

“SALUD BIOPSIICOSOCIAL DE CUIDADORES FORMALES E INFORMALES DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: EVALUACIÓN DE LAS REPERCUSIONES PERSONALES, LABORALES, ECONÓMICAS Y SOCIALES”

MEMORIA FINAL

Marzo, 2010

REFERENCIA DEL PROYECTO: **SA008A08**

INVESTIGADORA RESPONSABLE:

Jenaro Río, Cristina

MIEMBROS DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

Flores Robaina, Noelia

Caballo Escribano, Cristina

Gómez Vela, María

Arias Martínez, Benito

COLABORADORAS:

Vázquez Martínez, Andrea

Prieto Román, Rut

Campo Macho, Andrea

González-Gil, Francisca

Índice

1	CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO: EL CUIDADO FAMILIAR Y PROFESIONAL EN LA ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.	6
2	EVALUACIÓN DE LA SALUD BIOPSIOSOCIAL Y REPERCUSIONES ASOCIADAS AL CUIDADO FAMILIAR Y PROFESIONAL.....	9
2.1	Objetivos generales	10
2.2	Objetivos específicos.....	10
3	METODOLOGÍA	10
3.1	Diseño.....	10
3.2	Variables	11
3.3	Instrumentos y procedimiento	11
3.4	Participantes	15
3.4.1	Características de los participantes	16
4	RESULTADOS	19
4.1	Evaluación de los cuidadores profesionales o formales	20
4.1.1	Comunicación vertical y horizontal	22
4.1.2	Situación económica y social.....	23
4.1.3	Situación personal (salud física y psicológica).....	25
4.2	Evaluación de los cuidadores informales	29
4.2.1	Situación económica y social.....	32
4.2.2	Situación personal (salud física y psicológica).....	35
4.3	Semejanzas y diferencias en la situación biopsicosocial de los cuidadores (formales vs. informales)	38
4.4	Perfil del Cuidador Informal.....	47
4.5	Perfil del Cuidador Formal	47
5	INTERÉS DE LOS RESULTADOS PARA EL ENTORNO SOCIOECONÓMICO	48
6	GRADO DE INNOVACIÓN QUE SE HA CONSEGUIDO CON LA INVESTIGACIÓN	50
7	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	52
8	PUBLICACIONES RELACIONADAS CON EL PROYECTO	55

9	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
10	ANEXO I. ENCUESTA A cuidadores de personas dependientes (APARTADO A: INFORMACIÓN GENERAL).....	60

Índice de Tablas

Tabla 1. Tabla-resumen de entidades participantes distribuidas por provincias.....	14
Tabla 2. Provincia de referencia en función del tipo de Cuidador	16
Tabla 3. Tiempo como cuidador.....	16
Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra de cuidadores formales (N=397)	20
Tabla 5. Grupo poblacional objeto del cuidado (R elección múltiple)	21
Tabla 6. Características laborales del grupo de cuidadores formales	21
Tabla 7. Categoría Profesional del grupo de cuidadores formales.....	22
Tabla 8. Antigüedad en el trabajo y tipo de centro	22
Tabla 9. Valoración de aspectos de comunicación en la organización	23
Tabla 10. Satisfacción Laboral, económica y social	24
Tabla 11. Valoración de la satisfacción del cuidador formal con diferentes aspectos relativos al cuidado del dependiente.....	25
Tabla 12. Niveles de ansiedad, depresión y estrés de los cuidadores formales	26
Tabla 13. Valoración de los principales estresores.....	26
Tabla 14. Niveles de Carga experimentados por los cuidadores formales	27
Tabla 15. Salud Percibida	27
Tabla 16. Salud biopsicosocial de los cuidadores formales	27
Tabla 17. Conductas de salud presentadas por los cuidadores formales.....	28
Tabla 18. Puntuaciones medias en CdV, CdVL, CdVF y CdVS para el grupo de cuidadores formales	29
Tabla 19. Características sociodemográficas de la muestra de cuidadores informales (N=203)	30
Tabla 20. Características específicas del cuidado.....	31
Tabla 21. Principales causas generadoras de la dependencia.....	31
Tabla 22. Recursos de apoyo formal utilizados por el cuidador familiar (R de elección múltiple)	32
Tabla 23. Recursos de apoyo informal utilizados por el cuidador familiar (R de elección múltiple)	33
Tabla 24. Ayudas económicas para el cuidado.....	33
Tabla 25. Reconocimiento social sobre el cuidado informal y relación con el familiar.....	33

Tabla 26. Valoración de la satisfacción del cuidador informal con diferentes aspectos relativos al cuidado del familiar	34
Tabla 27. Necesidad de comunicación con otros cuidadores y formativas	35
Tabla 28. Niveles de ansiedad, depresión y estrés de los cuidadores informales	35
Tabla 29. Salud biopsicosocial de los cuidadores informales	36
Tabla 30. Conductas de salud presentadas por los cuidadores informales.....	36
Tabla 31. Niveles de Carga experimentada por los cuidadores informales	37
Tabla 32. Puntuaciones medias en CdV, CdVL, CdVF y CdVS para el grupo de cuidadores informales	37
Tabla 33. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en la sobrecarga experimentada en función del tipo de cuidador	38
Tabla 34. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en las estrategias de afrontamiento utilizadas en función del tipo de cuidador.....	39
Tabla 35. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en la salud biopsicosocial en función del tipo de cuidador.....	40
Tabla 36. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en calidad de vida, calidad de vida laboral, familiar y social antes de los cuidados según el tipo de cuidador (formal vs. infomal). 42	
Tabla 37. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en calidad de vida, calidad de vida laboral, familiar y social en el momento actual según el tipo de cuidador (formal vs. infomal) 42	
Tabla 38. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en la satisfacción con el cuidado en función del tipo de cuidador	44
Tabla 39. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en variables de interés (carga, salud biopsicosocial y satisfacción con el cuidado) en función de la provincia de origen del cuidador informal	44
Tabla 40. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en variables de interés (carga, salud biopsicosocial y satisfacción con el cuidado) en función de la provincia de origen del cuidador formal	46
Tabla 41. Estrategias de Prevención e Intervención para mejorar la salud biopsicosocial.....	51

Índice de Figuras

Figura 1. Distribución por estado civil y tipo de cuidador.....	17
Figura 2. Distribución por nivel de estudios y tipo de cuidador	17
Figura 3. Distribución por año de cuidado y tipo de cuidador	18
Figura 4. Distribución por provincia de referencia y tipo de cuidador	18
Figura 5. Diferencias en la salud biopsicosocial de los cuidadores formales e informales	41
Figura 6. Salud percibida en función del tipo de cuidador	41
Figura 7. Percepción de Calidad de vida antes y después del cuidado según el tipo de cuidador	43

1 CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO: EL CUIDADO FAMILIAR Y PROFESIONAL EN LA ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Pese a que el fenómeno del cuidado de personas en situación de dependencia no es novedoso, en las últimas décadas se han experimentado notables cambios debido al incremento de personas que desempeñan el rol de cuidador, la duración de los cuidados y las tareas que tienen que desempeñar. No cabe duda de que el aumento de la esperanza de vida y los avances en la medicina han hecho que en la actualidad los cuidadores atiendan a sus familiares dependientes durante una gran cantidad de años (en ocasiones, décadas) y que tengan que desempeñar tareas propias de profesionales sociosanitarios. Pero, por otro lado, también han influido los cambios sociales acaecidos en nuestro país, y en particular: la incorporación de la mujer al mundo del trabajo, la disminución de la estabilidad familiar, la aparición de nuevos modelos familiares, la desaparición de las redes informales de las comunidades tradicionales y el aumento de la movilidad social y laboral, entre otros.

Dichos cambios han provocado que haya menos personas en disposición de cuidar, de modo que cuando aparece la dependencia el cuidado recae sobre unos pocos, que se ven así claramente sobrecargados.

El concepto de cuidado hace referencia a la relación entre dos adultos unidos generalmente por lazos familiares. Dicho concepto tiene la ventaja de que permite incluir los aspectos negativos y positivos que tiene sobre la familia la existencia de un miembro en situación de dependencia (Szmukler, 1996). El término "cuidado" suele ir ligado al concepto de "cuidador", que hace referencia al sujeto que se encarga de asumir un rol asistencial respecto a la persona en situación de dependencia. Así, el "cuidado informal" suele definirse como la atención no remunerada que se presta a las personas con algún tipo de dependencia por parte de los miembros de la familia u otras personas sin otro lazo de unión ni obligación con la persona dependiente que no sea el de la amistad o el de la buena vecindad (Rivera, 2001). Frecuentemente, debido a las enormes demandas que entraña cuidado informal, los cuidadores se ven

expuestos a situaciones (p.e. estrés, ansiedad, falta de recursos) que pueden repercutir negativamente su salud y calidad de vida. En otras ocasiones, sin embargo, la experiencia de cuidados puede aportar numerosos beneficios y consecuencias positivas para el cuidador/a.

No obstante, no cabe duda que cuidar de una persona, parcial o totalmente dependiente, precisa desempeñar muchos papeles a la vez, incluyendo el de amigo, hijo/a, esposo/a, enfermero/a y asistente/a y todas estas tareas pueden resultar, a menudo, agotadoras. De tal forma que la presión a la que se exponen los cuidadores/as puede desencadenar en ellos sentimientos de estrés, ansiedad y depresión. Por tanto, resulta necesario prestar atención a la salud de los cuidadores/as y enseñarles la importancia de un buen cuidado hacia ellos mismos. Todo ello tendrá a largo plazo consecuencias positivas en su salud y en la calidad de los cuidados que ofrecen.

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 años, que informa no recibir la ayuda de nadie para realizar este trabajo y que se caracteriza mayoritariamente por no tener una actividad laboral retribuida (Crespo y López, 2007; Grandón, Jenaro y Lemos, 2008; Grant, Weaver, Elliot, Bartolucci y Newman-Giger, 2004; IMSERSO, 2004; Schulz y O'Brien, 1994).

También existe consenso respecto a las repercusiones negativas del cuidado en la salud y calidad de vida del cuidador principal (Crespo y López, 2007; Grandón y Jenaro, 2002; Pinguart y Sörensen, 2003). En este sentido, la mayoría de los estudios constatan que la presión a la que están expuestos los cuidadores/as puede desencadenar en ellos sentimientos de estrés, ansiedad y depresión (Hartke, King, Heinemann y Semik, 2006; Perrin, Heesacker, Stidham, Rittman y González-Rothi, 2008). Otros autores también informan que el cuidado afecta negativamente a la cantidad y calidad de sueño experimentada por los cuidadores, siendo ésta peor que la de quienes no cuidan y repercutiendo negativamente en su salud física y psicológica (Brummett et al., 2006; Carter, 2002). Por tanto, está ampliamente contrastado que cuidar de una persona en situación de dependencia es una experiencia estresante que puede llegar a cronificarse 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.

Pese a todo lo anterior, la experiencia de cuidar también puede aportar numerosos beneficios y consecuencias positivas para el cuidador, especialmente cuando el cuidador tiene recursos adecuados y buenos mecanismos de adaptación (Bazo, 1998; Farran, 1997). Así, la investigación ha encontrado que los aspectos positivos y negativos del cuidado de un enfermo no son elementos contrapuestos e incompatibles sino que ambos pueden coexistir en los cuidadores (Kramer, 1997; Skaff y Pearlin, 1992). Sin embargo, resulta difícil definir los aspectos positivos del cuidador y aún es preciso una conceptualización más clara de este constructo (Crespo y López, 2007).

Resulta, por tanto, necesario determinar el conjunto de todos los factores implicados en los cuidados informales con el fin de poder planificar intervenciones y desarrollar servicios de apoyo que mejoren la salud y la calidad de vida de los cuidadores.

En Castilla y León no se han realizado estudios que hayan analizado la salud del cuidador informal y mucho menos que hayan dado cuenta de las repercusiones del cuidado en otras esferas de la vida (p.e. laboral, económica, social). Por tanto, los resultados de esta investigación nos permitirán tener una panorámica sobre la situación de dichos cuidadores en nuestra Comunidad.

Por otro lado, y respecto a la carga experimentada por los cuidadores formales, cabe aludir a los estudios sobre el estrés laboral y particularmente sobre el estrés laboral de tipo crónico o síndrome de burnout. En este sentido, numerosas investigaciones sobre el síndrome de quemarse por el trabajo ponen de manifiesto su repercusión en variables de tipo psicológico, fisiológico, organizacional y social que inciden en el individuo provocándole alteraciones emocionales y conductuales de diversa índole. Por lo que se refiere a trabajadores en especial riesgo, los estudios coinciden en señalar a las profesiones relacionadas con la atención a los demás. El contacto con el usuario es la base de estos trabajos y dicho contacto suele ser bastante intenso y, en ocasiones, poco gratificante puesto que se deposita en el profesional una gran carga de responsabilidad que podrá provocar su propio desbordamiento con la consecuente pérdida de capacidades y de motivación por su trabajo (Jenaro, Flores y Arias, 2007).

