra han sido mínimos.

7. CAPACIDAD FUNCIONAL DE LA PERSONA CUIDADORA

7.1. Nivel de desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria

Respecto a la capacidad de los cuidadores mayores para realizar las actividades básicas de la vida diaria, el 71% de los encuestados se muestra independiente en todas sus funciones, según el índice de Katz. Por otro lado, el 18,7% es independiente en todas las funciones menos una, un 6,5% es independiente en todas menos dos y un 3,7% se reparte en niveles mayores de dependencia.

En la bibliografía consultada no se han encontrado estudios con los que se pueda comparar esta variable, ya que no se ha abordado la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria del cuidador.

7.2. Nivel de desarrollo de las actividades instrumentales de la vida diaria

En cuanto a la capacidad para el desarrollo de las actividades instrumentales de la vida diaria, según los datos obtenidos, aplicando la escala de Lawton y

Brody, más del 50% de las personas mayores que realizan los cuidados se encuentran ante una dependencia ligera (28%) y una dependencia moderada (28%), seguido en representación por un 23,4% de personas independientes en las actividades instrumentales. La dependencia severa es de un 14% y la total registra un 6,5%.

No se han encontrado datos respecto a la capacidad de desarrollo de las actividades instrumentales de la vida diaria del cuidador, por lo que no se ha podido llevar a cabo una comparativa de esta variable.

8. ALTERACIÓN EMOCIONAL DE LA PERSONA CUIDADORA

8.1. Sobrecarga del cuidador

En cuanto a la sobrecarga del cuidador se refiere y, según los datos obtenidos al aplicar la escala de Zarit, existe un 46,7% de cuidadores/as que no tienen sobrecarga, pero los datos reflejan que un 53,3% de las personas cuidadoras sí tienen sobrecarga, distribuyéndose en un 31,8% entre quienes tienen una sobrecarga intensa y un 21,5% con una sobrecarga leve.

Datos de sobrecarga inferiores presentan los estudios de Flores et al. (2014), y Molina et al. (2014), donde el 34,5% y el 17,39% de los cuidadores familiares presentan niveles de sobrecarga como consecuencia de los cuidados que ofrecen a su familiar dependiente, respectivamente. Estos resultados se pueden deber a la edad de los cuidadores, que en nuestro caso superan los 65 años.

Resultados similares a los nuestros, respecto a la sobrecarga del cuidador, se han obtenido en el estudio de López et al. (2009), donde 66,4% de los cuidadores presentaba sobrecarga en el test de Zarit, siendo leve-moderada en el 23,7% y severa en el 32,7%. También, datos similares ha obtenido González et al. (2009),

donde el 30,8% de los cuidadores presentaba sobrecarga intensa, el 20,8% sobrecarga leve y el 48,3% no presentaban sobrecarga.

Resultados que discrepan con los obtenidos en nuestra investigación se encuentran en los estudios de:

- Crespo et al. (2007), donde los cuidadores que manifiestan sentir una sobrecarga intensa suponen el 62,7%, sobrecarga leve el 15,52% y ausencia de sobrecarga el 22,41%.
- Lara et al. (2008), donde el 20% de los cuidadores manifiestan sobrecarga leve y el 11,7% intensa.
- Lizárraga et al. (2008), donde el 78,57% de los cuidadores presentaba sobrecarga intensa.

En nuestro estudio, el nivel de dependencia de la persona a la que prestan cuidados está en relación con el nivel de sobrecarga del cuidador y, además, se encuentran diferencias significativas en los grupos de personas que tienen a su cargo dependientes con un nivel moderado y un gran nivel de dependencia. Por lo tanto, los cuidadores que atienden a grandes dependientes o a personas con dependencia moderada, presentan niveles de sobrecarga mayor que los que atienden a personas con dependencia ligera.

Datos similares ofrece el estudio de Ferrer et al. (2006), en el que se evidencia que a mayor deterioro de la capacidad funcional del receptor de cuidados, mayor sobrecarga de su cuidador. En este mismo estudio, el estado de salud de la persona que recibe cuidados aparece también asociado con la carga del cuidador. El estado de salud de la persona dependiente correlaciona, de forma negativa y significativa, con la puntuación total de carga, de modo que, a peor estado de salud de la persona dependiente mayor es la sobrecarga global, las repercusiones

negativas del cuidado y la sensación de no ser lo suficientemente competente para poder continuar con la atención.

En la misma línea se encuentra el estudio de González et al. (2009), donde, tanto “sobrecarga leve” como “sobrecarga intensa”, se relacionan con funciones dependientes de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del incapacitado.

8.2. Riesgo de alteración emocional del cuidador

En lo que respecta al riesgo emocional de los cuidadores mayores, según los datos obtenidos mediante el cuestionario de salud general de Goldberg, un 68,2% de las personas cuidadoras no requiere consulta del especialista, frente a un 31,8% que sí requiere ayuda de personal especialista.

En cuanto a su estado emocional percibido, según Crespo et al. (2007), la mayoría de los cuidadores (61,2%) señalan que tienen o han tenido problemas emocionales (nervios, ansiedad, estrés...) desde que cuidan a su familiar. Pero más allá de la percepción subjetiva del cuidador, se constata, que un 21,7% de los cuidadores entrevistados tienen algún trastorno psicopatológico, y lo que es más importante, que a un 13,9% de los entrevistados se les diagnosticó ese trastorno siendo ya cuidadores. En este sentido, el porcentaje de cuidadores que presentan algún trastorno psicopatológico se aproxima al porcentaje de cuidadores que, en nuestro estudio, requieren consulta de un especialista.

Según González et al. (2009), un 52,5% cuidadores requiere una consulta con el especialista, datos bastante superiores a los obtenidos en nuestro estudio (31,8%).

En nuestro estudio, los cuidadores que presentan niveles de sobrecarga más elevados, también presentan un mayor riesgo de presentar alteraciones emocionales.

En el mismo sentido se sitúan los resultados del estudio Crespo et al. (2007), donde existe una relación entre el riesgo emocional del cuidador y el nivel de sobrecarga de éste ($r= 0,471$, $p<0,01$).

9. APOYO SOCIAL DE LA PERSONA CUIDADORA

9.1. Apoyo social percibido

En lo que respecta al apoyo social percibido de los cuidadores mayores, según los datos obtenidos en el cuestionario de Duke, se registra un apoyo social percibido normal por parte de la persona mayor cuidadora, en un 81,3% de los casos, frente a un 18,7% que refleja un apoyo social percibido bajo.

Según Ferrer et al. (2006), el 85,6% de los cuidadores informales reciben apoyos por parte de personas de su ámbito sociofamiliar en su labor de cuidado. Dato que coincide con el aportado por nuestro estudio.

Datos diferentes a los obtenidos en nuestra investigación, son los presentados en El Libro Blanco de la Dependencia (2005), donde un 66% los cuidadores reciben apoyo por otros miembros de su familia en la realización de los cuidados. Sin embargo, según Crespo et al. (2007), un 53,4% ejercen la asistencia sin ayuda, siendo ellos los únicos que cuidan a su familiar.

Por otro lado, resultados de nuestro estudio evidencian que las personas mayores que presentan un mayor nivel de sobrecarga presentan, por el contrario, un menor apoyo social percibido. En el mismo sentido, el estudio de Molina et al.

(2014) obtuvo correlaciones estadísticamente significativas entre apoyo social y sobrecarga ($p= 0.000$).

Según Crespo et al. (2007), el riesgo emocional del cuidador está relacionado con el apoyo social que recibe ($r= - 0,217$, $p<0,01$); en este sentido, el cuidador que manifiesta un bajo apoyo social presenta mayor riesgo de alteración emocional. Si comparamos este dato con el obtenido en nuestro estudio podemos observar que, igualmente se establece dicha relación entre ambas variables, así, los cuidadores mayores que presentan un menor apoyo social percibido son quienes presentan un mayor riesgo de alteración emocional.

9.2. Percepción de la función familiar

En cuanto a la función de la familia, según los datos obtenidos en el cuestionario de APGAR familiar, el 66,4% de las personas encuestadas se encuadra entre los márgenes de familias normofuncionales, y el tercio restante se reparte en un 18,7% en familias con disfunción leve y un 15% en entornos familiares con una disfunción grave.

En la encuesta de mayores de 2010, el 89% de los mayores manifiestan sentirse satisfecho con sus relaciones familiares; éste porcentaje es bastante superior al obtenido en nuestro estudio.

Según Rodríguez et al. (2005), las personas cuidadoras se sienten apoyadas y reconocidas por sus familiares. Lo más frecuente es que compartan con los más próximos las preocupaciones y problemas que el cuidado que esa persona mayor le genera en el transcurso normal de su vida cotidiana. Así, un 42% de los cuidadores/as declaran que hablan o comparten sus problemas con sus familiares frecuentemente, mientras el 33% lo hace sólo en algunas ocasiones. Además, el 74% de las personas entrevistadas declara que sus familiares reconocen la atención prestada en un alto grado (mucho y bastante), mientras que sólo un 7%

manifiestan que sus familiares no les dan ningún tipo de agradecimiento. Estos últimos porcentajes son bastante similares a nuestros resultados respecto a la normofuncionalidad de las familias.

En el mismo sentido que Rodríguez et al. (2005) se encuentran los datos aportados por López et al. (2009), donde los datos relativos a la posible disfunción familiar, detectada a través del cuestionario de Apgar familiar en el grupo de cuidadores, es del 7,8%.