Estudios previos realizados en Castilla y León (Jenaro, Flores, Caballo, González-Gil y Gómez-Vela, 2006) en trabajadores del Complejo Hospitalario de Salamanca, pusieron de manifiesto que un 28% del personal sanitario experimentaba situaciones de

sobrecarga emocional como consecuencia de las tareas de cuidados, siendo las profesionales de atención directa ("enfermeras") las más afectadas y las que mayores consecuencias físicas, psicológicas y sociales experimentaban. No obstante, no existen estudios comparativos que hayan analizado las principales semejanzas y diferencias respecto a la "carga" experimentada como consecuencia de los cuidados de personas dependientes en los cuidadores formales e informales.

Por todo ello, con esta investigación hemos perseguido dos objetivos: en primer lugar, evaluar las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales (laborales, formativas, económicas) que tiene para los familiares ("cuidadores informales") y para los profesionales de atención directa ("cuidadores formales"), la situación de dependencia de uno de sus miembros y/o pacientes o usuarios de servicios; y en segundo lugar, desarrollar un modelo explicativo de la calidad de vida (dimensiones e indicadores) en ambos grupos de cuidadores que contemple las principales demandas y recursos existentes en estas situaciones. El estudio se centra además en las condiciones generadoras de repercusiones tanto positivas como negativas en estos dos grupos de cuidadores caracterizados por atender a personas en situación de dependencia pertenecientes a diferentes colectivos: discapacidad intelectual, enfermedad mental, gran discapacidad física, trastornos severos del desarrollo y personas mayores. Todo ello permitirá detectar necesidades de intervención y llevar a cabo acciones formativas en las cuales se enseñe a los cuidadores pautas y estrategias para "cuidarse y cuidar mejor" y contribuir a la mejora de su calidad de vida.

2 EVALUACIÓN DE LA SALUD BIOPSICOSOCIAL Y REPERCUSIONES ASOCIADAS AL CUIDADO FAMILIAR Y PROFESIONAL

En este apartado exponemos los resultados derivados de la evaluación de los cuidadores familiares y profesionales que tienen a su cargo a una persona en situación de dependencia. Comenzamos exponiendo los objetivos que guiaron nuestra investigación, para posteriormente presentar los resultados, y las conclusiones que se derivan de los mismos.

2.1 Objetivos generales

1. Contribuir al conocimiento en nuestra Comunidad de la situación personal (salud física y psicológica), laboral, económica y social de familiares ("cuidadores informales") y de profesionales ("cuidadores formales") que se dedican a la atención de personas en situación de dependencia.
2. Identificar áreas prioritarias de intervención desde el punto de vista de la salud biopsicosocial en los grupos diana con el fin de mejorar la calidad de vida de dichos colectivos.

2.2 Objetivos específicos

1. Evaluar la situación personal (salud física y psicológica), laboral, económica y social de los cuidadores formales e informales de personas en situación de dependencia
2. Determinar semejanzas y diferencias en la situación biopsicosocial de los cuidadores formales e informales.
3. Identificar el "perfil de familiar de persona dependiente", globalmente considerado y desagregado por el tipo de discapacidad generadora de la situación de dependencia.
4. Identificar el "perfil del profesional de atención directa de personas en situación de dependencia", globalmente considerado y en función del tipo de discapacidad generadora de la situación de dependencia.
5. Divulgar los resultados de esta investigación en contextos investigadores y aplicados mediante la creación de publicaciones y asistencia a congresos y organización de Cursos de "Cuidados para el Cuidador" a través del Servicio de Cursos Extraordinarios y de Formación Continua de la Universidad de Salamanca.

3 METODOLOGÍA

3.1 Diseño

El estudio es de tipo descriptivo correlacional, de tipo ex post facto. Se han tomado medidas partiendo de una muestra voluntaria y experimentalmente

accesible, tras consentimiento informado. Se ha garantizado el anonimato y confidencialidad de la información aportada.

3.2 Variables

Se han tomado medidas de las siguientes variables:

- a) Demandas del Cuidado: demandas físicas y psicológicas; carga en el cuidador.
- b) Recursos: formación, nivel socioeconómico, apoyo social percibido de la familia, amigos, contexto; recursos formales disponibles (utilización del servicio de ayuda a domicilio, centro de día, ayudas a la dependencia).
- c) Calidad de Vida percibida, entendida en cuanto a la satisfacción con la vida, trabajo, familia y relaciones sociales antes y después del cuidado.
- d) Salud biopsicosocial, de acuerdo a indicadores biológicos, conductuales y sociales objetivos como: percepción de problemas somáticos, consumo de tabaco, alcohol, cafeína, conductas saludables, relaciones sociales, ocio y tiempo libre, ansiedad, depresión.
- e) Estrategias de afrontamiento del cuidado.
- f) Aspectos positivos del cuidado.
- g) Bienestar y salud percibida.
- h) Variables sociodemográficas referidas a las *características del cuidador* (edad, género, nivel educativo, situación laboral), *características de la persona en situación de dependencia* objeto de atención (edad, género, parentesco, posibilidad de ser institucionalizado, tipo de dependencia), *características de la relación entre ambos* (relación afectiva previa, cambios en la relación desde que se es cuidador) y *características generales de la situación del cuidado formal e informal* (tiempo como cuidador, número de personas dependientes atendidas, tiempo diario dedicado a cuidar de la persona dependiente, tipo de cuidador, parentesco).

3.3 Instrumentos y procedimiento

Para la obtención de datos se procedió a la construcción, selección o adaptación, en su caso, de diferentes instrumentos. Tras la revisión documental

pertinente, las diferentes pruebas se solicitaron mediante correo electrónico a los principales autores de las mismas o bien, en el caso de aquellas que estaban publicadas, se adquirieron a través de internet o de la compra directa de los instrumentos.

Una vez recopilados todos los instrumentos, miembros del equipo de investigación llevaron a cabo la traducción de los mismos mediante el proceso de doble traducción (inglés-español-inglés). Finalmente, la versión final de dichos instrumentos fue valorada por jueces expertos y tras sus sugerencias, quedó configurada la versión final piloto de los instrumentos de evaluación que se emplearían en el proyecto. Esta fase se llevó a cabo durante los meses de junio a septiembre de 2008.

Seguidamente se establecieron una serie de contactos con los responsables de los Centros Residenciales, Asociaciones de Ayuda Mutua y de atención a personas con discapacidad y enfermedad mental y empresas de ayuda a domicilio que formarían parte del estudio. Así, se determinó contactar inicialmente con los centros ubicados en la provincia de Salamanca (primera anualidad) para posteriormente (segunda anualidad) evaluar a los cuidadores de otras provincias. Durante los meses de septiembre y octubre de 2008 y a lo largo del año 2009, se establecieron los contactos (telefónicos, correo postal, correo electrónico y presenciales), con los responsables de los centros participantes, esto es, Centros Residenciales (residencias de mayores, centros de día, centros de atención a personas con discapacidad gravemente afectadas), Asociaciones de Ayuda Mutua y organizaciones de Ayuda a Domicilio, fundamentalmente. En dichos contactos se incluía una carta explicativa con el propósito del estudio y se les adjuntaba una copia del cuestionario de evaluación. Tras ese contacto inicial, se establecían diversos contactos telefónicos en los que se acordaba el procedimiento a seguir.

En este sentido, durante los meses de septiembre y octubre y a lo largo del primer semestre del 2009, se mantuvieron diferentes reuniones de coordinación entre miembros del equipo de investigación y los responsables de los servicios y entidades participantes. En dichas reuniones se nos ofrecía información sobre el número de cuidadores formales que trabajaban prestando servicios a personas dependientes y del número de cuidadores informales que podrían estar interesados en participar en la investigación.

Finalmente, se establecía el procedimiento de distribución de cuestionarios para ambos grupos (cuidadores formales vs. informales). Para el primero de ellos, se optó por la distribución a través de correo postal o mediante reuniones en las que miembros del equipo de investigación se desplazaban a lugares concertados por las entidades y a través de una reunión con los cuidadores se les explicaba el propósito del estudio y se les ofrecía la posibilidad de rellenar los cuestionarios en ese momento. En dichas reuniones también se les daba la opción de que los cuidadores formales se llevaran el cuestionario y lo enviaran por correo postal. En estos casos, se entregó a cada participante un sobre sellado y con la dirección postal de la responsable de la investigación. Respecto a la evaluación de los cuidadores informales, se acordó que los miembros del equipo y las colaboradoras realizaran las entrevistas personales a los cuidadores que por determinadas circunstancias (cuidadores de elevada edad, bajo nivel cultural, etc.) no podían responder por sí solos al cuestionario por las dificultades que presentaban en la comprensión de algunos ítems. El resto de cuidadores informales completaban la evaluación a través del formato de autoinforme y en muchos casos, los entregaban en sus asociaciones y miembros colaboradores del equipo de investigación pasaban posteriormente a recogerlo. En otros casos, los enviaban por correo postal a los miembros de la investigación. En todos los casos, los cuestionarios iban en sobre cerrado, garantizando así el anonimato y la confidencialidad de los participantes. Además, a los participantes se les ofrecía la posibilidad de recibir un informe individualizado de los resultados obtenidos.

El proceso de evaluación se inició en el mes de septiembre de 2008 y los instrumentos incluidos en el cuadernillo de evaluación fueron los siguientes: 1) Cuestionario de datos sociodemográficos y contextuales, elaborado específicamente para este estudio (véase Anexo I los referidos al cuidador informal); 2) El CBI de Zarit, Reeve y Bach-Peterson (1980) para la evaluación de la carga experimentada por los cuidadores; 3) La versión adaptada al español por Crespo y López (2007) de la escala de satisfacción con el cuidado (Lawton et al., 1989) para evaluar los aspectos positivos asociados al cuidado; 4) El Cuestionario Breve de afrontamiento COPE (Carver y Sheier, 1997) para evaluar las estrategias de afrontamiento empleadas por los cuidadores; 5) El Cuestionario General de Salud GHQ- 28 (Goldberg, 1979, adaptado por Lobo y cols., 1987) para evaluar el bienestar y la salud física, psicológica y social percibida por los cuidadores formales e informales; 6) El Cuestionario de Satisfacción Laboral S20/23 (Meliá y Peiró, 1989) para evaluar la satisfacción con el trabajo de los cuidadores profesionales.

El estudio contó, además, con dos versiones de los Cuadernillos de Evaluación (una para los cuidadores familiares y otra para los cuidadores profesionales) en las que se utilizaron todos los instrumentos anteriormente mencionados, y que sólo requirió la adaptación en la redacción de algunas preguntas (p.e. sustitución de familiar por usuario en la versión del cuidador profesional, tamaño de la letra más grande para la versión de los cuidadores familiares).

Como hemos comentado anteriormente, la necesidad de evaluar a cuidadores pertenecientes a otras provincias de Castilla y León, nos llevó a contactar también con diferentes entidades y asociaciones de nuestra comunidad y ampliar el proceso de recogida de datos a lo largo de ocho meses del 2009. Así, colaboraron un total de 33 entidades de las cuales 8 (24,2%) se caracterizaron por ser asociaciones de ayuda mutua receptoras, fundamentalmente, de cuidadores informales; 8 (24,4%) fueron Centros Residenciales de Personas Mayores; 3 (9%) fueron Centros de Atención a personas con enfermedad mental; 5 (15,15%) fueron Centros de Día; otros dos (6%) eran Centros de atención a personas con discapacidad gravemente afectadas; y 7 (21,21%) fueron empresas y entidades pertenecientes al sector de la ayuda a domicilio. En todos estos casos se obtuvo información de ambos tipos de cuidadores (formal vs. familiar). En la Tabla 1 se resume el número y el tipo de entidades participantes según la provincia de origen del cuidador.

Tabla 1. Tabla-resumen de entidades participantes distribuidas por provincias

Tipología de Centros y Servicios	Ávila	Burgos	León	Salamanca	Valladolid	TOTAL
Asociaciones de Ayuda-Mutua	1		1	5	1	8
Centros Residenciales de Personas Mayores	1	2		4	1	8
Centros de atención a personas con enfermedad mental	1			2		3
Centros de Día		1	1	2	1	5
Centros de atención a personas con discapacidad gravemente afectadas	1			1		2
Entidades de Ayuda a Domicilio	1	2	1	2	1	7
Total	5	5	3	16	4	33

Se repartieron un total de 700 cuestionarios para la evaluación de los cuidadores profesionales, de los cuales se recogieron un total de 397 debidamente cumplimentados lo que supuso una tasa de participación del 56,71%; y un total de 435

cuestionarios en el caso de los cuidadores familiares, de los cuales se recogieron 203 debidamente cumplimentados lo que supuso, en este caso, una tasa de participación del 46,66%. El porcentaje total de participación en el estudio se situó en el 52,86%.

En todos los casos se mantuvo como criterio de inclusión: que el cuidador/a fuese mayor de 18 años, que en el momento de la evaluación se encontrase atendiendo a una persona mayor en situación de dependencia y que llevase desempeñando dicha función durante al menos 6 meses. La muestra final quedó conformada por 600 cuidadores que accedieron a participar voluntariamente en este estudio. A todos ellos se les garantizó la confidencialidad y el anonimato en las respuestas emitidas.

Una vez aplicados los cuestionarios, analizamos la fiabilidad de las escalas, entendida como consistencia interna. Los datos obtenidos fueron de $\alpha=0,91$ para el cuestionario CBI de carga; de $\alpha=0,92$ para el cuestionario de afrontamiento COPE; y de $\alpha=0,89$ para el cuestionario de salud de Goldberg. Los datos avalan por tanto la adecuación de los diferentes instrumentos empleados.

3.4 Participantes

Los participantes, una muestra de 600 cuidadores de personas dependientes, se distribuyen en 203 cuidadores informales (33,83%) y 397 cuidadores formales (66,17%). Del total, 39 (6,5%) se caracterizan por ser hombres frente a 561 (93,5%) mujeres. La edad promedio de los participantes es de 48 años ($DT=11,13$). De los 600 participantes, 429 (71,5%) indicaron estar casados o conviviendo en pareja, 105 (17,5%) son solteros, 36 (6%) están divorciados y/o separados y 28 (4,7%) indicaron ser viudos/as. Tan sólo dos cuidadores (0,3%) no ofrecieron información respecto a su estado civil. Por otro lado, 410 participantes (68,3%) manifestaron tener cargas familiares, esto es, hijos u otros familiares conviviendo y dependiendo económicamente de ellos frente a 185 (30,8%) que no presentan dichas cargas. Así mismo, un 59,2% de los encuestados proceden de la provincia de Salamanca ($N=355$) frente al 14,2% ($N=85$) que pertenecen a la provincia de Burgos o al 10,3% ($N=62$) que son de la provincia de Ávila y a un 9,5% ($N=57$) y un 6,8% ($N=41$) que pertenecen a las provincias de León y Valladolid, respectivamente. Concretamente, en la Tabla 2 se presentan los datos referidos a la provincia de origen, desagregados en función de la tipología del cuidador (formal vs. informal). Puede observarse la mayor presencia de los cuidadores provenientes de la provincia de Salamanca.

Tabla 2. Provincia de referencia en función del tipo de Cuidador

	Cuidadores Formales		Cuidadores Informales	
	N	%	N	%
Ávila	29	7,3	33	16,3
Burgos	57	14,4	28	13,8
León	23	5,8	18	8,9
Salamanca	261	65,7	94	46,3
Valladolid	27	6,8	30	14,8

En el caso de los cuidadores formales, 76 (19,1%) de ellos se caracterizan, además, por atender a un familiar en situación de dependencia, frente a los 318 (80,9%) cuidadores restantes que no presentan esa doble condición.

En la Tabla 3 se ofrece la distribución por tipología de cuidador (formal vs. informal) respecto al tiempo que llevan desempeñando la función de cuidador de una persona dependiente. Se puede observar cómo la mayor parte de los cuidadores formales o profesionales lleva entre 3 y 8 años desempeñando dicha profesión mientras que, en el grupo de cuidadores informales, predominan aquellos que llevan más de 11 años atendiendo a su familiar dependiente.

Tabla 3. Tiempo como cuidador

	Cuidadores Formales		Cuidadores Informales	
	N	%	N	%
Menos 1 año	36	9,1	12	5,9
1-2 años	55	13,9	18	8,9
3-5 años	82	20,7	49	24,1
6-8 años	80	20,2	37	18,2
9-11 años	64	16,1	27	13,3
Más de 11 años	75	18,9	60	29,6

3.4.1 Características de los participantes

En un intento de profundizar en el análisis de los participantes, seguidamente se ofrecen datos relativos a la distribución de éstos según si se trata de cuidadores formales vs. informales y diferentes variables de interés. Los resultados también nos permiten determinar posibles diferencias de partida entre los grupos en cuanto a características de interés, que puedan ayudar a explicar posteriores resultados.

Así, en primer lugar, el análisis de una posible asociación entre las variables tipo de cuidador y estado civil, evidenciaron una asociación significativa entre estas dos variables ($\chi^2=23,394$; $gl=3$; $p=0,000$), lo que indica que en ambos grupos los participantes se distribuyen de un modo diferente en cuanto al estado civil. De hecho, se puede observar (véase Figura 1) cómo en el grupo de cuidadores informales

predominan las personas viudas frente a las personas casadas que predominan en el grupo de los cuidadores formales.

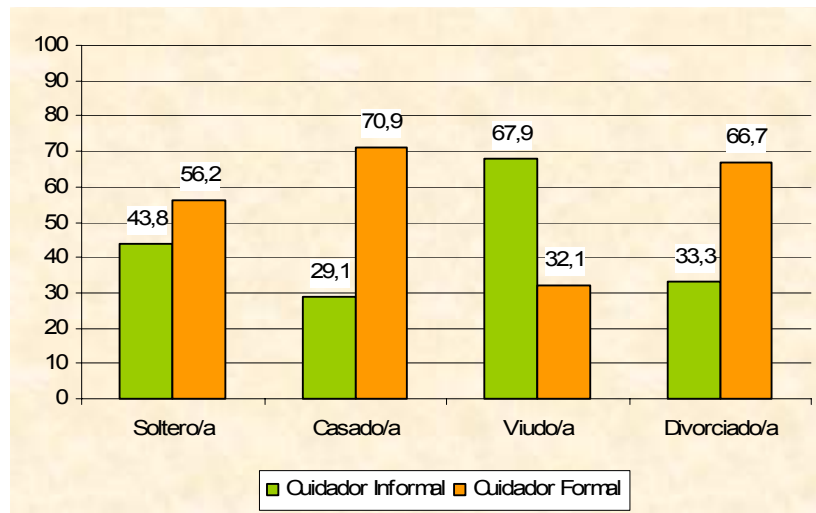


Figura 1. Distribución por estado civil y tipo de cuidador

En segundo lugar, el análisis de la posible asociación entre las variables tipo de cuidador y nivel de estudios finalizados, puso de manifiesto diferencias en cuanto a los porcentajes existentes ($\chi^2=54,367$; $gl=4$; $p=0,000$), lo que indica que en ambos tipos de cuidadores los entrevistados se distribuyen de un modo diferente en cuanto al nivel de estudios. La Figura 2 muestra cómo entre los cuidadores formales hay un porcentaje más elevado de personas que han finalizado el graduado escolar y los estudios de bachillerato mientras que entre los cuidadores informales hay un porcentaje más elevado de personas sin estudios.

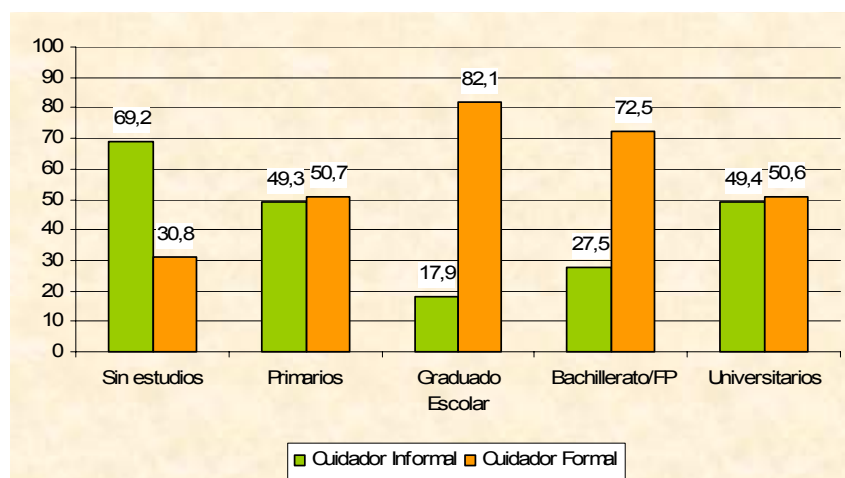


Figura 2. Distribución por nivel de estudios y tipo de cuidador

Por el contrario, los datos relativos a la posible asociación entre el tiempo que se lleva desempeñando la función de cuidador y el tipo de cuidador, indican una ausencia de relación significativa entre ambas variables ($\chi^2=7,940$; $gl=5$; $p=0,160$). La Figura 3 muestra los porcentajes hallados en uno y otro caso.

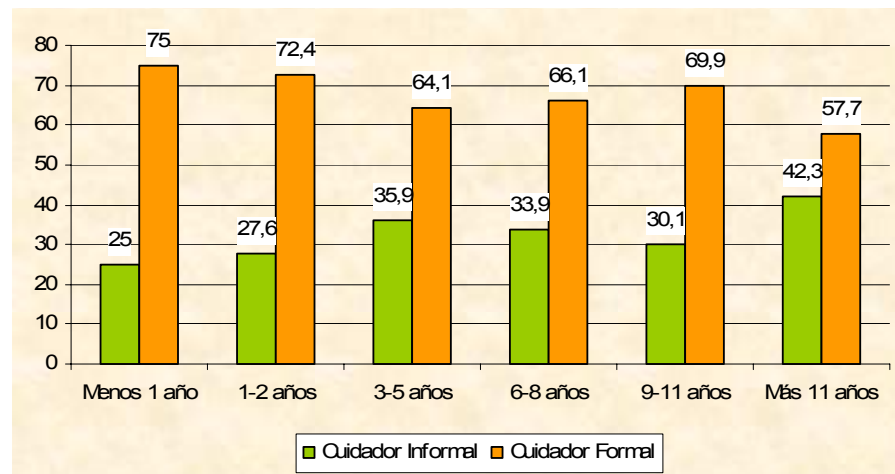


Figura 3. Distribución por año de cuidado y tipo de cuidador

Finalmente, los datos relativos a la posible asociación entre la provincia de procedencia y el tipo de cuidador, indican una asociación significativa entre ambas variables ($\chi^2=29,887$; $gl=4$; $p=0,000$). En la Figura 4 se puede observar cómo en la mayoría de las provincias analizadas, los participantes no se distribuyen de manera homogénea.

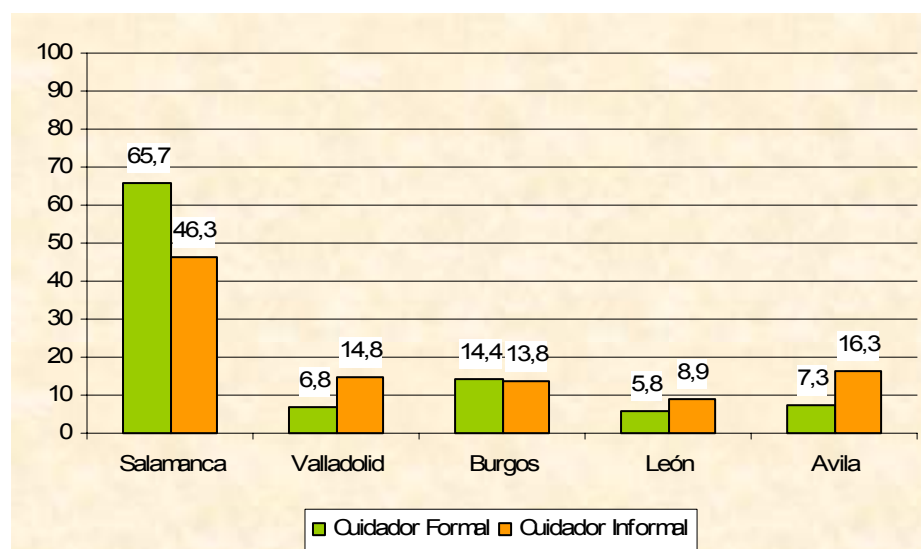


Figura 4. Distribución por provincia de referencia y tipo de cuidador

En resumen y respecto a las características sociodemográficas de los participantes, es posible indicar que predominan las mujeres cuidadoras frente a los hombres que se dedican a esta tarea, lo que coincide con el perfil del cuidador de personas en situación de dependencia de nuestro país. Los participantes tienen una edad media de 48 años y se encuentran casados en su mayoría.

Respecto a posibles diferencias entre los participantes debido a si son cuidadores informales o formales, es posible indicar que existen diferencias en cuanto al estado civil, siendo el grupo de cuidadores formales donde se encuentra un mayor porcentaje de personas casadas. En cuanto al nivel de estudios de los cuidadores, los datos evidencian la presencia de un mayor porcentaje de estudios medios en el grupo de cuidadores formales frente a las personas que no poseen estudios, que predominan en el grupo de cuidadores informales. Así mismo, no parecen existir diferencias significativas en los cuidadores respecto al tiempo que llevan desempeñando la función de cuidador. Por otro lado, se evidencian diferencias en los grupos de cuidadores en función de la provincia de procedencia.

4 RESULTADOS

A continuación ofrecemos los resultados relativos al análisis de variables de interés, con objeto de dar respuesta a los objetivos planteados. Así, como se recordará, los objetivos del presente estudio se centraban en: (1) determinar la situación personal (salud física y psicológica), laboral, económica y social de los cuidadores formales e informales de personas en situación de dependencia y (2) determinar áreas prioritarias de intervención.