Datos totalmente coincidentes con los aportados por nuestro estudios son los detallados por Lizárraga et al. (2008), donde un 64,3% de los cuidadores pertenecen a familias con funcionamiento normal.

El resultado del cuestionario de APGAR familiar, en nuestro estudio, correlaciona con la escala de sobrecarga de Zarit, el cuestionario de Goldberg, y de apoyo social de Duke. Sin embargo, en el estudio de Ferrer et al. (2006), la relación entre la funcionalidad familiar, medida a través del APGAR Familiar, no tiene efecto significativo sobre ninguna de las variables de carga.

CONCLUSIONES

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES

A continuación se presentan las conclusiones obtenidas en este estudio.

1. Perfil socio-demográfico y económico de las personas de edad igual o superior a 65 años cuidadores de adultos mayores.

Las mujeres mayores cuidadoras de personas mayores: principalmente, se encuentran entre una amplia franja de edad 65-84 años, de nacionalidad española, su estado civil es de casadas, sin estudios o que no saben leer ni escribir, no cuentan con ingresos propios y cuya experiencia laboral ha estado ligada a la ayuda familiar.

Los hombres mayores cuidadores de personas mayores: comienzan a ejercer los cuidados, generalmente, entre los 75 – 84 años, de nacionalidad española, están casados, sin estudios o no saben leer ni escribir, tiene una pensión de jubilación contributiva y han centrado su ocupación laboral como autónomos sin asalariados, siendo el sector primario donde, la gran mayoría, ha realizado sus trabajos.

Respecto al nivel de ingresos y la ocupación profesional anterior del cuidador se ha registrado asociación significativa entre ambas variables respecto al sexo.

2. Composición de la unidad familiar donde reside la persona cuidadora.

La unidad familiar donde reside la persona cuidadora, principalmente, está formada por matrimonios donde uno de los miembros cuida del otro y, cuya convivencia es continua. Raramente hay más personas dentro del mismo hogar y, en caso de darse esta situación, son principalmente los hijos o las hijas.

3. Perfil de la persona dependiente.

Respecto al sexo, mayoritariamente, las personas mayores dependientes son hombres (57%).

Por otro lado, más de la mitad de las personas dependientes tienen entre 75–84 años y registran una gran dependencia. En este sentido, cabe matizar que no hay asociación entre la edad de la persona dependiente y el nivel de dependencia que registra.

Entre las dolencias más habituales en las personas dependientes cabe destacar: las enfermedades del sistema circulatorio, las del sistema osteomuscular y las endocrinas y metabólicas, especialmente la diabetes.

4. Experiencia, dedicación y tareas que realiza la persona cuidadora.

En cuanto a las variables de experiencia, dedicación y tareas que realiza la persona cuidadora las vamos a diferenciar por sexo, ya que existe relación entre ellas.

El Rol de la mujer cuidadora: tiene experiencias previas en los cuidados, la gran mayoría lleva más de dos años dedicada a los cuidados, y dedican las 24 horas a esta labor. La diferencia, respecto al rol de los hombres, radica en las tareas de cuidado asociadas tradicionalmente a las mujeres: mantenimiento del hogar, lavar la ropa, limpiar la casa, comprar y hacer la comida.

El Rol del hombre cuidador: no tiene experiencia previa como cuidador, lleva más de dos años dedicados a los cuidados y dedican las 24 horas a esta labor. No se aprecian tareas de cuidado asociadas al hombre cuidador.

Por otro lado, también existe relación entre las variables nivel de dependencia y número de años cuidando; en este sentido, a mayor nivel de dependencia de la

persona que se cuida mayor es número de años que lleva prestando cuidados la persona cuidadora.

Además, existe relación entre el nivel de dependencia de la persona cuidada y el número de horas que dedica la persona cuidadora a los cuidados; así, a mayor nivel de dependencia de la persona que se cuida mayor es el número de horas dedicadas a los cuidados.

Respecto a las tareas domésticas, son las mujeres quienes más realizan las tareas de cuidados vinculadas al hogar.

Finalmente, también se ha obtenido una relación significativa entre el nivel de dependencia de la persona cuidada y las tareas que desempeña el cuidador; así, a mayor nivel de dependencia, mayor demanda de las siguientes tareas de cuidados: baño, vestirse, andar, subir y bajar escaleras, acostarse, cambiar pañales, comer, transporte, administrar los bienes, ayuda para relacionarse y controlar situaciones conflictivas.

5. Dificultades, ayudas y recursos que requieren para realizar los cuidados.

Las principales dificultades que presentan los cuidadores mayores se deben, mayoritariamente, a la falta de fuerza física de quien realiza los cuidados.

Entre las ayudas que requieren las personas que se encargan de los cuidados destacan dos: ayuda para el cuidado se sí mismo/a, en términos de baño y aseo, y ayuda para las actividades de la casa.

Los recursos con mayor demanda son: apoyo en las labores domésticas, apoyo de otros familiares y ayuda de profesionales de los cuidados.

Los hombres mayores cuidadores son quienes más demandan apoyo en las labores domésticas.

Existe relación entre diferentes variables, en este sentido:

- A mayor nivel de dependencia de la persona cuidada, mayor es la dificultad por falta de fuerza.
- A mayor nivel de dependencia de la persona cuidada, se presentan más dificultades por dudas sobre cómo cuidar.
- A mayor nivel de dependencia de la persona cuidada, mayor demanda de recursos profesionales.

6. Estado de salud de la persona que realiza los cuidados.

Las personas mayores que cuidan a otras personas mayores, generalmente, tienen, al menos, una enfermedad crónica.

Las dolencias más habituales son: las enfermedades del sistema circulatorio, las del sistema osteomuscular y las endocrinas y metabólicas, especialmente la diabetes.

Los medicamentos más consumidos van en relación a las dolencia, destacando los siguientes: medicinas para el dolor de cabeza y piernas, para el corazón, para la diabetes, tranquilizantes y pastillas para dormir, y medicamentos para bajar el colesterol.

En lo que respecta a la salud percibida, 4 de cada 5 personas cuidadoras consideran que su salud se ha deteriorado desde que desempeña el rol de cuidador. Generalmente, señalan sentirse cansados/as y/o deprimidos/as.

Las variables, nivel de dependencia de la persona cuidada y percepción del deterioro de la salud del cuidador, están relacionadas; en este sentido, a mayor nivel de dependencia de la persona cuidada, mayor percepción de deterioro de la salud.

7. Capacidad funcional de la persona que realiza los cuidados

En cuanto a la capacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, las personas que realizan los cuidados son independientes en todas sus funciones, o en todas menos una.

Respecto a la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, la escala de Lawton y Brody refleja, que la población se distribuye principalmente en los niveles: independiente, dependencia ligera y dependencia moderada. Los cuidadores con dependencia severa y total presentan porcentajes mínimos.

Hay diferencias significativas entre los valores medios, en el índice de Katz, en relación a la edad, en considerar que necesitan ayuda para realizar los cuidados, y en relación al número de enfermedades crónicas y a la salud percibida.

Hay diferencias significativas entre los valores medios, en el índice de Lawton y Brody, en relación al sexo, a la edad, en la necesidad de ayuda y en el número de enfermedades crónicas.

8. Sobrecarga y alteración emocional de las personas que realizan los cuidados.

La mitad de las personas que realizan los cuidados tienen un nivel de sobrecarga, según la escala de Zarit, entre leve y gran sobrecarga.

Según los datos recogidos, a través del cuestionario de salud de Goldberg, se puede concluir que, aproximadamente, 1 de cada 3 personas que se dedican a los cuidados requieren ayuda de un especialista.

Hay diferencias significativas entre los valores registrados en la escala de Zarit, vinculada con la necesidad de ayuda, la salud percibida y el nivel de dependencia.

Se han hallado diferencias significativas en los valores medios recogidos, a través de la escala de Goldberg, en relación a: número de horas dedicadas a los cuidados, necesidad de ayuda y salud percibida.

Cuanto mayor es la dependencia de la persona cuidadora, respecto a las actividades básicas de la vida diaria, mayor es el riesgo de alteración emocional.

Cuanto mayor es la dependencia de la persona cuidadora, respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria, mayor es el riesgo de alteración emocional.

Cuanto mayor es la sobrecarga de la persona cuidadora, mayor es el riesgo de alteración emocional.

9. Apoyo social de las personas que realizan los cuidados.

La escala de apoyo social de Duke muestra que, aproximadamente, 1 de cada 5 personas cuidadoras cuenta con un apoyo social bajo.

La escala de función familiar APGAR indica, según los datos obtenidos, que 2 de cada 3 personas cuidadoras se sitúan en grupos familiares normofuncionales.

Hay diferencias entre los valores medios obtenidos en la escala de Duke y la necesidad de ayuda, la salud percibida y el nivel de dependencia.

Hay diferencias significativas entre los valores medios, en la escala de función familiar APGAR, en relación a la salud percibida y el nivel de dependencia.

Cuanto mayor es la sobrecarga de la persona cuidadora, menor es el apoyo social que percibe el cuidador.

Cuanto menor es el apoyo social que percibe la persona cuidadora, mayor es el riesgo de alteración emocional que presenta.

Cuanto mayor es la sobrecarga del cuidador, mayor es la disfuncionalidad familiar.

Cuanto mayor es la disfuncionalidad familiar de la persona cuidadora, mayor es el riesgo de alteración emocional del cuidador.

Cuanto mayor es la disfuncionalidad familiar de la persona cuidadora, menor apoyo social percibe el cuidador.