Además, estos objetivos se concretaron en los siguientes objetivos específicos: (1) evaluar la situación personal (salud física y psicológica) de los cuidadores formales e informales; (2) determinar semejanzas y diferencias en la situación biopsicosocial de los cuidadores; (3) identificar el perfil del cuidador informal de personas en situación de dependencia; (4) identificar el perfil del cuidador formal de personas en situación de dependencia y (5) divulgar los resultados del estudio en contextos investigadores y aplicados.

Así pues, a continuación presentamos el análisis de las principales variables relacionadas con la tarea de cuidados con objeto de identificar el perfil del cuidador en ambos grupos. Debido a la falta de representatividad de algunos grupos de

cuidadores en función del tipo de discapacidad generadora de la dependencia de la persona atendida, los datos se presentarán de manera global, esto es, presentaremos los resultados correspondientes a los cuidadores formales y a los cuidadores informales y, posteriormente se determinará el perfil de dichos cuidadores, respectivamente.

4.1 Evaluación de los cuidadores profesionales o formales

Presentamos en este apartado resultados relativos a nuestro primer objetivo investigador, como fue evaluar la situación personal, laboral, económica y social de los cuidadores formales.

Así, en la Tabla 4 se detallan las características sociodemográficas de los cuidadores formales. Se observa que la mayor parte de los cuidadores profesionales de este estudio son mujeres, casadas y con cargas familiares. Además, 76 de ellas (19,1%) manifiestan tener también a su cargo a una persona en situación de dependencia, siendo 47 (11,8%) las cuidadoras principales del mismo. La edad media del grupo se situó en los 43,88 años (DT= 8,47).

Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra de cuidadores formales (N=397)

Características sociodemográficas	N	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Sexo			
Mujer	391	98,5	98,5
Hombre	6	1,5	100
Estado civil			
Soltero/a	59	14,9	14,9
Casado/a o convive con pareja	304	76,6	91,7
Viudo/a	9	2,3	93,9
Divorciado/a o separado/a	24	6,1	100
Cargas familiares			
Sí	260	65,5	65,5
No	134	33,8	99,3
No Responde	3	0,8	100
Familiar Dependiente			
Sí	76	19,1	19,1
No	318	80,1	99,2
Cuidador Principal			
Sí	47	11,8	11,8
No	311	78,3	90,1
No Responde	38	9,9	100

Respecto al grupo de población con dependencia a los que atienden, en la Tabla 5 se puede observar cómo un 97% de estos profesionales desempeñan su

trabajo con el grupo de personas mayores en situación de dependencia frente a aquellos que lo desempeñan con otros colectivos de personas dependientes.

Tabla 5. Grupo poblacional objeto del cuidado (R elección múltiple)

	N	% del total (N=397)
Gran discapacidad física	86	21,7
Discapacidad intelectual severa	34	8,6
Enfermedad mental grave (crónica)	54	13,6
Personas Mayores dependientes	385	97

Por su parte, en la Tabla 6 se presentan los resultados derivados de la situación laboral de los participantes. Cabe destacar en este grupo que un 52% de los cuidadores se caracterizan por tener un contrato indefinido, frente a un 37,5% que tienen un contrato laboral por Obra y Servicio. Un 42,1% de ellos trabaja a jornada completa, el 72,3% lo hace en horario de mañana y un 58,7% afirman no desempeñar su trabajo por turnos.

Tabla 6. Características laborales del grupo de cuidadores formales

	N	%
Situación Laboral		
Indefinido	206	51,9
Funcionario	1	0,3
Contrato por Obra y Servicio	149	37,5
Contrato temporal/sustitución	38	9,6
Jornada de trabajo		
Parcial (<20 h/sem)	103	25,9
Media Jornada	113	28,5
Completa (> 35h/sem)	167	42,1
Realiza Turnos		
Sí	159	40,1
No	233	58,7
Tipo Turno		
Mañana	284	72,3
Tarde	26	6,6
Noche	13	3,3
Rotatorio	47	12
Partido	23	5,9

Así mismo, en la Tabla 7 se presentan las categorías profesionales desempeñadas por estos cuidadores. Como se observa, la mayoría de éstos se dedican al sector de la Ayuda a Domicilio. Además, los cuidadores se caracterizan por atender una media de 14,29 personas (DT=28,34) en su jornada laboral. En la Tabla 8 se presentan los resultados relativos al tiempo que llevan desempeñando la función de cuidadoras formales y el tipo de centro en el que prestan sus servicios las mencionadas profesionales. Se puede observar cómo la mayor parte de los cuidadores profesionales llevan entre 3 y 11 años de antigüedad en su profesión y

cómo la mayoría de éstos desempeñan su trabajo en los domicilios de las personas dependientes y en centros residenciales de personas mayores.

Tabla 7. Categoría Profesional del grupo de cuidadores formales

Categoría Profesional	N	%
Auxiliar de Ayuda a Domicilio	207	79,3
Auxiliar de Enfermería	19	7,3
Gerocultor/a	14	5,4
Personal de Limpieza	6	2,3
Auxiliar de Clínica	7	2,7
Enfermero/a	2	0,8
Recepcionista	2	0,8
Personal Cocina	3	1,2
Terapeuta Ocupacional	1	0,4

Tabla 8. Antigüedad en el trabajo y tipo de centro

	N	%
Antigüedad en el trabajo		
Menos de 1 año	36	9,1
1-2 años	55	13,9
3-5 años	82	20,7
6-8 años	80	20,2
9-11 años	64	16,1
Más de 11 años	75	18,9
Tipo de Centro receptor del servicio (R elección múltiple)		
Hogares particulares de las personas dependientes	289	72,8
Centro residencial de personas con discapacidad	13	3,3
Centro residencial de personas mayores	102	25,7
Centro de día	13	3,3
Vivienda Tutelada	8	2
Hospital de salud mental	8	2

4.1.1 Comunicación vertical y horizontal

En la Tabla 9 ofrecemos información respecto a la satisfacción con el flujo de información en la organización, tanto en lo referente a la comunicación horizontal como vertical. Se observa cómo respecto a las valoraciones sobre la claridad con la que superiores y supervisores, expresan claramente lo que esperan, necesitan o desean que hagan los profesionales a su cargo, un 30,2% indica que esto no sucede nunca o pocas veces. Por su parte, respecto a si los compañeros y personas que ocupan aproximadamente el mismo nivel jerárquico, expresan claramente lo que esperan, necesitan o quieren que haga el profesional encuestado, un 52,9% manifiesta que no sucede nunca a pocas veces.

Por lo que se refiere a la recepción de información clara acerca de las tareas del puesto de trabajo, el 81,6% de los cuidadores profesionales indican recibir bastante o mucha información en este sentido. Las valoraciones respecto a la recepción de información clara y precisa acerca de los límites de las responsabilidades y competencias de cada uno indican que para un 72,8% de los encuestados esto ocurre con bastante o mucha frecuencia. Finalmente, respecto a si se recibe información clara y precisa acerca de las promociones y ascensos que puede obtener, un 73,8% de los encuestados manifiesta que esto no sucede nunca o pocas veces.

Tabla 9. Valoración de aspectos de comunicación en la organización

	N	Porcentaje
Información de superiores		
Nada	19	4,8
Poco	101	25,4
Bastante	139	35
Mucho	120	30,2
No procede (no tiene supervisor)	13	3,3
Información de compañeros		
Nada	96	24,2
Poco	114	28,7
Bastante	99	24,9
Mucho	50	12,6
No procede (no tiene supervisor)	30	7,6
Información de tareas		
Nada	10	2,5
Poca	61	15,4
Bastante	220	55,4
Mucha	104	26,2
No procede (no tiene supervisor)	0	0
Información sobre límites de autoridad		
Nada	38	9,6
Poca	68	17,1
Bastante	200	50,4
Mucha	89	22,4
No procede (no tiene supervisor)	0	0
Información sobre promociones		
Nada	198	49,9
Poca	95	23,9
Bastante	76	19,1
Mucha	15	3,8
No procede (no tiene supervisor)	0	0

4.1.2 Situación económica y social

En la Tabla 10 se presentan los resultados referentes a la satisfacción laboral y a la relativa al reconocimiento social de la profesión percibida por los cuidadores profesionales de personas en situación de dependencia. Se puede observar cómo predominan quienes indican encontrarse bastante satisfechos (70,5%) con el trabajo

que desempeñan y con el sistema de trabajo (76%). Pese a esto, un 21,4% indica que no volverían a elegir el trabajo que desempeñan actualmente, y un 77% indican que no lo cambiarían. La remuneración es objeto de un claro descontento, con un 83,9% de personas que manifiestan encontrarse poco o nada satisfechos con el salario. Así mismo, el 78,8% de los profesionales no siente que su profesión sea reconocida socialmente.

Tabla 10. Satisfacción Laboral, económica y social

	N	Porcentaje
Satisfacción laboral		
Nada	2	0,5
Poco	30	7,6
Bastante	280	70,5
Mucho	85	21,4
Satisfacción con sistema de trabajo		
Nada	6	1,5
Poco	89	22,4
Bastante	257	64,7
Mucho	45	11,3
Elección del trabajo		
Nada	20	5,0
Poco	65	16,4
Bastante	205	51,6
Mucho	101	25,4
N.R.	6	1,5
Cambio de trabajo		
Mucho	31	7,8
Bastante	83	20,9
Poco	140	35,3
Nada	138	34,8
N.R.	5	1,3
Satisfacción con remuneración		
Nada	135	34
Poco	198	49,9
Bastante	54	13,6
Mucho	9	2,3
Reconocimiento social de la profesión		
Nada	97	24,4
Poco	216	54,4
Bastante	61	15,4
Mucho	21	5,3
N.R.	2	0,5

Finalmente se presentan los resultados respecto a la satisfacción que experimentan los cuidadores por el hecho de atender a una persona dependiente. En este caso, puntuaciones altas (mínimo=5; máximo=25) son indicativas de una menor satisfacción con la tarea de cuidados. Los resultados obtenidos indican que los cuidadores profesionales muestran una elevada satisfacción con las tareas de cuidados (M=9,96; DT= 3,70).

Concretamente, en la Tabla 11 se presentan los resultados tras analizar cada uno de los ítems referidos a la satisfacción con el cuidado de la persona en situación

de dependencia. Como se puede observar la mayoría de los cuidadores valoran positivamente los diferentes aspectos relacionados con el cuidado y éste les ayuda a estar más cercanos a sus usuarios y a aumentar su valía personal.

Tabla 11. Valoración de la satisfacción del cuidador formal con diferentes aspectos relativos al cuidado del dependiente

	N	Porcentaje
Ayudar al dependiente me hace estar más cercano a él/ella		
Casi Siempre	164	41,3
Con bastante frecuencia	170	42,8
Alguna Vez	52	13,1
Rara Vez	2	0,6
Nunca	6	1,5
Disfruta estando con la persona dependiente		
Casi Siempre	118	29,7
Con bastante frecuencia	170	42,8
Alguna Vez	92	23,2
Rara Vez	8	2
Nunca	6	1,5
Los momentos placenteros del dependiente producen placer al cuidador/a		
Casi Siempre	123	31
Con bastante frecuencia	160	40,3
Alguna Vez	86	21,7
Rara Vez	14	3,5
Nunca	8	2
Cuidar al dependiente da sentido a la vida del cuidador/a		
Casi Siempre	118	29,7
Con bastante frecuencia	162	40,8
Alguna Vez	86	21,7
Rara Vez	16	4
Nunca	9	2,3
Cuidar al dependiente aumenta la autoestima del cuidador		
Casi Siempre	129	32,5
Con bastante frecuencia	146	36,8
Alguna Vez	93	23,4
Rara Vez	12	3
Nunca	11	2,8

4.1.3 Situación personal (salud física y psicológica)

En la Tabla 12 se puede observar cómo ante la pregunta de si durante el desempeño de su actual profesión ha ido al médico por problemas de ansiedad, estrés o depresión, un 38,3% responde afirmativamente. Así mismo, un 15,9% toma medicación por problemas de ansiedad, estrés o depresión. Además, un 66,5% considera que su trabajo es estresante

Tabla 12. Niveles de ansiedad, depresión y estrés de los cuidadores formales

	N	Porcentaje
Estrés		
Sí	264	66,5
No	152	38,3
Acude al médico		
Sí	152	38,3
No	243	61,2
Toma medicación		
Sí	63	15,9
No	331	84,1

En la Tabla 13 se ofrecen los datos relativos a la valoración de los diferentes estresores. En este sentido se puede observar cómo, valorados en una escala de 0 a 10 puntos, donde el 10 es la máxima puntuación, los principales estresores se relacionan con la cantidad de tareas a realizar, así como el exceso de responsabilidad y los problemas de conducta y deterioro de las personas dependientes atendidas. Los estresores más débiles se refieren a las relaciones con el supervisor y con los compañeros.