Las conclusiones del estudio son:

- PRIMERA.-

Las mujeres mayores cuidadoras de personas mayores, principalmente, se encuentran entre una amplia franja de edad 65-84 años, y los hombres entre 75-84 años, están casados, no poseen estudios e incluso no saben leer ni escribir. Los hombres tienen una pensión de jubilación contributiva y han centrado su ocupación laboral como autónomos sin asalariados, la gran mayoría realizando trabajos del sector primario.

Las mujeres, por el contrario, no cuentan con ingresos propios y su experiencia laboral han estado ligadas a la ayuda familiar. La unidad familiar donde reside la persona cuidadora, principalmente, está formada por matrimonios donde uno de los miembros cuida del otro y cuya convivencia es continua.

- SEGUNDA.-

Las cuidadoras y cuidadores mayores llevan más de dos años cuidando y dedican 24 horas diarias a esta labor. La diferencia del rol de las mujeres, respecto al rol de los hombres, radica en la experiencia en los cuidados, ya que los hombres no tienen experiencia y las mujeres sí y, por otra parte, en las

tareas de cuidado asociadas, tradicionalmente, a las mujeres: mantenimiento del hogar, lavar la ropa, limpiar la casa, comprar y hacer la comida.

Existe relación entre el nivel de dependencia de la persona cuidada y los años que lleva el cuidador desempeñando su labor, las horas dedicadas al cuidado y las tareas que desempeña el cuidador; así pues, a mayor nivel de dependencia, mayor demanda de las siguientes tareas de cuidados: baño, vestirse, andar, subir y bajar escaleras, acostarse, cambiar pañales, comer, transporte, administrar los bienes, ayuda para relacionarse y controlar situaciones conflictivas.

- TERCERA:

Las principales dificultades que presentan los cuidadores mayores se deben a la falta de fuerza física de quien realiza los cuidados. Entre las ayudas que requieren las personas mayores que se encargan de los cuidados destacan dos: ayuda para el cuidado de sí mismo/a, en términos de baño y aseo, y ayuda para las actividades de la casa. Los recursos con mayor demanda son: apoyo en las labores domésticas, apoyo de otros familiares y ayuda de profesionales de los cuidados.

- CUARTA.-

Las personas mayores que cuidan a otras personas mayores, generalmente, tienen al menos una enfermedad crónica. Las dolencias más habituales son: las enfermedades del sistema circulatorio, las del sistema osteomuscular y las endocrinas y metabólicas, especialmente la diabetes. Los medicamentos más consumidos van en relación a las dolencia, se destacan los siguientes: medicinas para el dolor de cabeza y piernas, para el corazón, para

la diabetes, tranquilizantes y pastillas para dormir, y medicamentos para bajar el colesterol.

En lo que respecta a la salud percibida, 4 de cada 5 personas cuidadoras considera que su salud se ha deteriorado desde que desempeñan el rol de cuidador. Generalmente, señalan sentirse cansados/as y/o deprimidos/as.

- QUINTA.-

Las cuidadoras y cuidadores mayores de personas mayores son independientes en todas las actividades básicas de la vida diaria, o en todas menos una. Respecto a la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, la persona cuidadora es independiente o presenta dependencia ligera o moderada.

La mitad de las personas que realizan los cuidados tienen un nivel de sobrecarga entre leve y gran sobrecarga y, 1 de cada 3 personas que se dedican a los cuidados requieren ayuda de un especialista por riesgo de alteración emocional. Además, aproximadamente, 1 de cada 5 personas cuidadoras cuenta con un apoyo social bajo y 2 de cada 3 personas cuidadoras se sitúan en grupos familiares normofuncionales.

Los cuidadores más dependientes, para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, presentan un riesgo mayor de sufrir alteraciones emocionales. Así mismo, los cuidadores que presentan niveles de sobrecarga más elevados, presentan un menor apoyo social percibido y un mayor riesgo de presentar alteraciones emocionales. Finalmente, las familias disfuncionales están relacionadas con cuidadores con sobrecarga, con cuidadores en riesgo de alteración emocional y con un bajo nivel de apoyo social percibido.

Dada la nueva realidad a la que nos enfrentamos, donde las personas mayores forman parte de la red de cuidadores principales de otros familiares mayores, es necesario evaluar en las cuidadoras y cuidadores mayores aspectos como: la capacidad funcional, la sobrecarga, el riesgo emocional, el apoyo social percibido o la funcionalidad familiar. A partir de esta información, es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de salud.

Es por todo lo anteriormente descrito, por lo que considero que la enfermería tiene un papel fundamental en el seguimiento de las personas mayores, que son cuidadoras y cuidadores de otras personas mayores, y en el establecimiento de líneas y estrategias de intervención en la prevención de situaciones de incapacidad. La definición de las actividades referentes a los cuidados necesarios para prevenir situaciones de fragilidad y pérdida de autonomía en el cuidador mayor, irán encaminadas a prevenir la sobrecarga de la persona cuidadora, derivada de la complejidad de las tareas de cuidado que debe desempeñar, así como de la pérdida de capacidades funcionales de la persona mayor cuidadora.

CONCLUSÕES:

Apresentam-se a seguir as conclusões obtidas neste estudo.

1. Perfil sociodemográfico e económico das pessoas de ≥ 65 anos cuidadores de adultos idosos.

As mulheres idosas cuidadoras de pessoas idosas: principalmente encontram-se entre um grande intervalo de idade: 65-84 anos, de nacionalidade espanhola, o seu estado civil é de casadas, sem estudos ou não sabendo ler nem escrever, que não contam com rendimentos próprios e cuja experiência laboral tem estado ligada à ajuda familiar.

Os homens idosos cuidadores de pessoas idosas: começam a exercer cuidados geralmente entre os 75 – 84 anos, de nacionalidade espanhola, são casados, sem estudos ou não sabem ler nem escrever, gozam de uma reforma contributiva e têm centrado a sua ocupação laboral como autónomos sem empregados, a grande maioria realizando trabalhos no setor primário.

Quanto ao nível de rendimentos e a ocupação profissional anterior do cuidador tem-se registado associação significativa entre ambas as variáveis respeitantes ao sexo.

2. Composição do agregado familiar onde reside a pessoa cuidadora.

O agregado familiar onde reside a pessoa cuidadora está essencialmente constituído por casais onde um dos membros toma conta do outro, cuja convivência é contínua. Raramente há mais pessoas dentro do mesmo lar e caso ocorra esta situação são principalmente os filhos ou filhas.

3. Perfil da pessoa dependente.

No que diz respeito ao sexo, maioritariamente as pessoas idosas dependentes são homens (57%).

Por outro lado, mais de metade das pessoas dependentes têm entre 75 – 84 anos e registam uma grande dependência. Neste sentido cabe esclarecer que não há associação entre a idade da pessoa dependente e o nível de dependência que regista.

Entre as doenças mais habituais nas pessoas dependentes cabe destacar: as doenças do sistema circulatório, as do sistema osteomuscular e as endócrinas e metabólicas, especialmente a diabetes.

4. Experiência, dedicação e tarefas que realiza a pessoa cuidadora.

Quanto às variáveis de experiência, dedicação e tarefas que realiza a pessoa cuidadora vamos diferenciá-las por sexo, visto existir relação entre elas.

O papel da mulher cuidadora: tem experiências prévias nos cuidados, a grande maioria tem mais de dois anos dedicada aos cuidados, e dedicam as 24 horas a esta função. A diferença, no respeitante ao papel dos homens, radica nas tarefas de cuidado associadas às mulheres: manutenção do lar, lavar a roupa, limpar a casa, comprar e fazer a comida.

O papel do homem cuidador: não tem experiência prévia como cuidador, tem mais de dois anos dedicados aos cuidados, e dedicam as 24 horas a esta função. Não se apreciam tarefas de cuidado associadas ao homem cuidador.

Por outro lado, também existe ligação entre as variáveis nível de dependência e número de anos cuidando. Neste sentido, quanto maior é o nível de

dependência da pessoa a cuidar maior é o número de anos que leva a prestar cuidados à pessoa cuidadora.

Além disso, existe relação entre o nível de dependência da pessoa cuidada e o número de horas que dedica a pessoa cuidadora aos cuidados, assim sendo, quanto maior nível de dependência da pessoa que se cuida maior é o número de horas dedicadas aos cuidados.

No respeitante às tarefas domésticas, são as mulheres quem mais realizam as tarefas de cuidados vinculadas ao lar.

Finalmente, também se tem obtido uma relação significativa entre o nível de dependência da pessoa cuidada e as tarefas que desempenha o cuidador, deste modo, a maior nível de dependência, corresponde maior demanda das seguintes tarefas de cuidados: banho, vestir-se, andar, subir e descer escadas, deitar-se, mudar fraldas, comer, transporte, administrar os bens, ajuda para se relacionar e controlar situações conflituosas.

5. Dificuldades, ajudas e recursos de que precisam para realizar os cuidados.

As principais dificuldades que apresentam os cuidadores idosos são devidas à falta de força física de quem realiza os cuidados.

De entre as ajudas que precisam as pessoas que se encarregam dos cuidados destacam duas: ajuda para o cuidado de si próprio, em termos de banho e aseo, e ajuda para as tarefas da casa.

Os recursos mais solicitados são: apoio nas tarefas domésticas, apoio de outros familiares e ajuda de profissionais dos cuidados.

Os homens idosos cuidadores são os que mais procuram apoio nas tarefas domésticas.

Existe relação entre diferentes variáveis, neste sentido:

- Quanto maior nível de dependência da pessoa cuidada, maior é a dificuldade por falta de força.
- A um maior nível de dependência da pessoa cuidada, apresentam-se mais dificuldades por dúvidas sobre o modo de cuidar.
- A um maior nível de dependência da pessoa cuidada, maior solicitação de recursos profissionais.

6. Estado de saúde da pessoa que realiza os cuidados.

As pessoas idosas que tomam conta de outras pessoas idosas geralmente têm, pelo menos, uma doença crónica.

As doenças mais habituais são: as doenças do sistema circulatório, as do sistema osteomuscular e as endócrinas e metabólicas, especialmente a diabetes.

Os medicamentos mais consumidos estão em relação com a doença, e destacam os seguintes: remédios para a dor de cabeça e pernas, para o coração, a diabetes, tranquilizantes e comprimidos para dormir, e medicamentos para baixar o colesterol.

No que diz respeito à saúde apercebida, 4 em cada 5 pessoas cuidadoras considera que a sua saúde tem piorado desde que desempenha o papel de cuidador. Geralmente assinalam sentir-se cansados e deprimidos.

As variáveis “nível de dependência da pessoa cuidada” e “perceção da deterioração da saúde do cuidador” estão relacionadas, neste sentido a um maior

nível de dependência da pessoa cuidada, maior percepção de deterioração da saúde.

7. Capacidade funcional da pessoa que realiza os cuidados

Quanto à capacidade para desenvolver as atividades básicas da vida diária, as pessoas que realizam os cuidados são independentes em todas as suas funções ou em todas menos uma.

No que diz respeito à capacidade para realizar atividades instrumentais da vida diária, a escala de Lawton e Brody indica que a população fica distribuída principalmente nos seguintes níveis: independente, dependência ligeira e dependência moderada. Os cuidadores, com dependência severa e total apresentam percentagens mínimas.

Há diferenças significativas entre os valores médios no índice de Katz em relação a: idade, considerar que precisam de ajuda para realizar os cuidados, número de doenças crónicas e saúde apercebida.

Há diferenças significativas entre os valores médios no índice de Lawton e Brody em relação ao sexo, à idade, necessidade de ajuda e número de doenças crónicas.

8. Sobrecarga e alteração emocional das pessoas que realizam os cuidados.

Metade das pessoas que realizam os cuidados têm um nível de sobrecarga, segundo a escala de Zarit, entre leve e grande sobrecarga.

Segundo os dados recolhidos através do questionário de saúde de Goldberg, pode-se concluir que aproximadamente uma em cada três pessoas que se dedicam aos cuidados precisam da ajuda de um especialista.

Há diferenças significativas entre os valores registados na escala de Zarit, vinculada com: a necessidade de ajuda, a saúde apercebida e o nível de dependência.

Têm-se achado diferenças significativas nos valores médios recolhidos através da escala de Goldberg em relação a: número de horas dedicadas aos cuidados, necessidade de ajuda e saúde apercebida.

Quanto maior é a dependência da pessoa cuidadora com respeito às atividades básicas da vida diária, maior é o risco de alteração emocional.

Quanto maior é a dependência da pessoa cuidadora no que respeita às atividades instrumentais da vida diária maior é o risco de alteração emocional.

Quanto maior é a sobrecarga da pessoa cuidadora, maior é o risco de alteração emocional.

9. Apoio social às pessoas que realizam os cuidados.

A escala de apoio social de Duke mostra que aproximadamente uma em cada cinco pessoas cuidadoras conta com um apoio social baixo.

A escala de função familiar APGAR indica, segundo os dados obtidos, que duas em cada três pessoas cuidadoras se situam em grupos familiares normofuncionais.

Há diferenças entre os valores médios obtidos na escala de Duke e a necessidade de ajuda, a saúde apercebida e o nível de dependência.

Há diferenças significativas entre os valores médios na escala de função familiar APGAR em relação a: saúde percebida e nível de dependência.

Quanto maior é a sobrecarga da pessoa cuidadora, menor é o apoio social que julga receber o cuidador.

Quanto menor é o apoio social que julga receber a pessoa cuidadora, maior é o risco de alteração emocional que apresenta.

Quanto maior é a sobrecarga do cuidador, maior é a disfuncionalidade familiar.

Quanto maior é a disfuncionalidade familiar da pessoa cuidadora, maior é o risco de alteração emocional do cuidador.

Quanto maior é a disfuncionalidade familiar da pessoa cuidadora, menor apoio social percebe o cuidador.

Em resumo, as conclusões do estudo são:

- **PRIMEIRA.-**

As mulheres idosas, cuidadoras de pessoas idosas, encontram-se principalmente entre uma extensa faixa etária de 65-84 anos e os homens entre 75-84 anos, são casados, não possuem estudos ou mesmo não sabem ler nem escrever. Os homens têm uma reforma contributiva e centraram a sua ocupação laboral como autónomos sem empregados, a grande maioria realizando trabalhos do setor pri-mário.

As mulheres, pelo contrário, as quais não contam com rendimentos próprios, tiveram uma experiência laboral ligada à ajuda familiar. O agregado familiar onde reside a pessoa cuidadora principalmente está formada por casais em que um dos membros toma conta do outro, cuja convivência é contínua.

- **SEGUNDA.-**

As cuidadoras e cuidadores idosos levam mais de dois anos cuidando e dedicam as vinte-e-quatro horas do dia a esta tarefa. A diferença do papel das mulheres no que diz respeito ao papel dos homens radica na experiência nos cuidados, visto os homens não terem experiência e as mulheres sim; e por outro lado, nas tarefas de cuidado associadas às mulheres: manutenção do lar, lavar a roupa, limpar a casa, comprar e fazer a comida.

Existe relação entre o nível de dependência da pessoa cuidada e os anos que o cuidador leva desempenhando o seu trabalho, as horas dedicadas ao cuidado e as tarefas que desempenha o cuidador. Assim sendo, a um maior nível de dependência, maior demanda das seguintes tarefas de cuidados: banho, vestir, andar, subir e descer escadas, deitar-se, mudar fraldas, comer, transporte, administrar os bens, ajuda para se relacionar e controlar situações conflituosas.

- **TERCEIRA:**

As principais dificuldades que apresentam os cuidadores idosos são devidas à falta de força física de quem realiza os cuidados. Entre as ajudas de que precisam as pessoas idosas que se encarregam dos cuidados destacam-se duas: ajuda para o cuidado de si próprio, em termos de banho e asseio, e ajuda para as atividades da casa. Os recursos com maior procura são: apoio nas tarefas domésticas, apoio de outros familiares e ajuda de profissionais dos cuidados.

- **QUARTA.-**

As pessoas idosas que cuidam outras pessoas idosas geralmente têm, no mínimo, uma doença crónica. As doenças mais habituais são: as enfermidades do sistema circulatório, as do sistema osteomuscular e as endocrinas e metabólicas, especialmente a diabete. Os medicamentos mais consumidos estão em relação com as doenças. Destacam-se os seguintes: remédios para a dor de cabeça e pernas, para o coração, a diabetes, tranquilizantes comprimidos para dormir, e remédios para baixar o colesterol.

No que diz respeito à saúde apercebida, quatro em cada cinco pessoas cuidadoras considera que a sua saúde tem piorado desde que desempenha o papel de cuidador. Geralmente assinalam sentirem-se cansados e deprimidos.

- **QUINTA.-**

As cuidadoras e cuidadores idosos de pessoas idosas são independentes em todas as atividades básicas da vida diária ou em todas menos uma. Tal como das instrumentais, a pessoa cuidadora é independente ou apresenta dependência ligeira e moderada.

Metade das pessoas que realizam os cuidados têm um nível de sobrecarga entre leve e grande sobrecarga, e uma em cada três pessoas que se dedicam aos cuidados precisam da ajuda de um especialista por risco de alteração emocional. De resto, aproximadamente uma em cada cinco pessoas cuidadoras conta com um apoio social baixo e duas em cada três pessoas cuidadoras situam-se em agregados familiares normofuncionais.

Os cuidadores mais dependentes quanto às atividades básicas e instrumentais da vida diária apresentam um risco maior de sofrer alterações

emocionais. Igualmente, os cuidadores que apresentam níveis de sobrecarga mais elevados, apresentam uma menor perceção de apoio social e um maior risco de apresentar alterações emocionais. Finalmente, as famílias disfuncionais estão relacionadas com cuidadores com sobrecarga, com cuidadores em risco de alteração emocional e com um baixo nível de perceção de apoio social.

Dada a nova realidade a que fazemos face, onde as pessoas idosas fazem parte da rede de cuidadores principais de outros familiares idosos, torna-se necessário avaliar nas cuidadoras e cuidadores idosos aspetos como: a capacidade funcional, a sobrecarga, o risco emocional, o apoio social apercebido ou a funcionalidade familiar. A partir desta informação, é possível planificar programas preventivos, ações concretas de saúde e a organização de serviços sociais e de saúde.