Tabla 13. Valoración de los principales estresores

	Media	D.T.
E. TAREAS	5,39	2,99
E. EXCESO RESPONSABILIDAD	5,31	2,96
E. PROBLEMAS DE CONDUCTA USUARIOS	5,00	3,06
E. DETERIORO USUARIOS	4,96	3,01
E. CANTIDAD USUARIOS ATENDIDOS DIARIAMENTE	4,78	3,09
E. FAMILIARES USUARIOS	4,49	3,14
E. CONTACTO USUARIOS	4,43	2,93
E. TIPO TAREAS	4,25	2,92
E. RELACIÓN PERSONA DEPENDIENTE	3,91	2,86
E. HORARIOS	3,91	2,96
E. BUROCRACIA	3,51	2,80
E. ESCASEZ FORMACIÓN	3,14	2,55
E. RELACIÓN RESPONSABLE DIRECTO	2,78	2,67
E. RELACIÓN COMPAÑEROS	2,37	2,43

Por lo que se refiere a la percepción de carga experimentada por los cuidadores formales, la puntuación media obtenida es de 22, 88 (DT=10,26), lo que indica una ausencia de sobrecarga en estos profesionales. En la Tabla 14 se presenta un análisis más detallado de la carga subjetiva experimentada por este grupo de cuidadores. Como puede observarse, tan sólo 11 cuidadores de este grupo experimental algún grado de sobrecarga derivado del cuidado.

Tabla 14. Niveles de Carga experimentados por los cuidadores formales

Carga Subjetiva	Cuidadores Formales	
	N	%
Ausencia de Carga	374	94,2
Sobrecarga Leve	5	1,3
Sobrecarga Intensa	6	1,5

Por su parte, en la Tabla 15 se presentan los resultados relativos a la valoración que hacen ambos grupos de participantes sobre los cuidados sobre sí mismos. Se observa que tan sólo un 11,3% de los cuidadores afirman cuidarse bastante o mucho frente a un 48,6% de los ellos que afirman cuidarse a sí mismos mucho menos de lo que deberían. Además, un 32,7% dicen cuidarse lo suficiente y un 4,5% manifiesta no prestar nada de atención a su propio cuidado.

Tabla 15. Salud Percibida

	N	Porcentaje
Salud Percibida		
Nada	18	4,5
Poco, menos de lo que debería	193	48,6
Lo suficiente	130	32,7
Bastante	45	11,3
Mucho	7	1,8
En exceso	4	1,0

En la Tabla 16 se resumen los principales resultados relativos a la *salud física, psicológica y social* de los participantes. Se puede observar cómo un 24% presenta síntomas somáticos, por ejemplo, dolores de cabeza, sensación de cansancio, etc.; un 33,5% manifiesta síntomas de ansiedad-insomnio; tan sólo dos cuidadores (0,5%) refiere síntomas de disfunción social o de percepción de insatisfacción con lo que se realiza, sensación de inutilidad y falta de valía hacia el propio trabajo y hacia diferentes roles vitales. Finalmente, un 3,8% indica tener sentimientos de depresión o de desesperanza.

Tabla 16. Salud biopsicosocial de los cuidadores formales

	N	Porcentaje
Síntomas somáticos		
Ausencia	295	74,3
Presencia	95	23,9
Ansiedad-insomnio		
Ausencia	259	65,2
Presencia	133	33,5
Disfunción social		
Ausencia	391	98,5
Presencia	2	0,5
Depresión		
Ausencia	371	93,5
Presencia	15	3,8

Respecto a las conductas de salud, en la Tabla 17 se presentan los resultados obtenidos tras la evaluación de los cuidadores formales. Se observa cómo, por lo general, la mayoría de los cuidadores se caracterizan por realizar conductas saludables como alimentarse adecuadamente o realizar actividad física (p.e. salir a caminar), mientras que las conductas no saludables como el fumar en exceso tan sólo son realizadas por un porcentaje minoritario de la muestra.

Tabla 17. Conductas de salud presentadas por los cuidadores formales

	N	Porcentaje
Fuma en exceso (más de 20 cigarrillos al día)		
Sí	39	9,8
No	357	89,9
Consume sustancias		
Sí	0	0
No	397	100
Duerme horas suficientes		
Sí	261	65,7
No	135	34
Realiza actividad física (salir a dar paseos)		
Sí	226	56,9
No	170	42,8
Practica Deporte		
Sí	77	19,4
No	319	80,4
Destina tiempo ocio		
Sí	183	46,1
No	213	53,7
Toma alcohol de forma abusiva		
Sí	2	0,5
No	394	99,2
Se alimenta adecuadamente		
Sí	316	79,6
No	80	20,2

Finalmente, en la Tabla 18 se presentan las puntuaciones medias obtenidas por los participantes en la *valoración de su satisfacción general* con la vida, con el trabajo, con la familia y con sus relaciones sociales, antes y después de ser cuidadores de una persona dependiente. Se puede observar cómo, por lo general, los cuidadores están satisfechos con su vida. Así mismo, obtienen puntuaciones elevadas en lo que respecta a su calidad de vida laboral, familiar y social, tanto antes como después del cuidado.

Tabla 18. Puntuaciones medias en CdV, CdVL, CdVF y CdVS para el grupo de cuidadores formales

	N	Mínimo	Máximo	M	D.T.
Calidad de Vida					
Antes del Cuidado	397	1	10	7,16	1,68
Después del Cuidado	365	1	10	7,30	1,56
Calidad de Vida Laboral					
Antes del Cuidado	395	1	10	6,54	1,79
Después del Cuidado	395	1	10	6,86	1,76
Calidad de Vida Familiar					
Antes del Cuidado	396	1	10	7,81	1,87
Después del Cuidado	395	1	10	7,82	1,79
Calidad de Vida Social					
Antes del Cuidado	396	1	10	6,86	2,29
Después del Cuidado	396	1	10	6,51	2,47

4.2 Evaluación de los cuidadores informales

A continuación y siguiendo con el primer objetivo de nuestra investigación, presentamos los resultados tras analizar la situación personal, laboral, económica y social del grupo de cuidadores familiares.

En la Tabla 19 se describen las características sociodemográficas de este grupo de cuidadores. Se puede observar cómo la mayoría de los cuidadores son mujeres (83,7%), casadas (61,6%), que manifiestan tener cargas familiares (73,9%) y que se caracterizan, en el 34,5% de los casos, por ser amas de casa. Además, predominan los cuidadores con estudios primarios (36%). La edad media de este grupo de cuidadores fue de 55,82 años (DT=11,42).

Por lo que respecta a la atención a la persona dependiente, en la Tabla 20 se presentan los resultados descriptivos de las características específicas del cuidado. Como puede observarse, 61 cuidadores (30%) han tenido que dejar de trabajar para atender a su familiar dependiente y 13 (6,4%) de ellos ha solicitado una reducción de su jornada laboral. Por otro lado, la mayoría de los cuidadores (78,3%) atienden solamente a un único familiar dependiente, siendo mayoritariamente los hijos/as (59,1%) y los esposos/as (21,2%) de la persona objeto de cuidados. Respecto al tiempo que llevan los participantes desempeñando la función de cuidador principal se puede observar cómo la mayoría de los cuidadores llevan más de tres años desempeñando dichas funciones, destacando el grupo que lleva realizando dichas funciones más de

11 años (29,6%). Los cuidadores afirman, además, dedicar una media de 6,42 (DT=1,49) días a la semana a la atención de su familiar dependiente, con un tiempo de dedicación diaria de 16 horas.

Tabla 19. Características sociodemográficas de la muestra de cuidadores informales (N=203)

Características sociodemográficas	N	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Sexo			
Mujer	170	83,7	83,7
Hombre	33	16,3	100
Estado civil			
Soltero/a	46	22,7	22,7
Casado/a o convive con pareja	125	61,6	84,3
Viudo/a	19	9,4	93,7
Divorciado/a o separado/a	12	5,9	99,6
Cargas familiares			
Sí	150	73,9	73,9
No	51	25,1	99
No Responde	2	1	100
Situación Laboral			
Activo	59	29,1	29,1
Paro	32	15,8	44,9
Jubilado	42	20,7	65,6
Otras (ama de casa)	70	34,5	100
Nivel Estudios			
Sin estudios	9	4,4	4,4
Estudios Primarios	73	36	40,4
Graduado Escolar	31	15,3	55,7
Bachillerato/BUP/FP	52	25,6	81,3
Estudios Universitarios	38	18,7	100

Por su parte, y por lo que se refiere a las características de la persona en situación de dependencia, cabe observar que predominan las mujeres (59,6%) frente a los hombres (40,4%). Así mismo, la edad promedio de la persona en situación de dependencia fue de 68,38 (DT=23,21).

En cuanto al tipo de enfermedad generadora de la dependencia, en la Tabla 21 se puede observar cómo las principales enfermedades padecidas por las personas dependientes tienen que ver con las demencias (alzheimer, demencia senil, demencia de los cuerpos de Lewis, etc.) y la enfermedad mental (esquizofrenia), respectivamente.

Tabla 20. Características específicas del cuidado

	N	Porcentaje
Deja de trabajar para atender al dependiente		
Sí	61	30
No	127	62,6
Solicita reducción de jornada	13	6,4
Dependientes a cargo		
Uno	159	78,3
Más de uno	44	21,7
Parentesco con la persona dependiente		
Esposo/a o compañero/a	43	21,2
Hijo/a	120	59,1
Yerno/nuera	5	2,5
Sobrino/a	5	2,5
Hermano/a	13	6,4
Padre/madre	16	7,9
Género de la persona atendida		
Hombre	82	40,4
Mujer	121	59,6
Tiempo como cuidador		
Menos 1 año	12	5,9
1-2 años	18	8,9
3-5 años	49	24,1
6-8 años	37	18,2
9-11 años	27	13,3
Más de 11 años	60	29,6
Tiempo que lleva la persona atendida en situación de dependencia		
Menos 1 año	12	5,9
1-2 años	25	12,3
3-5 años	48	23,6
6-8 años	38	18,7
9-11 años	27	13,3
Más de 11 años	52	25,6

Tabla 21. Principales causas generadoras de la dependencia

Tipo de dependencia	N	%
Otras demencias (Cuerpos de Lewis, frontal, senil)	34	16,77
Alzheimer	27	13,3
Enfermedad Mental (esquizofrenia)	23	11,32
Esclerosis (lateral, múltiple)	17	8,37
ICTUS	16	7,88
Discapacidad Física	16	7,88
Edad Avanzada	12	5,91
Tumor Cerebral	11	5,39
Artritis Reumatoide	7	3,43
Diabetes	6	2,96
Ceguera	5	2,46
Parkinson	4	1,97
Parálisis Cerebral	4	1,97
Cardiopatías	4	1,97
Cáncer	4	1,97
Trastornos Personalidad	3	1,48

Problemas Intestinales	3	1,48
Epilepsia	1	0,49
Discapacidad Intelectual	1	0,49
Depresión	1	0,49
Alcoholismo Crónico	1	0,49

4.2.1 Situación económica y social

En cuanto a la utilización de recursos formales de apoyo, en la Tabla 22 se puede observar cómo, por lo general, los cuidadores no suelen utilizar los recursos formales como ayuda al cuidado. No obstante, el más empleado suele ser el servicio de ayuda a domicilio utilizado por un 26,6% de los cuidadores. Dichos resultados nos indican que la persona dependiente suele ser atendida mayoritariamente en el hogar.

Tabla 22. Recursos de apoyo formal utilizados por el cuidador familiar (R de elección múltiple)

	N	%
Centro de Día		
Sí	18	8,9
No	185	91,1
Servicio de Ayuda a Domicilio		
Sí	54	26,6
No	149	73,4
Telealarma o teleasistencia		
Sí	36	17,7
No	167	82,3
Estancia Temporal en residencias		
Sí	29	14,3
No	174	85,7
Ayuda de servicios de voluntariado		
Sí	14	6,9
No	189	93,1

En la Tabla 23 se exponen los resultados respecto a otros recursos utilizados por los familiares. Como puede observarse, el 47,3% de los familiares del dependiente suele solicitar la ayuda de otros familiares cuando necesita ayuda en los cuidados. Por su parte, un 7% manifiesta recibir ayuda de los vecinos, un 9,4% ayuda de otras personas y un 6,9% suele recurrir a la ayuda de los amigos en la atención a la persona mayor objeto de cuidados. Todo ello nos indica que los cuidados suelen recaer mayoritariamente en el entorno familiar.

Respecto a la solicitud de ayudas económicas para el cuidado, en la Tabla 24 se puede observar cómo la mayoría de los cuidadores (62,6%) han solicitado la valoración de la dependencia (a través del baremo BVD) para sus familiares. Por su parte, a un 38,4% se les ha concedido también la prestación familiar frente al 61,1% que manifiesta no recibir ningún tipo de ayuda económica para el cuidado de su familiar.