Por tudo o anteriormente descrito, considero que a enfermagem tem um papel fundamental no seguimento das cuidadoras e cuidadores idosos de outras pessoas idosas e no estabelecimento de linhas e estratégias de intervenção na prevenção de situações de incapacidade. A definição das atividades relativas aos cuidados necessários para prevenir situações de fragilidade e perda de autonomia do cuidador idoso, serão encaminhadas na prevenção da sobrecarga da pessoa cuidadora derivada da complexidade das tarefas de cuidado que deve desempenhar, bem como da perda de capacidades funcionais da pessoa idosa cuidadora.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Helpage Internacional. Tercera edad y desarrollo. Bruselas: Helpage International Ed.; 2000.
2. IMSERSO. Informe 2012 Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
3. IMSERSO. Informe 2010 Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010.
4. Tobío C, Agulló MS, Gómez MV, Martín MT. El cuidado de las personas: un reto para el siglo XXI. Barcelona: Obra Social, Fundación "La Caixa"; 2010.
5. Durán MA, Vicente JSM. La cuenta satélite del trabajo no remunerado en la Comunidad de Madrid: trabajo de campo y codificación "Encuesta CSIC sobre trabajo no remunerado en la Comunidad de Madrid 2005". Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Empleo y Mujer; 2006.
6. Durán MA. Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2006;60:57-73.
7. IMSERSO. Informe 2008 sobre las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2008.
8. Junta de Extremadura. Plan de Salud de Extremadura 2009-2012. Badajoz: Consejería de Sanidad y Consumo; 2009.
9. García MC. Envejecimiento demográfico y ordenación del territorio en Extremadura [Tesis Doctoral]. Cáceres: Universidad de Extremadura; 2013.
10. Lahuerta C, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez K, Nebot M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. Gac Sanit. 2004;18(2):83-91.

11. Espín AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cub Salud Pública [online]. 2008;34(3):0-0.
12. Abellán A, Vilches J, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en Red; 2014.
13. INE. Encuesta Continua de Hogares. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2013.
14. Querejeta M. Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Bilbao: Diputación Foral de Guipúzcoa; 2003.
15. Rodríguez P. El apoyo informal como destinatario de los programas de intervención en situaciones de dependencia. Documentación Social: Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada 2006;141:123-44.
16. Esparza C. Discapacidad y dependencia en España. Informes Portal Mayores nº 108. Madrid: IMSERSO; 2011.
17. Lizarraga V, Artetxe I, Pousa N. Eficacia de una intervención psicológica a domicilio dirigida a personas cuidadoras de mayores dependientes. Rev Esp Geriatr Gerontol 2008;43(4):229-34.
18. IMSERSO. Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.
19. IMSERSO. Las personas mayores en España: Informe 2006. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
20. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº 299 de 15 de diciembre de 2006.
21. United Nations. Population Division. World Population Ageing 1950-2050. New York: WHO; 2002.

22. Lago G, Debén M. Cuidados del cuidador en el paciente con demencia. [Internet]. 2011 [acceso 15 de septiembre de 2014]; Disponible en: www.fisterra.com/guias2/cuidador.html.
23. López MJ, Orueta R, Gómez-Caro S, Sánchez A, Carmona J, Alonso FJ. El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Rev Clin Med Fam* 2009;2(7):332-4.
24. IMSERSO. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1995.
25. García-Calvente MM, Mateo I, Gutiérrez, P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.
26. Alonso A, Garrido A, Díaz A, Casquero R, Riera M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria* 2004;33(2):61-7.
27. Crespo M, López J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". Madrid: IMSERSO; 2007.
28. Fernández de Larrinoa P, Martínez S, Ortiz S, Carrasco M, Solabarrieta J, Gómez I. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema* 2011;23(3):388-93.
29. Ruíz N, Moya L. El cuidado informal: Una visión actual. *Rev. electrón. motiv. emoc.* 2012;1:22-30.
30. Rivera J. Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional. Madrid: Consejo Económico y Social; 2001.
31. Feldberg C, Tartaglini MF, Clemente MA, Petracca G, Cáceres F, Stefani D. Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del

- estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurolog. argent.* 2011;3(1):11-6.
32. Yanguas JJ, Leturia FJ, Leturia M. Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Pap. Psicol.* 2000;76:23-32.
 33. Saiz GM, Bordallo JR, García JN. El cuidador como paciente. *FMC, Form. méd contin. aten. prim.* 2008;15(7):418-26.
 34. Wittenberg-Lyles E, Demiris G, Oliver DP, Washington K, Burt S, Shaunfield S. Stress variances among informal hospice caregivers. *Qual Health Res* 2012;22(8):1114-25.
 35. Wittenberg-Lyles E, Demiris G, Oliver DP, Burt S. Reciprocal suffering: caregiver concerns during hospice care. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(2):383-93
 36. Zambrano, V. Importancia del cuidador en los cuidados paliativos. México: Edit. Interamericana; 2006.
 37. Díaz J, Rojas M. Cuidando al cuidador: Efectos de las Naciones Unidas Programa Educativo. *Aquichan* 2009;9(1):73-92.
 38. Guedes AC, Pereira MG. Sobrecarga, enfrentamiento, síntomas físicos y morbilidad psicológica en cuidadores de familiares dependientes funcionales. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013;21(4):1-6.
 39. Lluch A, Morales A, Cabrera M, Betancourt M. Factores previsibles en la salud física y psicosocial del cuidador crucial del anciano con demencia en el hogar. *Rev Cubana Enferm* 2010;26(2):3-13.
 40. Ribas J, Castel A, Escalada B, Ugas L, Grau C, Magarolas R, Puig JM, Carulla J. Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barc* 2000;27:131-4.
 41. Ocampo JM, Herrera JA, Torres P, Rodríguez JA, Loba L, García CA. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colomb Med* 2007;38(1):40-6.

42. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 2004;18:132-9.
43. González V, Gálvez C. Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos* 2009;20(1):15-21.
44. Lara L, Díaz D, Herrera E, Silveira P. Síndrome del "Cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Rev Cubana Enferm* 2001;17(2):107-11.
45. Gálvez C, González A, Ramón ED. Estado de salud y utilización de recursos sanitarios de una población de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos* 2007;18(3):117-26.
46. Domínguez MT, Ocejo A, Sander R, Alfonso M. Bienestar, apoyo social y contexto familiar de cuidadores de adultos mayores. *Acta investigación psicol.* 2013;3(1):1018-30.
47. Giraldo CI, Franco GM. Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Aquichan* 2006;6(1):38-53.
48. Vega OM. Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Aquichan* 2011;11(3):274-86.
49. Plá NB, López MTL. Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España. *Zerbitzuan* 2011(49):107-25.
50. Baster JC. Adultos mayores en funciones de cuidadores de ancianos. *Rev Cub Salud Publica* 2012;38(1):168-73.
51. Junta de Extremadura. Atlas Socioeconómico de Extremadura 2011. Badajoz: Instituto Estadístico de Extremadura; 2011.
52. Ley 10/2001, de 28 de Junio, Organización general del Sistema Sanitario Público de Extremadura. DOE nº 76 de 3 de julio de 2001 y BOE nº 177 de 25 de julio de 2001.

53. O'Shea E. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Galway: Universidad Nacional de Irlanda; 2003.
54. Rogero J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: IMSERSO; 2010.
55. Bazo MT. Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. Rev. sociol. 1998;56:143-61.
56. Rodríguez G, Monserrat J. Modelos de Atención Sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2002.
57. INE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2002.
58. Casado D. La atención a la dependencia en España. Gac Sanit. 2006;20:135-42.
59. Casado D. Análisis de la evolución de la dependencia en la tercera edad en España. Bilbao: BBVA; 2007.
60. Herrera DM, Rodríguez A, García R, Pérez D, Echemendía B, Chang M, et al. Caracterización del cuidado informal de pacientes dependientes en el policlínico "Héroes de Girón" en el 2009. Rev Cubana Med Gen Integr. 2012;28(2):28-44.
61. Consejo de Europa. Recomendación nº (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia; 1998.
62. Zambrano EM, Guerra MD. Formación del cuidador informal: relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. Aquichan 2012;12(3):241-51.
63. López SR, Gala B, Gómez E. Uso de escalas de valoración en el proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas Dependientes. Index Enferm 2006;54:56-61.

64. Pérez L. La estructura social de la vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer. Madrid: IMSERSO; 2006.
65. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Manual de uso para el empleo del Baremo de Valoración de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.
66. Montserrat J. El coste de la dependencia. Rev Mult Gerontol 2003;13:194-200.
67. Rodríguez P. El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Documentos de trabajo (Laboratorio de alternativas) nº 87; 2006.
68. Masanes F, Sacanella E, Navarro M, López A. Aspectos epidemiológicos de la dependencia en España. JANO 2007;1638:20-7.
69. Agulló MS, Garrido A. Género, envejecimiento y jubilación. En: Suárez IC, López RMC, Rodríguez MAP. Cambiando el conocimiento: universidad, sociedad y feminismo. Oviedo: KRK Ediciones; 1999.
70. Robles L, Vázquez F, Reyes L, Orozco I. La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Guadalajara: Editorial Universitaria; 2007.
71. Ancizu I, Bazo T. The caregiving dimension. En: Daatland SO, Herlofson K, eds. Ageing, International Relations, Care Systems and Quality of Life: An Introduction to de OASIS Project. Oslo: Norwegian Research; 2001. p. 41-51.
72. Aguirre R. El futuro del cuidado. En: Arriagada I. Futuro de las familias y desafíos para las políticas. Santiago de Chile: CELADE; 2008.
73. Hochschild A. La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo. Buenos Aires: Katz Editores; 2008.
74. Stefoni C. Mujeres inmigrantes en Chile ¿mano de obra o trabajadoras con derechos?. Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado; 2001.

75. Fernández C, Antonio J, Tobío C. Andalucía. Dependencia y solidaridad en las redes familiares. Sevilla: IEA, Consejería de Economía y Hacienda, Junta de Andalucía; 2007.
76. Letablier MT. El Trabajo de “cuidados” y su conceptualización en Europa. En: Prieto C, ed. Trabajo, género y tiempo social. Madrid: Universidad Complutense; 2007. p. 64-84.
77. Carrasco C, Borderías C, Torns T. El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas. Madrid: Ed. Catarata; 2011.
78. Torns T. El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. *Empiria. Rev. Metodol. Cienc. Soc.* 2012;15:53-73.
79. Fornés APC. ¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes? *Íconos* 2014;18(50):111-27.
80. Salas PM. La ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento. *Cul Cuid* 2006;19:73-8.
81. CEPAL. Impactos de la dinámica demográfica sobre las generaciones y los cuidados en el marco de la protección social. *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL-ONU; 2009.
82. Moreno J. Mayores y Calidad de Vida. *Portularia* 2004;4:187-98.
83. Masanet E, La Parra D. Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Rev Esp Salud Pública* 2011;85(3):257-66.
84. Alustiza A, Pérez J. Familia, envejecimiento y discapacidad en España. *Papers* 2010;95(3):673-700.
85. Gallegos K, Durán GJ, López L, López M. Factores asociados con las dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en Morelos. *Rev Invest Clin* 2003;55(3):260-9.

86. Albalá C, Sánchez H, Bustos C, Fuentes A, Lera L. Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2007.
87. Sánchez CS. Impacto sociosanitario de las enfermedades neurológicas en España. Informe FEEN. Madrid: Fundación Española de Enfermedades Neurológicas; 2006.
88. Esparza C. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2008.
89. Bernardini DA. ¿Quién cuidará a nuestros mayores?. ¿Problema o necesidad insatisfecha?. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2012;47(2):81-2.
90. Francisco del Rey JC, Mazarraza L. Cuidados informales. *Rev Enferm* 1995;202:61-5.
91. Flores N, Jenaro C, Moro L, Tomşa R. Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *Eur. J. investig. health psychol. educa* 2014;4(2):79-88.
92. Herrera M. Nuevos desvaríos en políticas sociales: la community care. *Rev Esp Invest Sociol* 1998;82:249-81.
93. Aparicio M, Díaz J, Cuéllar B, Fernández M, De Tena A. La Salud Física y Psicológica de las Personas Cuidadoras: Comparación entre Cuidadores Formales e Informales. Madrid: IMSERSO; 2010.
94. Abellán A, Del Barrio E, Castejón P, Fernández-Mayoralas G, Pérez L. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores: Encuesta 2006. Madrid: IMSERSO; 2007.
95. Seco JMA. Respuestas a la dependencia: la situación en España. Propuestas de protección social y prevención. Madrid: CCS; 2004.
96. Badía X, Lara N, Roset M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria* 2004;34(4):170-7.

97. Flores N, Jenaro C, Navarro E, Vega V, Vázquez A. Salud biopsicosocial y relación con la carga experimentada por cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Geríatrika* 2013;1:47-60.
98. Grandón P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Nurs Res* 2008;158(3):335-43.
99. Davies B, Reimer JC, Martens N. Family functioning and its implications for palliative care. *J Palliat Care*. 1994;10(1):29-36.
100. Masanet E, La Parra D. Los impactos de los cuidados de salud en los ámbitos de vida de las personas cuidadoras. *RES* 2009;11:13-31
101. Roca M, Ubeda I, Fuentelsaz C, López R, Pont A, García L, et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria* 2000;26(4):217-23.
102. Dueñas E, Martínez MA, Morales B, Muñoz C, Viáfara AS, Herrera JA. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colomb Med* 2013;37(1):31-8.
103. Douglas SL, Daly BJ, Kelley CG, O'Toole E, Montenegro H. Impact of a disease management program upon caregivers of chronically critically ill patients. *Chest*. 2005;128(6):3925-36.
104. López O, Lorenzo A, Santiago P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Primaria* 1999;24:404-10
105. Mateo I, Millán A, García-Calvente MM, Gutiérrez P, Gonzalo E, López L. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Aten Primaria* 2000;26(3):139-44.
106. Espín AM. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cub Salud Publica* 2012;38(3):493-502.

107. Herrera A, Torres IEF, Massa ER, Montalvo A. Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. *Aquichan* 2012;12(3):286-97.
108. Astudillo W, Mendinueta C, Granja P. Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida. *Psicooncología* 200;5(2):359-82.
109. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, María Begiristáin J, JValderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit.* 2008;22(5):443-50.
110. Cuesta C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Invest Educ Enferm* 2007;25:106-12.
111. Barrera L, Galvis CR, Moreno ME, Pinto N, Pinzón ML, Romero E, et al. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Un estudio comparativo de tres unidades académicas de enfermería. *Invest Educ Enferm* 2006;23(1):36-46.
112. Rodríguez P, Mateo A, Sancho M. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. Madrid: IMSERSO; 2005.
113. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA* 1999;282:2215-9.
114. Hepburn KW, Tornatore J, Center B, Ostwald SW. Dementia family caregiver training: affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(4):450-7.
115. Islas NL, Ramos B, Aguilar M, García M. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2006;19(4):266-71.
116. Expósito Y. Intervención personalizada a cuidadores primarios de mujeres con cáncer avanzado de mama que reciben Cuidados Paliativos. *Rev Cubana Enferm* 2010;26(3):130-143.

117. Alfaro O, Morales T, Vázquez F, Sánchez S, Ramos B, Guevara U. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008;46(5):485-94.
118. De Freitas NM, Dos Santos DM. Correlação entre qualidade de vida e morbidade do cuidador de idoso com acidente vascular encefálico. *Rev Esc Enferm USP* 2012;46(4):960-6.
119. Rodríguez O, Apolinaire JJ, Alonso I. Prevalencia de alteraciones de la salud mental y factores de riesgo relevantes. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003;19(4):0-0.
120. Turkoglu N, Kilic D. Effects of Care Burdens of Caregivers of Cancer Patients on their Quality of Life. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13:4141-5.
121. Lau DT, Kasper JD, Hauser JM, Berdes C, Chang CH, Berman RL, et al. Family caregiver skills in medication management for hospice patients: a qualitative study to define a construct. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009;64(6):799-807.
122. Mausbach BT, Roepke SK, Ziegler MG, Milic M, von Känel R, Dimsdale JE, et al. Association between chronic caregiving stress and impaired endothelial function in the elderly. *J Am Coll Cardiol* 2010;55(23):2599-606.
123. Pinguat M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging* 2003;18(2):250.
124. Losada A, Nogales-González C, López J, Márquez-González M, Jiménez-González E. Ayuda psicológica a cuidadores en diferentes escenarios. *Inf Psicologica* 2013;(105):60-77.
125. Hartke RJ, King RB, Heinemann AW, Semik P. Accidents in older caregivers of persons surviving stroke and their relation to caregiver stress. *Rehabil Psychol* 2006;51(2):150.

126. Brummet BH, Babyak MA, Siegler IC, Vitaliano P, Ballard EL, Gwyther LP, Williams RB. Associations among perceptions of social support, negative affect, and quality of sleep in caregivers and noncaregivers. *Health Psychol Res* 2006;25:220-5.
127. Vega OM, González DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm Glob* 2009;8(2):1-11.
128. Oliva AD, Mendizábal MRL, Asencio EN. Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagog. soc.* 2013(22):153-68.
129. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 1990;30:583-94.
130. Lawton MP, Moos M, Kleban MH, Glicksman A, Rovine M. A two-factors model of caregiving appraisal and psychological well-being. *J Gerontol* 1991; 46:181-9.
131. Braithwaite V. Between stressors and outcomes: can we simplify caregiving process variables? *Gerontologist* 1996;36(1):42-53.
132. Molina JM, Iañez MA, Iañez B. El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicol. salud* 2014;15(1):33-43.
133. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. *Social epidemiology* 2000;1:137-73.
134. Lynch TR, Mendelson T, Robins CJ, Krishnan KRR, George LK, Johnson CS, et al. Perceived social support among depressed elderly, middle-aged, and young-adult samples: cross-sectional and longitudinal analyses. *J Affect Disord* 1999;55(2):159-70.
135. Bowling A. Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community.

- An analysis of concepts and a review of the evidence. *Fam Pract* 1991;8(1):68-83.
136. Zunzunegui MV, Beland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *Int J Epidemiol* 2001;30:1090-9.
137. Oxman TE, Berkman LF, Kasi S, Freeman D, Barrett J. Social support and depressive symptoms in the elderly. *Am J Epidemiol* 1992;135:356-68.
138. Seira M, Aller A, Calvo A. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76(6):713-22.
139. Moreira R, Turrini RNT. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. *Enferm Glob* 2011;10(22):1-13.
140. Miralles I. Envejecimiento Productivo: Las contribuciones de las personas mayores desde la cotidianidad. *Trab. soc.* 2011;(16):137-61.
141. Aramburu I, Izquierdo A, Romo I. Análisis comparativo de necesidades psicosociales de cuidadores informales de personas afectadas de Alzheimer y ancianos con patología no invalidante. *Revista Mult Gerontol* 2001;11(2):64-71.
142. Zabalegui A, Juando C, Izquierdo MD, Gual P, González-Valentín A, Gallart A, et al. Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Gerokomos* 2004;15(4):199-208.
143. Miguel JA, Sancho M, Abellán A, Rodríguez V. La atención formal e informal en España. Madrid: CSIC; 2000.
144. Rodríguez P. Plan gerontológico y el esfuerzo compartido en las acciones de vejez. *Doc. Soc.* 1992;(86):155-73.
145. Jenson J, Jacobzone S. Care allowances for the frail elderly and their impact on women care-givers. Paris: OECD; 2000.