Tabla 23. Recursos de apoyo informal utilizados por el cuidador familiar (R de elección múltiple)

	N	%
Ayuda de otros familiares		
Sí	96	47,3
No	107	52,7
Ayuda de amigos		
Sí	9	4,4
No	194	95,6
Ayuda de vecinos		
Sí	14	6,9
No	189	93,1
Ayuda de otras personas		
Sí	19	9,4
No	184	90,6

Tabla 24. Ayudas económicas para el cuidado

	N	%
Solicita la valoración de su familiar a través del BVD		
Sí	127	62,6
No	74	36,5
Se encuentra en lista de espera de algún servicio formal (residencias, SAD, etc)		
Sí	44	21,7
No	159	78,3
Se le concede la Ayuda de la dependencia por el cuidado de su familiar		
Sí	78	38,4
No	124	61,1

Por lo que se refiere al reconocimiento social percibido por el cuidador respecto a sus tareas y a la valoración respecto a relación mantenida con el dependiente antes y después de los cuidados, en la Tabla 25 se puede observar cómo un 49,7% de los cuidadores perciben que los demás no suelen reconocer lo que ellos hacen por su familiar. No obstante, la mayoría de los cuidadores afirman que su relación con el dependiente no ha variado como consecuencia del cuidado (52,7%).

Tabla 25. Reconocimiento social sobre el cuidado informal y relación con el familiar

	N	Porcentaje
Reconocimiento social tarea cuidador		
Nunca	52	25,6
Rara Vez	49	24,1
Alguna Vez	58	28,6
Con bastante frecuencia	21	10,3
Casi Siempre	23	11,3
Relación con familiar dependiente antes de enfermedad		
Problemática	9	4,4
Distante y fría	10	4,9
Normal	108	53,2
De gran intimidad y afecto	74	36,5
Relación tras la enfermedad		
Ha empeorado	36	17,7
Sigue igual	107	52,7
Ha mejorado	60	29,6

Por lo que se refiere a la satisfacción que experimentan los cuidadores por el hecho de atender a una persona dependiente, y al igual que en el caso de los cuidadores formales en el que puntuaciones elevadas son indicativas de una menor satisfacción con la tarea de cuidados (Mín=5; Máx=25), los resultados obtenidos por los cuidadores familiares denotan una satisfacción media con las tareas de cuidados (M=10,94; DT= 4,39).

De manera más específica, en la Tabla 26 se pueden ver los resultados de los cuidadores informales en cada uno de los items que conforman el cuestionario de satisfacción con el cuidado. Como se puede observar un 72,9% de los familiares considera que ayudar al dependiente le ha hecho sentirse más cercano a él/ella. Por otro lado, el 68% afirma que disfruta estando junto a la persona dependiente y que los momentos placenteros del dependiente también le producen satisfacción (70%). Así mismo, para un 53,2% de los cuidadores informales, cuidar de su familiar da mayor sentido a su vida y un 51,2% afirman que cuidar les ha ayudado a incrementar su autoestima.

Tabla 26. Valoración de la satisfacción del cuidador informal con diferentes aspectos relativos al cuidado del familiar

	N	Porcentaje
Ayudar al dependiente me hace estar más cercano a él/ella		
Casi Siempre	80	39,4
Con bastante frecuencia	68	33,5
Alguna Vez	30	14,8
Rara Vez	19	9,4
Nunca	6	3
Disfruta estando con la persona dependiente		
Casi Siempre	70	34,5
Con bastante frecuencia	68	33,5
Alguna Vez	43	21,2
Rara Vez	17	8,4
Nunca	5	2,5
Los momentos placenteros del dependiente producen placer al cuidador/a		
Casi Siempre	88	43,3
Con bastante frecuencia	54	26,6
Alguna Vez	46	22,7
Rara Vez	11	5,4
Nunca	4	2
Cuidar al dependiente da sentido a la vida del cuidador/a		
Casi Siempre	64	31,5
Con bastante frecuencia	44	21,7
Alguna Vez	70	34,5
Rara Vez	18	8,9
Nunca	7	3,4
Cuidar al dependiente aumenta la autoestima del cuidador		
Casi Siempre	50	24,6
Con bastante frecuencia	54	26,6
Alguna Vez	54	26,6
Rara Vez	31	15,3
Nunca	14	6,9

Finalmente, en la Tabla 27 se presentan los resultados respecto a las necesidades percibidas sobre relacionarse con otras personas que estén atravesando su misma situación y a las inquietudes formativas experimentadas por el grupo de cuidadores informales. Se observa cómo a un 65% de los familiares les gustaría relacionarse con otros cuidadores. Además, un 43,3% manifiestan tener necesidades formativas respecto a los apoyos y estrategias de autocuidados para el cuidador.

Tabla 27. Necesidad de comunicación con otros cuidadores y formativas

Relación con otros cuidadores	N	Porcentaje
Sí	132	65
No	22	10,8
No me lo he planteado nunca	49	24,1
Necesidades Formativas (R elección múltiple)	N	Porcentaje
Enfermedad del familiar	63	31
Aseo y movilizaciones	42	20,7
Apoyos y autocuidados	88	43,3
Alimentación	37	18,2

4.2.2 Situación personal (salud física y psicológica)

En la Tabla 28 se presentan los resultados respecto a la salud percibida por los cuidadores informales. Se observa cómo el 59,6% de los familiares manifiesta cuidarse a sí mismo poco o nada. Por su parte, un 63,1% han acudido al médico en el último trimestre por problemas de estrés, ansiedad o depresión y un 42,4% toman medicación por estos motivos.

Tabla 28. Niveles de ansiedad, depresión y estrés de los cuidadores informales

	N	Porcentaje
Salud Percibida		
Nada	32	15,8
Poco, menos de lo que debería	89	43,8
Lo suficiente	65	32
Bastante	12	15,9
Mucho	4	2
En exceso	1	0,5
Acude al médico		
Sí	128	63,1
No	75	36,9
Toma medicación		
Sí	86	42,4
No	117	57,6

En la Tabla 29 se presentan los principales resultados relativos a la *salud física, psicológica y social* de los cuidadores informales. Se puede observar cómo un 33% presenta síntomas somáticos, por ejemplo, dolores de cabeza, sensación de cansancio, etc.; un 64% manifiesta síntomas de ansiedad-insomnio; un 6,9% refiere síntomas de disfunción social o de percepción de insatisfacción con lo que se realiza, sensación de inutilidad y falta de valía hacia el propio trabajo y hacia diferentes roles vitales. Finalmente, un 7,4% indica tener sentimientos de depresión o de desesperanza.

Tabla 29. Salud biopsicosocial de los cuidadores informales

	N	Porcentaje
Síntomas somáticos		
Ausencia	136	67
Presencia	67	33
Ansiedad-insomnio		
Ausencia	73	36
Presencia	130	64
Disfunción social		
Ausencia	189	93,1
Presencia	14	6,9
Depresión		
Ausencia	188	92,6
Presencia	15	7,4

Respecto a las conductas de salud, en la Tabla 30 se presentan los resultados tras la evaluación de los cuidadores informales. Se puede observar cómo la mayor parte de conductas no saludables que presentan los familiares se relacionan con el dormir pocas horas (56,7%), no realizar ejercicio (49,3%), ni practicar deporte (73,9%) ni destinar tiempo para realizar actividades de ocio y en el tiempo libre (73,9%). Así mismo, un 42% de los cuidadores afirman no cuidar su alimentación. Por otro lado, los cuidadores no consumen sustancias ni tienen conductas relacionadas con el abuso del alcohol.

Tabla 30. Conductas de salud presentadas por los cuidadores informales

	N	Porcentaje
Fuma en exceso (más de 20 cigarrillos al día)		
Sí	16	7,9
No	187	92,1
Consume sustancias		
Sí	0	0
No	203	100
Duerme horas suficientes		
Sí	88	43,3
No	115	56,7
Realiza actividad física (salir a dar paseos)		
Sí	103	50,7
No	100	49,3
Practica Deporte		
Sí	53	26,1
No	150	73,9
Destina tiempo ocio		
Sí	79	38,9
No	124	61,1

Toma alcohol de forma abusiva		
Si	1	0,5
No	202	99,5
Se alimenta adecuadamente		
Si	118	58,1
No	85	41,9

Las puntuaciones obtenidas respecto a la percepción de carga experimentada por los cuidadores informales se presentan en la Tabla 31. Así mismo, la puntuación media obtenida por este grupo de cuidadores fue 40,18 (DT=16,09), lo que indica que a nivel general los cuidadores no experimentan situaciones de estrés crónico por el cuidado del familiar (puntuaciones inferiores a 46 denotan ausencia de sobrecarga). Pese a esto, 70 cuidadores familiares experimentan sobrecarga derivada de los cuidados que ofrecen a su familiar dependiente.

Tabla 31. Niveles de Carga experimentada por los cuidadores informales

Carga Subjetiva	Cuidadores Informales	
	N	%
Ausencia de Carga	133	65,5
Sobrecarga Leve	32	15,8
Sobrecarga Intensa	38	18,7

Finalmente, en la Tabla 32 se presentan las puntuaciones medias obtenidas por los participantes en la *valoración de su satisfacción general* con la vida, con el trabajo, con la familia y con sus relaciones sociales, antes y después de ser cuidadores de una persona dependiente. Se puede observar cómo el cuidado del familiar repercute en todas las áreas de la vida, especialmente en la calidad de vida en el trabajo y en la calidad de vida social (relaciones con amigos, tiempo de ocio, etc.). Así mismo, la calidad de vida en la familia no suele resentirse tanto como consecuencia de los cuidados al dependiente.

Tabla 32. Puntuaciones medias en CdV, CdVL, CdVF y CdVS para el grupo de cuidadores informales

	N	Mínimo	Máximo	M	D.T.
Calidad de Vida					
Antes del Cuidado	203	3	10	7,59	1,60
Después del Cuidado	188	1	10	5,47	2,21
Calidad de Vida Laboral					
Antes del Cuidado	199	1	10	7,22	2,04

Después del Cuidado	188	1	10	4,87	2,72
Calidad de Vida Familiar					
Antes del Cuidado	203	1	10	7,70	2,02
Después del Cuidado	203	1	10	6,12	2,38
Calidad de Vida Social					
Antes del Cuidado	203	2	10	7,51	1,78
Después del Cuidado	203	1	10	4,82	2,60

4.3 Semejanzas y diferencias en la situación biopsicosocial de los cuidadores (formales vs. informales)

Con objeto de dar respuesta a nuestro segundo objetivo, a continuación se presentan los resultados tras el análisis de las posibles semejanzas y diferencias entre los grupos de cuidadores (formales vs. informales), en función de las variables objeto de interés como son la carga experimentada, las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores, la salud biopsicosocial, la calidad de vida y la satisfacción con el cuidado.

Así, en primer lugar, en la Tabla 33 se presentan los resultados respecto a la carga experimentada en ambos grupos de cuidadores. Se puede observar cómo existen diferencias significativas en esta variable, siendo los cuidadores informales quienes experimentan un mayor estrés crónico como consecuencia de los cuidados al familiar dependiente.

Tabla 33. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en la sobrecarga experimentada en función del tipo de cuidador

	N	M	D.T.	F	Sig.
Percepción de Carga				251,220	,000
Cuidador Informal	203	40,18	16,09		
Cuidador Formal	388	22,88	10,26		

En segundo lugar, se ofrecen los resultados derivados del análisis de las posibles semejanzas y diferencias en las dos categorías de cuidadores (formales vs. informales) respecto al tipo de estrategias de afrontamiento empleadas. Se puede observar la presencia de diferencias significativas en todas las estrategias de afrontamiento salvo en negación, abuso de alcohol u otras drogas y búsqueda de apoyo social emocional (véase Tabla 34). En todas las estrategias de afrontamiento, salvo en la relativa al

humor, los cuidadores informales puntúan significativamente superior que los cuidadores profesionales.