146. Eurostat. Feasibility Study – Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adults in the European Union. Working Papers and Study. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2003.
147. Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. Towards a new welfare state: the social sustainability principle and health care strategies. *Health Policy* 2003;65(3):201-15.
148. Zarit SH. Family care and burden at the end of life. *CMAJ* 2004;170(12):1811-2.
149. Rodríguez CR. Las familias y los cuidados a las personas mayores dependientes: entre la reciprocidad y la ambivalencia. *Cuad. trab. soc.* 2013;26(2):349-58.
150. Brodsky J, Habib J, Mizrahi I, Team LC, World Health Organization. Long-term care laws in five developed countries: A review. 2000. Geneva: World Health Organization; 2000.
151. Ferrer JG, Gómez SC, Rigla FR, López VS. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. *Población* 2006;1(557):3-7.
152. Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Bilbao: Fundación BBVA; 2002.
153. García M, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit.* 2004;18(2):83-92.
154. OECD. The Future of Female-Dominated Occupations. París: OECD; 1998.
155. World Health Organization. Home-based long-term care: report of a WHO study group. Geneva: WHO; 2000.
156. Castañeda IE, Ramírez MF. Diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores. *Revista Cubana Med Gen Integr* 2013;29(3):281-96.

157. Lara G, González Avilés A, Blanco LA. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Rev Esp Med Quir* 2008;13(4):159-66.
158. Burgos P, Figueroa V, Fuentes M, Quijada I, Espinosa E. Caracterización y nivel de conocimiento del cuidador informal de usuarios con dependencia severa adscritos al centro de salud Violeta Parra – Chillán. *Theoria* 2008;17(2):7-14.
159. Gálvez J, Ras E, Hospital I, Vila A. Perfil del cuidador principal y valoración del nivel de ansiedad y depresión. *Aten Primaria* 2003;31:144-5.
160. Artaso B, Goñi A, Biurrun A. Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Esp Geriatr Gerontol* 2003;38(4):212-8.
161. Moral MS, Juan J, López MJ, Pellicer P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria* 2003;32:77-87.
162. García R, Vila R, Muñoz R. Perfil y grado de sobrecarga del cuidador principal de pacientes inmovilizados en un centro de salud. *Enferm. comunitaria* 2005;2:16-9.
163. Moreno L, Bernabeu M, Alvarez M, Rincón M, Bohórquez P, Cassani M et al. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria* 2008;40(4):193-198.
164. Casado D, López G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. *Colección Estudios Sociales* 2001;(6):142-195.
165. Lobo A, Santos MP, Carvalho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2007;42(1):22-6.
166. Segovia MG, Torres EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos* 2011;22(4):162-6.

167. Sosa OA, García RN, González GM. Clinimetría física, mental y funcional del anciano. En: Trujillo Z, Becerra PM, Rivas. Latinoamérica envejece. Visión gerontológica y geriátrica. México: Mc-Graw Hill Interamericana; 2007. p. 192-205.
168. Pérez J, Sanz-Arangué MJ, Moya LM. Valoración geriátrica: conceptos generales. En: Guillén LF, Pérez del Molino MJ, Petidier TR. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ª ed. Barcelona España: Elsevier Masson; 2008. p. 207-224.
169. Subgrupo de Trabajo sobre Adultos Mayores. Documento Conceptual: Personas Adultas Mayores y Dependencia. Montevideo: Mimeo; 2011.
170. Agulló MS. Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación: una aproximación psico-sociológica. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones; 2004.
171. Bazo MT, Ancizu I. El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada. Rev Esp Invest Sociol 2004;105(1):43-77.
172. Zarit SH. Caregiver's Burden. En: Andrieu S, Aquino JP: Family and professional carers: findings lead to action. Paris: Serdi Edition y Fondation Médéric Alzheimer; 2002.
173. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002
174. Rivera B, Casal B, Currais L. Estudio económico del tiempo de cuidado informal como factor de producción de salud en el enfermo de Alzheimer no institucionalizado. Coruña: Fedea (Fundación de Estudios de Economía Aplicada); 2008.
175. Blanco L, Librada S, Rocafort J, Cabo R, Galea T, Alonso ME. Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. Med. paliat. 2007;14(3):1-5.

176. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. 2011. Madrid; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
177. D'Ancona MAC. Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social. Barcelona: Síntesis; 1996.
178. Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Harcourt; 2000.
179. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2000.
180. Alvarez M, Alaiz A, Brun E, Cabañeros J, Calzón M, Cossío I, et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz: Fiabilidad del método. Aten Primaria 1992;10(6):812-6.
181. Desforges JF, Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. N Engl J Med 1990;322(17):1207-14.
182. Lawton MP, Brody EM. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-86.
183. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980;20(6):649-55.
184. Marín M, Salvado I, Nadal S, Mijo LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Revista Mult Gerontol 1996;6(4):338-46.
185. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. London: Oxford University Press; 1972.
186. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med 1979;9(1):139-45.

187. Lobo A, Muñoz PE. Cuestionario de salud general de Goldberg: Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona: Masson; 1996.
188. Bellón J, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria* 1996;18(4):153-63.
189. Broadhead W, Gehlbach SH, De Gruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988;709-23.
190. Revilla L, Bailón E, Dios JD, Delgado A, Prados M, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1991;8(9):688-92.
191. Cuéllar I, Dresch V. Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *Rev Iberoam Diagn Ev* 2012;34(1):89-101.
192. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978;6:1231-9.

ANEXOS

ANEXOS



CUESTIONARIOS

**Las Cuidadoras y Cuidadores Mayores de Personas Mayores en la
Zona Rural Suroeste del Área de Salud de Badajoz**

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



Las Cuidadoras y Cuidadores Mayores de Personas Mayores en la Zona Rural Suroeste del Área de Salud de Badajoz

La realidad social se ha visto modificada en los últimos tiempos, ya que se ha producido un importante incremento en el grupo de personas mayores. Este hecho repercute en el aumento de personas mayores que cuidan de personas mayores. Es por ello que se hace necesario realizar un análisis del perfil del cuidador mayor de personas mayores en el ámbito rural de la Comunidad Autónoma de Extremadura, con la finalidad de conocer la capacidad funcional y el estado emocional.

CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN DEL CUIDADOR

Localidad:

Fecha:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.- Edad:

2.- Sexo:

- Varón
 Mujer

3.- Nacionalidad:

4.- Estado civil:

- Soltero
 Casado
 Separado
 Divorciado
 Viudo

5.- Estudios realizados:

- No sabe leer o escribir
 Sin estudios
 Estudios Primarios
 Estudios Secundarios
 Estudios Superiores

Indique título que posee:

6.- En relación con la actividad económica, ¿en qué situación de las siguientes se encuentra?

- Trabajando
 En desempleo
 Percibiendo una pensión contributiva de jubilación o incapacidad permanente
 Percibiendo otro tipo de pensión
 Incapacitado para trabajar
 No tiene ingresos
 Dedicado principalmente a las labores del hogar (sin remuneración)
 Realizando sin remuneración trabajos sociales o actividades benéficas
 Otra situación

7.- ¿Cuál era la situación profesional en la ocupación que desempeñaba?

- Empresario/a o trabajador/a autónomo con asalariados
 Empresario/a o trabajador/a autónomo sin asalariados
 Ayuda familiar
 Asalariado
 Otra situación:

DATOS RELATIVOS AL ROL DEL CUIDADOR

8.- Parentesco que le une con la persona cuidada:

- No tengo parentesco
- Hija
- Hijo
- Hermana
- Hermano
- Sobrina
- Sobrino
- Mujer
- Marido
- Otros:

9.- ¿Tiene experiencia previa como cuidador?:

- Si
- No

10.- ¿Convive con la persona que cuida?:

- Si
- No

11.- ¿Desde cuándo cuida a la persona mayor?

- Menos de 1 año
- 1-2 años
- 2-4 años
- 4-8 años
- Más de 8 años

12.- ¿Cuántas horas le dedica al cuidado?

- 0-2 horas al día
- 2-4 horas al día
- 4-8 horas diarias
- 8-12 horas diarias
- 24 horas diarias

13.- ¿Existen otras personas a su cargo?:

- Si
- No

14.- ¿Cuántas personas además tiene a su cargo?:

15.- ¿Qué personas tiene además a su cargo?: (Respuesta múltiple)

- Hijos
- Marido / Mujer
- Madre / Padre
- Tíos/as
- Sobrinos/as
- Otros

16.- ¿A qué tareas se dedica principalmente cuando ayuda o presta cuidados? (Respuesta múltiple)

- Baño y aseo
- Vestirse /Desvestirse
- Andar o desplazarse
- Subir o bajar escaleras
- Acostarse/levantarse de la cama
- Cambiar pañales por incontinencia
- Comer /beber
- Utilizar el teléfono
- Hacer compras
- Preparar comidas
- Hacer otras tareas domesticas
- Lavar la ropa
- Utilizar el transporte público
- Tomar medicación
- Administrar el dinero
- Ir al médico
- Ayuda a relacionarse.
- Ayuda en situaciones conflictivas (nerviosismo, agitación, relación de la persona mayor con el cuidador...).