Tabla 34. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en las estrategias de afrontamiento utilizadas en función del tipo de cuidador

		N	M	D.T.	F	Sig.
Autodistracción					10,180	,001
	Cuidador Informal	203	1,92	0,79		
	Cuidador Formal	394	1,69	0,84		
Afrontamiento Activo					52,295	,000
	Cuidador Informal	203	2,42	0,78		
	Cuidador Formal	394	1,89	0,88		
Negación					19,358	,000
	Cuidador Informal	203	1,65	0,82		
	Cuidador Formal	394	1,38	0,65		
Abuso de alcohol/drogas					,001	,970
	Cuidador Informal	203	1,06	0,24		
	Cuidador Formal	392	1,06	0,26		
Búsqueda apoyo social emocional					,001	,970
	Cuidador Informal	203	1,06	0,24		
	Cuidador Formal	392	1,06	0,26		
Búsqueda apoyo social instrumental					58,954	,000
	Cuidador Informal	203	2,18	0,89		
	Cuidador Formal	392	1,64	0,76		
Desconexión Conductual					4,340	,038
	Cuidador Informal	203	1,40	0,61		
	Cuidador Formal	392	1,30	0,53		
Desahogo					68,228	,000
	Cuidador Informal	203	1,98	0,82		
	Cuidador Formal	394	1,47	0,63		
Reinterpretación Positiva					23,713	,000
	Cuidador Informal	203	2,25	0,91		
	Cuidador Formal	394	1,87	0,91		
Planificación					70,441	,000
	Cuidador Informal	203	2,41	0,87		
	Cuidador Formal	394	1,79	0,85		
Humor					19,800	,000
	Cuidador Informal	203	1,17	0,31		
	Cuidador Formal	389	1,37	0,61		
Aceptación					73,461	,000
	Cuidador Informal	203	2,64	0,85		
	Cuidador Formal	389	1,95	0,98		

Religión					89,898	,000
	Cuidador Informal	203	2,04	0,99		
	Cuidador Formal	388	1,37	0,69		
Autoculparse					10,082	,002
	Cuidador Informal	203	1,52	0,64		
	Cuidador Formal	392	1,36	0,56		

En tercer lugar y por lo que respecta al análisis de posibles diferencias en función de la salud física y psicológica según la categoría de cuidador, en la Tabla 35 se observa la existencia de diferencias significativas en todas las variables de salud. En este sentido, los cuidadores informales puntúan significativamente superior en todas las variables, lo indica que precisamente este grupo tiene peor salud.

Tabla 35. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en la salud biopsicosocial en función del tipo de cuidador

		N	M	D.T.	F	Sig.
Síntomas Somáticos					14,362	,000
	Cuidador Informal	203	4,15	2,11		
	Cuidador Formal	390	3,43	2,24		
Ansiedad-Insomnio					52,883	,000
	Cuidador Informal	203	5,39	1,95		
	Cuidador Formal	392	3,97	2,40		
Disfunción Social					99,531	,000
	Cuidador Informal	203	2,28	1,61		
	Cuidador Formal	393	1,30	0,78		
Depresión					40,757	,000
	Cuidador Informal	203	1,93	2,13		
	Cuidador Formal	386	0,90	1,69		

En la Figura 5 se representan de un modo gráfico estas diferencias. Se observa que los cuidadores informales tienen peor salud que los cuidadores profesionales. Concretamente, presentan mayor sintomatología somática y mayor ansiedad e insomnio en comparación con los cuidadores formales.

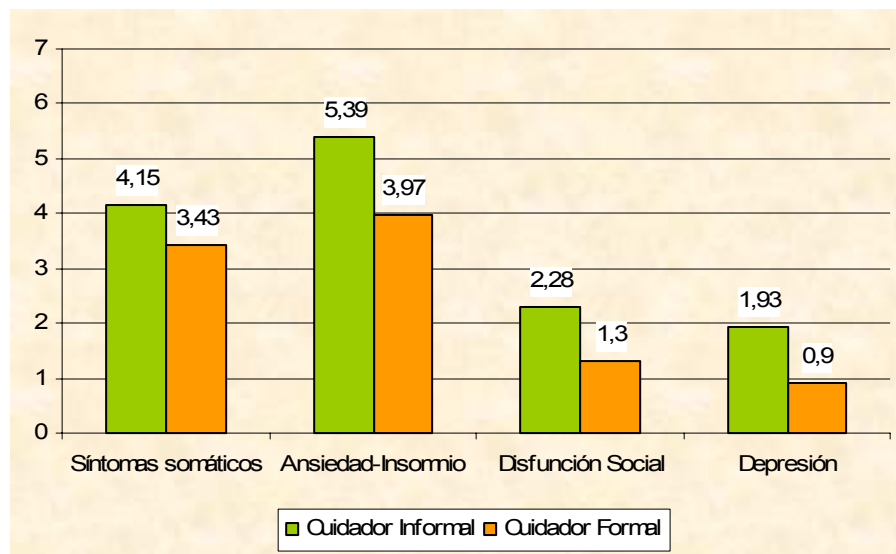


Figura 5. Diferencias en la salud biopsicosocial de los cuidadores formales e informales

Por su parte, el análisis de la asociación entre las diferentes categorías de la percepción de cuidarse a sí mismo según el tipo de cuidador (formal vs. informal) puso de manifiesto la existencia de una asociación significativa ($\chi^2 = 25,616$; $df=5$; $p=0,000$), en el sentido de que los cuidadores informales perciben que se cuidan menos que los cuidadores formales (véase Figura 6).

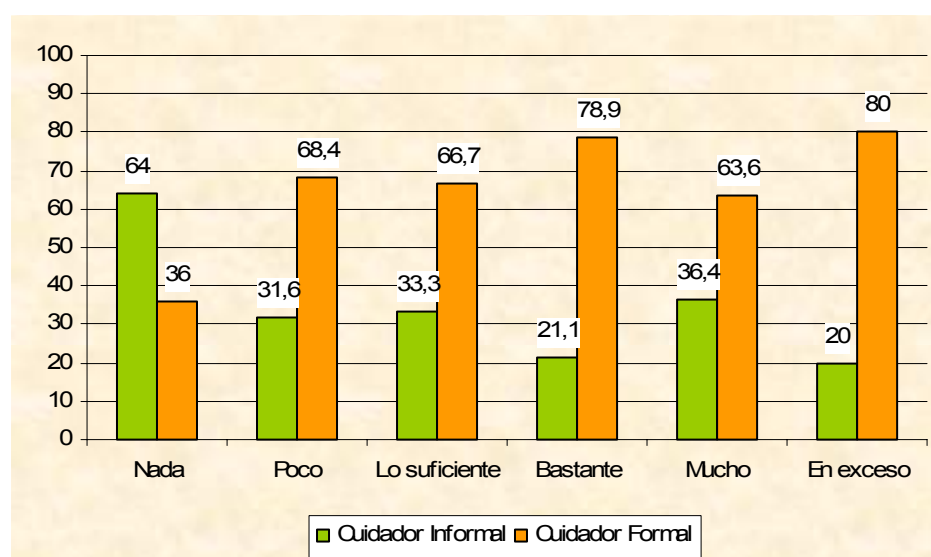


Figura 6. Salud percibida en función del tipo de cuidador

En cuarto lugar, el análisis de las posibles semejanzas y diferencias en cuanto a la calidad de vida, calidad de vida laboral, calidad de vida familiar y calidad de vida social antes de ser cuidador y según la categoría de cuidador, puso de manifiesto la existencia de relaciones significativas en todas las variables excepto en la calidad de vida familiar (véase Tabla 36). En todos los casos, los cuidadores informales puntúan de manera significativamente más elevada.

Tabla 36. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en calidad de vida, calidad de vida laboral, familiar y social antes de los cuidados según el tipo de cuidador (formal vs. informal)

		N	M	D.T.	F	Sig.
Calidad de Vida antes del cuidado					5,567	,019
	Cuidador Informal	203	7,59	1,60		
	Cuidador Formal	361	7,25	1,67		
Calidad de Vida Laboral antes del cuidado					14,319	,000
	Cuidador Informal	199	7,22	2,04		
	Cuidador Formal	380	6,59	1,81		
Calidad de Vida Familiar antes del Cuidado					1,168	,280
	Cuidador Informal	203	7,70	2,02		
	Cuidador Formal	386	7,88	1,84		
Calidad de Vida Social antes del Cuidado					9,997	,002
	Cuidador Informal	203	7,51	1,78		
	Cuidador Formal	386	6,92	2,29		

En la Tabla 37 se presenta el análisis respecto a las posibles semejanzas y diferencias según el tipo de cuidador en las variables calidad de vida, calidad de vida laboral, calidad de vida familiar y calidad de vida social una vez se asumido el cuidado de la persona mayor dependiente, esto es, en el momento actual. En este caso, el grupo de cuidadores formales obtuvo puntuaciones significativamente más elevadas en todas las variables analizadas.

Tabla 37. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en calidad de vida, calidad de vida laboral, familiar y social en el momento actual según el tipo de cuidador (formal vs. informal)

		N	M	D.T.	F	Sig.
Calidad de Vida					131,254	,000
	Cuidador Informal	203	5,47	2,21		
	Cuidador Formal	365	7,30	1,56		
Calidad de Vida Laboral					111,465	,000
	Cuidador Informal	188	4,87	2,72		
	Cuidador Formal	395	6,86	1,76		

Calidad de Vida Familiar					
	Cuidador Informal	203	6,12	2,38	
	Cuidador Formal	395	7,82	1,79	
Calidad de Vida Social					
					60,111 ,000
	Cuidador Informal	203	4,82	2,60	
	Cuidador Formal	396	6,51	2,46	

De un modo gráfico en la Figura 7 podemos observar cómo “antes del cuidado”, el cuidador informal experimentaba mayores niveles de satisfacción general con la vida, con el trabajo y con las relaciones sociales mientras que el cuidado del familiar repercute negativamente en todas las facetas de la calidad de vida. No cabe duda de que el tiempo dedicado a estas tareas y la sobrecarga experimentada por este grupo contribuyen a explicar dichos resultados. Por el contrario, para los cuidadores profesionales, la situación de cuidados ha mejorado su calidad de vida. Posibles explicaciones pueden ser el hecho de tener un trabajo, las características particulares de la profesión mayoritaria (auxiliares de ayuda a domicilio), las horas dedicadas y el constituir una profesión de respiro.

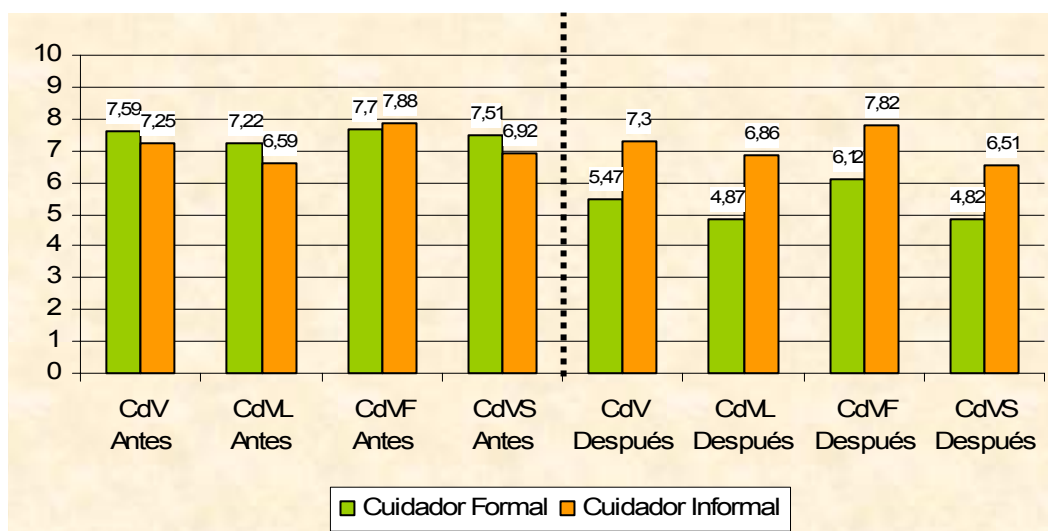


Figura 7. Percepción de Calidad de vida antes y después del cuidado según el tipo de cuidador

Por lo que se refiere al análisis de las diferencias entre la satisfacción con el cuidado en función del tipo de cuidador, en la Tabla 38 se presentan los resultados

obtenidos. En este caso se obtuvieron diferencias significativas siendo los cuidadores informales quienes perciben una menor satisfacción con el cuidado.

Tabla 38. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en la satisfacción con el cuidado en función del tipo de cuidador

	N	M	D.T.	F	Sig.
Satisfacción con el cuidado				8,495	,000
Cuidador Informal	203	10,94	4,39		
Cuidador Formal	387	9,94	3,66		

Finalmente y con objeto de conocer si existirían diferencias en función de la provincia de origen en la carga experimentada, la salud biopsicosocial y en la satisfacción con los cuidados, realizamos los análisis que se presentan a continuación.

Así, respecto a los cuidadores informales en la Tabla 39 se presentan los resultados obtenidos tras realizar los correspondientes análisis de varianza. Se observa la presencia de diferencias significativas en la carga percibida, depresión y satisfacción con los cuidados. En todos estos casos los análisis post-hoc (Scheffé) pusieron de manifiesto que los cuidadores informales de Burgos diferían significativamente del resto de cuidadores experimentando, a su vez, menor sobrecarga, menor depresión y mayor satisfacción con los cuidados. Conviene decir que eran precisamente los cuidadores familiares de esta provincia quienes se caracterizaban por tener a su familiar en un servicio formal (Centro Residencial), con lo que los resultados obtenidos parecen bastante razonables puesto que estos servicios formales constituyen un modo de respiro para el cuidador.