17.- Ante alguna de las tareas derivadas del cuidado de esa persona, por favor indique si:

(Respuesta múltiple)

- Percibe especial dificultad por faltarle fuerza física
- Tiene dudas sobre cómo sería la mejor manera de hacerlo
- Piensa que la persona a la que cuida no colabora o resiste cuando le ayuda con esa labor
- Tiene otras dificultades
- Cree que para llevar a cabo los cuidados que usted realiza necesitaría más formación especializada de la que tiene.
- No tiene ninguna dificultad
- No contesta

18.- ¿Considera que necesita ayuda para realizar las actividades que requiere el cuidado de la persona que cuida?

- Si
- No

19.- ¿Qué actividad del cuidado le supone más dificultad y requeriría ayuda?

(Respuesta múltiple)

- Ayuda en el cuidado de sí mismo (lavarse, vestirse, comer, beber...)
- Ayuda en los desplazamientos
- Ayuda en la utilización de brazos y manos (cubiertos, medicación...)
- Ayuda sensorial visual y auditiva (ayuda a diferenciar imágenes o sonidos)
- Ayuda en las actividades de casa (limpieza de la casa, ropa, comida...).
- Ayuda en la toma de medicamentos (velar por la medicación, horarios...).
- Ayuda en la administración de bienes (gastos, facturas, dinero...).

- Ayuda en las relaciones y comunicación con otros.
- Ayuda en los desplazamientos fuera del hogar.
- Ayuda en situaciones conflictivas (nerviosismo, agitación, relación de la persona mayor con el cuidador...).
- No necesito ayuda para realizar las actividades relacionadas con el cuidado.

20.- ¿Qué necesita para cuidar mejor?

(Respuesta múltiple)

- Adquirir conocimientos básicos sobre el cuidado.
- Recibir más información acerca de la enfermedad/es del paciente.
- Entrar en contacto con asociaciones y compartir experiencias.
- Dedicar más tiempo al autocuidado
- Ayuda de profesionales del cuidado
- Ayuda en las labores domésticas
- Apoyo de otros familiares
- Apoyo psicológico
- Más colaboración de la persona mayor a la que cuida
- No necesito nada para mejorar los cuidados.
- Otros:

PATOLOGÍAS O PROBLEMAS DE SALUD

21.- ¿Tiene usted alguna enfermedad crónica?

- Ninguna
- 1 enfermedad crónica
- 2 enfermedades crónicas
- 3 o más enfermedades crónicas
- NS /NC

22.- ¿Qué tipo de dolencia o enfermedad le ha diagnosticado el personal médico?

(Respuesta múltiple)

- Enfermedades infecciosas
- Tumores
- Enfermedades de la sangre y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad.
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- Trastornos mentales y de comportamiento.
- Enfermedades del sistema nervioso
- Enfermedad del ojo y sus anexos
- Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
- Enfermedades del sistema circulatorio
- Enfermedades del sistema respiratorio
- Enfermedades del aparato digestivo
- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
- Enfermedades del aparato genitourinario
- Embarazo, parto y puerperio
- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- Traumatismos y envenenamientos
- Causas extremas de morbilidad y mortalidad (accidentes)
- Factores que influyen en estado de salud y contacto con los servicios de salud (riesgo social).

23.- ¿Para qué son los medicamentos que actualmente toma?

(Respuesta múltiple)

- Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios
- Medicinas para el dolor de cabeza, piernas, fiebre.
- Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos.
- Laxantes
- Antibióticos
- Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir
- Medicamentos para la alergia
- Medicamentos para la diarrea
- Medicamentos para el corazón
- Medicamentos para la tensión arterial
- Medicamentos para alteraciones digestivas
- Antidepresivos, estimulantes
- Medicamentos o productos para adelgazar
- Medicamentos para la diabetes
- Medicamentos para bajar el colesterol
- Otros:
- NS/ NC

24.- Respecto a aspectos relativos a su salud o estado general, por favor indique si: *(Respuesta múltiple)*

- Se ha deteriorado su salud
- Ha tenido que ponerse en tratamiento para poder llevar la situación (tratamiento antidepresivos, de ansiedad/angustia, nervios,)
- Se encuentra cansado/a
- Se siente deprimido/a
- Otros problemas, pero no los anteriores
- No tiene ningún problema
- No contesta

1.- Edad:

2.- Sexo:

3.- ¿Qué necesidades tiene la persona que cuida? (Respuesta múltiple)

- Baño y aseo
- Vestirse /Desvestirse
- Andar o desplazarse
- Subir o bajar escaleras
- Acostarse/levantarse de la cama
- Cambiar pañales por incontinencia
- Comer /beber
- Utilizar el teléfono
- Hacer compras
- Preparar comidas
- Hacer otras tareas domesticas
- Lavar la ropa
- Utilizar el transporte público
- Tomar medicación
- Administrar el dinero
- Ir al médico
- Ayuda a relacionarse.
- Ayuda en situaciones conflictivas (nerviosismo, agitación, relación de la persona mayor con el cuidador...).

4.- ¿Qué grado de dependencia tiene la persona que cuida?

- Dependencia moderada: personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.
- Dependencia severa: Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requieren el apoyo permanente de un cuidador.
- Gran dependencia: Personas que necesitan el apoyo indispensable y continuo de otra persona.

5.- Qué patología padece la persona que cuida? (Codificación CIE-10)
(Respuesta múltiple)

- Enfermedades infecciosas
- Tumores
- Enfermedades de la sangre y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad.
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
- Trastornos mentales y de comportamiento.
- Enfermedades del sistema nervioso
- Enfermedad del ojo y sus anexos
- Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
- Enfermedades del sistema circulatorio
- Enfermedades del sistema respiratorio
- Enfermedades del aparato digestivo
- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
- Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
- Enfermedades del aparato genitourinario
- Embarazo, parto y puerperio
- Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
- Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- Traumatismos y envenenamientos
- Causas extremas de morbilidad y mortalidad (accidentes)
- Factores que influyen en estado de salud y contacto con los servicios de salud (riesgo social).

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA - INDICE DE KATZ

Índices

- A. Independiente en todas las funciones
- B. Independiente en todas las funciones menos en una cualquiera
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del váter y otra cualquiera
- F. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del váter, movilidad y otra cualquiera
- G. Dependiente en todas las funciones
- H. Dependiente en al menos dos funciones pero no clasificable como C, D, E, o F

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se considere capaz. Marque con una X la casilla:

1. Baño (con esponja, ducha o bañera)	Independiente: necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía) o se baña enteramente solo.	
	Dependiente: necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo	
2. Vestido	Independiente: coge la ropa de cajones y armarios, se arregla la ropa, se la pone, puede abrocharse; se excluye el acto de atarse los zapatos	
	Dependiente: no se viste por si mismo o permanece parcialmente desvestido	
3. Uso del váter	Independiente: va al váter solo, se arregla la ropa, se asea los órganos excretores	
	Dependiente: precisa ayuda para ir al váter	
4. Movilidad	Independiente: se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por si mismo	
	Dependiente: necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla; no realiza uno o más desplazamientos	
5. Continencia esfinteriana	Independiente: control completo de la micción y defecación	
	Dependencia: incontinencia parcial o total de la micción o defecación	
6. Alimentación	Independencia: lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne)	
	Dependencia: necesita ayuda para comer, no come o requiere alimentación parental	

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA—ESCALA DE LAWTON Y BRODY

ACTIVIDAD INSTRUMENTAL	Puntos
Capacidad de usar el teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
Ir de compras	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por si mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa	
Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa	
Lava por si mismo/a toda su ropa	1
Lava por si mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc)	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaje en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis separadas	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de asuntos económicos	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus ingresos	1
Realiza compras cada día, necesita ayuda en grandes compras, ir al banco	1
Incapaz de manejar dinero	0
PUNTUACIÓN TOTAL	

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes	Casi siempre
PUNTUACIÓN		1	2	3	4	5
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que le dedica a su familiar, no tiene tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted mantiene con su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
10	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades, debido a tener que cuidar de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede ayudar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

Nº pregunta	CONDUCTAS	ALTERNATIVAS	PUNTOS
1	¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual	0 0 1 1
2	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual	0 0 1 1
3	¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual	0 0 1 1
4	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más capaz que lo habitual Igual que lo habitual Menos capaz que lo habitual Mucho menos que lo habitual	0 0 1 1
5	¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto Más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho menos que lo habitual	0 0 1 1
6	¿En el último tiempo ha sentido que no puede solucionar sus problemas?	No, en absoluto Más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho menos que lo habitual	0 0 1 1

7	¿En el último tiempo, ha podido disfrutar de la vida diaria?	Más que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1
8	¿Recientemente ha sido capaz de enfrentar los problemas?	Más que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1
9	¿Recientemente, se ha sentido triste o deprimido?	No, en absoluto	0
		Más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1
10	¿Recientemente, ha estado perdiendo confianza en sí mismo?	No, en absoluto	0
		Más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1
11	¿En el último tiempo, ha sentido que usted no vale nada?	No, en absoluto	0
		Más que lo habitual	0
		Bastante más que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1
12	¿En el último tiempo, se ha sentido feliz, considerando todas las cosas?	Más que lo habitual	0
		Igual que lo habitual	0
		Menos que lo habitual	1
		Mucho menos que lo habitual	1
13	Suma total de preguntas de 1 a 12:		
Suma mayor o igual a 5, requiere consulta del especialista			

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE DUKE

Instrucciones para el paciente:

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros, o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios

		Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
PUNTUACIÓN		1	2	3	4	5
1	Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3	Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4	Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5	Recibo amor y afecto					
6	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
7	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en casa					
8	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9	Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10	Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11	Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL						

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR _ CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre
1 ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2 ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3 ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4 ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5 ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			



DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