Tabla 39. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en variables de interés (carga, salud biopsicosocial y satisfacción con el cuidado) en función de la provincia de origen del cuidador informal

	N	M	D.T.	F	Sig.
Carga Percibida (C. Informal)				6,153	,000
Salamanca	94	40,02	15,12		
Valladolid	30	45,77	14,11		
Burgos*	28	28	15,32		
León	18	44,22	17,17		
Ávila	33	43,67	15,97		
Síntomas Somáticos (c.informal)				1,420	,229
Salamanca	94	4,33	2,06		
Valladolid	30	4,50	1,83		
Burgos	28	3,36	2,48		
León	18	4,11	2,37		
Ávila	33	4	1,93		

Ansiedad-Insomnio (c.informal)					0,174	,952
	Salamanca	94	5,49	1,83		
	Valladolid	30	5,37	2,10		
	Burgos	28	5,14	1,97		
	León	18	5,33	1,64		
	Ávila	33	5,39	2,35		
Disfunción Social (c. informal)					0,466	,761
	Salamanca	94	2,18	1,45		
	Valladolid	30	2,43	1,75		
	Burgos	28	2,32	1,94		
	León	18	2,67	1,71		
	Ávila	33	2,15	1,60		
Depresión (c. informal)					3,431	,010
	Salamanca	94	1,85	1,98		
	Valladolid	30	2,73	2,28		
	Burgos*	28	0,86	1,43		
	León	18	1,83	2,38		
	Ávila	33	2,39	2,42		
Satisfacción Cuidado (c. informal)					3,082	,017
	Salamanca	94	10,45	4,42		
	Valladolid	30	11,73	4,18		
	Burgos*	28	9,82	3,55		
	León	18	10,11	3,99		
	Ávila	33	13	4,76		

Finalmente, el análisis en función de las posibles diferencias en las variables de interés en función de la provincia de origen para el caso de los cuidadores formales se presenta en la Tabla 40. Se aprecian diferencias significativas en los aspectos de salud relacionados con los niveles de ansiedad e insomnio. En este caso, los análisis post-hoc (Scheffé) pusieron de manifiesto que los cuidadores formales pertenecientes a Valladolid eran quienes menos experimentaban estos síntomas. Por otro lado, la satisfacción con el cuidado experimentada por los profesionales también varió significativamente en función de la provincia de origen del cuidador. En este caso, fueron los cuidadores de Ávila quienes experimentaron una mayor satisfacción por las tareas de cuidados. Futuros estudios nos permitirán ahondar en dichas diferencias.

Tabla 40. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en variables de interés (carga, salud biopsicosocial y satisfacción con el cuidado) en función de la provincia de origen del cuidador formal

		N	M	D.T.	F	Sig.
Carga Percibida (C. Formal)					0,960	,460
	Salamanca	252	22,54	10,37		
	Valladolid	27	21,04	10,52		
	Burgos	54	23,27	9,75		
	León	22	25,50	11,33		
	Ávila	29	24,76	9,12		
Síntomas Somáticos (C.Formal)					1,662	,158
	Salamanca	254	3,37	2,19		
	Valladolid	27	2,74	2,66		
	Burgos	57	3,46	2,19		
	León	23	3,83	2,65		
	Ávila	29	4,17	1,92		
Ansiedad-Insomnio (C.Formal)					2,515	,041
	Salamanca	257	3,93	2,43		
	Valladolid*	27	2,96	2,39		
	Burgos	57	4,00	2,38		
	León	22	4,32	2,31		
	Ávila	29	4,93	1,94		
Disfunción Social (C. Formal)					1,275	,279
	Salamanca	257	1,28	0,73		
	Valladolid	27	1,07	0,38		
	Burgos	57	1,33	0,83		
	León	23	1,39	1,19		
	Ávila	29	1,52	0,94		
Depresión (C. Formal)					0,298	,880
	Salamanca	251	0,89	1,69		
	Valladolid	57	0,63	1,44		
	Burgos	27	0,98	1,80		
	León	22	1,00	1,79		
	Ávila	29	1,07	1,66		
Satisfacción Cuidado (C. Formal)					5,651	,000
	Salamanca	256	9,59	3,14		
	Valladolid	27	8,59	2,84		
	Burgos	54	11,17	4,69		
	León	22	10,32	10,06		
	Ávila*	28	12,11	5,80		

4.4 Perfil del Cuidador Informal

Con objeto de responder a nuestro tercer objetivo, y tras el análisis previo de la situación personal de los cuidadores familiares participantes, podemos decir que el perfil del cuidador informal de una persona en situación de dependencia en nuestra Comunidad se corresponde con el de una mujer de 56 años, casada, con cargas familiares, con un nivel formativo de estudios primarios, que trabaja como ama de casa y que atiende a un familiar en situación de dependencia que suele ser en la mayoría de las ocasiones su padre o madre. Por su parte, la persona atendida suele ser una persona mayor con una edad media superior a los 68 años y que tiene demencia.

Así mismo, la cuidadora lleva entre 3 y 11 años desempeñando esta función y se dedica todos los días de la semana a la atención de su familiar con una media de 16 horas al día. El cuidado suele hacerlo en el propio entorno familiar, utilizando en ocasiones otros servicios formales como la ayuda a domicilio y/o la teleasistencia y también suele recurrir al apoyo de otros familiares cuando precisa ayuda adicional para atender a su familiar dependiente. Además, dicha cuidadora se caracteriza por haber solicitado a los Servicios Sociales la valoración de la dependencia de su familiar y por querer relacionarse con personas que estén atravesando su misma situación. Como necesidades formativas, precisa información sobre los apoyos y estrategias de autocuidados que como cuidadora puede aprender además de obtener información sobre la enfermedad de su familiar dependiente.

Por lo general, dicho cuidador manifiesta cuidarse a sí mismo poco o menos de lo que debería, hecho que se refleja en conductas poco saludables como el no dormir las horas suficientes, no hacer ejercicio y no destinar tiempo para el ocio.

4.5 Perfil del Cuidador Formal

Con objeto de dar respuesta al cuarto objetivo, esto es, conocer el perfil del cuidador profesional de nuestro estudio, se puede decir que éste se corresponde con el de una mujer de 44 años, casada, con cargas familiares, que trabaja como auxiliar de ayuda a domicilio en el sector de personas mayores y que lleva desempeñando dicha función en los hogares particulares de los dependientes entre 3 y 8 años, con un contrato indefinido, en horario de mañana y con una jornada laboral de más de 35 horas a la semana.

Respecto al trabajo desempeñado por dichas cuidadoras, sus superiores más directos les suelen proporcionar información clara sobre las tareas a realizar y sobre los límites de su responsabilidad aunque no reciben información de otros aspectos relacionados con el trabajo como los ascensos y las promociones. Pese a esto, se trata de una profesional que manifiesta encontrarse satisfecha con su trabajo y que el aspecto que peor valora del mismo es el económico así como el reconocimiento social de su profesión. Por otro lado, percibe fuentes de estrés en su lugar de trabajo relacionadas con la gran cantidad de tareas que tienen que hacer diariamente y con los problemas de conducta y el deterioro de algunos usuarios. Pese a esto, no suelen experimentar sobrecarga derivado del cuidado de la persona en situación de dependencia.

Se trata de una profesional que indica que el trabajo desempeñado les ha ayudado a mejorar su calidad de vida.

5 INTERÉS DE LOS RESULTADOS PARA EL ENTORNO SOCIOECONÓMICO

Los resultados obtenidos son de interés para el entorno socioeconómico por varias razones. En primer lugar, porque no existen estudios en Castilla y León que hayan analizado la situación del cuidador familiar de personas en situación de dependencia pese a que es sabido que Castilla y León es una de las Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de personas en situación de dependencia de nuestro país. Concretamente, atendiendo a los datos ofrecidos en el Plan Regional Sectorial de atención a personas mayores 2004-2007 (Junta de Castilla y León, 2005) constatamos que aproximadamente 191.087 personas mayores residentes en viviendas familiares tienen alguna discapacidad, lo cual significa un 37,3% respecto a su segmento de población. En términos generales, podría estimarse que del total de personas mayores con discapacidad residentes en viviendas familiares, más de 8.600 personas presentarían una situación de dependencia total para las actividades de la vida cotidiana; 14.600 se caracterizarían por presentar una dependencia grave y 18.000 aquellas que presentarían una situación de dependencia considerable. Dichas personas requerirán una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados.

Teniendo en cuenta esto, es lógico suponer que el número de familiares encargados del cuidado también será bastante elevado. De hecho, en esta investigación hemos podido entrevistar a 203 cuidadores familiares, dato también relevante dadas las enormes dificultades de acceso a este tipo de muestra.

Por otro lado, nuestra investigación también se ha caracterizado por evaluar la situación de los cuidadores profesionales que atienden a personas dependientes. Más concretamente, hemos evaluado a un sector sobre el cual se desconocen los estudios respecto a su salud y calidad de vida en nuestra Comunidad como es el caso de los profesionales del sector de la Ayuda a Domicilio.

Los datos son además reveladores puesto que hemos evaluado la situación personal (salud biopsicosocial), laboral, económica y social de estos cuidadores y hemos analizado las principales diferencias y semejanzas respecto a la salud y al cuidado para ambos grupos. En este sentido, hemos determinado también el perfil del cuidador formal e informal en nuestra Comunidad, dato que será relevante de cara a conocer en mayor profundidad quiénes son los cuidadores que atienden a las personas en situación de dependencia y cómo son mayoritariamente estas personas en Castilla y León. Así, hemos encontrado cómo pese a que un 66% de los cuidadores profesionales considera su trabajo como fuente de estrés, un 94,2% no experimenta situaciones de estrés crónico o sobrecarga relacionadas con el cuidado al dependiente. Es más, la mayor parte de estos profesionales (91,9%) se caracteriza por experimentar satisfacción laboral y satisfacción personal por atender a una persona en situación de dependencia. También estos profesionales se caracterizan por experimentar una elevada calidad de vida personal, laboral, familiar y social. Y todo ello es importante de cara a la mejora de la calidad de los servicios ofrecidos al dependiente.

Por lo que se refiere a los cuidadores familiares, nuestros resultados coinciden con el perfil del cuidador existente en nuestro país y publicados en el Libro Blanco de la Dependencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005) y aportan nuevos datos respecto a la situación personal (salud física y psicológica) de estos cuidadores. No contamos con estudios en nuestra Comunidad que hayan analizado la salud del cuidado. En este sentido, nuestros resultados son reveladores puesto que un 34,5% de los cuidadores experimentan situaciones de estrés crónico como consecuencia del cuidado y además, presentan peor estado de salud que los cuidadores profesionales. Por otro lado, para un 65% de los cuidadores es importante relacionarse con personas

que estén en su misma situación y un 43,3% de ellos manifiestan necesidades formativas referentes a estrategias de autocuidados.

Estos datos reflejan con mayor precisión la realidad de nuestra Comunidad Autónoma ante la ausencia de estudios que hayan analizado previamente esta situación.

Por tanto, nuestro estudio aporta a nuestro entorno socioeconómico: 1) el hecho de haberse realizado con dos grupos de cuidadores, tanto profesionales de atención directa como familiares; 2) el haber analizado pormenorizadamente la situación personal, la salud biopsicosocial y la situación económica, laboral y social de ambos grupos de cuidadores independientemente; 3) el haber determinado las principales semejanzas y diferencias respecto a la salud biopsicosocial y calidad de vida en función del tipo de cuidador; 4) el haber empleado un enfoque "positivo", en el sentido de haber evaluado no sólo variables asociadas a la carga, sino también relacionadas con su prevención, como es los apoyos o la satisfacción experimentada por el cuidado.

En definitiva, la necesidad de investigar, evaluar e intervenir sobre esta población viene unida a la necesidad incrementar la formación y la calidad de vida de estos colectivos y también de los profesionales que se dedicarán en un futuro a trabajar con estos grupos de cuidadores. Por todo ello, esta investigación también nos ha permitido poner en marcha acciones formativas tanto con profesionales como con los propios familiares de las personas dependientes. Algo que también es relevante desde un punto de vista aplicado.

De todo lo anteriormente expuesto se deduce además la necesidad de continuar con la explotación y aplicación de los resultados científicos y tecnológicos encontrados, aspecto en el que seguimos trabajando en la actualidad.

6 GRADO DE INNOVACIÓN QUE SE HA CONSEGUIDO CON LA INVESTIGACIÓN

El proyecto es innovador y pionero en nuestra comunidad, principalmente por tres motivos: en primer lugar, por llevar a cabo una *evaluación de la salud biopsicosocial y personal* de los cuidadores familiares de personas en situación de

dependencia caracterizados por atender a familiares con diferentes tipos de dependencia (personas mayores dependientes, enfermedad mental, discapacidad física) de diferentes provincias, dado que no existen estudios previos que hayan analizado esta realidad en diferentes comunidades.

En segundo lugar, por centrarnos también en el análisis de la situación personal y biopsicosocial de los cuidadores formales y evaluar sectores profesionales sobre los que no suelen contemplarse habitualmente en los estudios sobre carga y consecuencias de cuidados (p.e. Auxiliares de Ayuda a Domicilio, auxiliares de hogar, cuidadores de centros de día y de centros residenciales).

En tercer lugar, por abordar el estudio de la "carga" desde la óptica de la calidad de vida y analizar las repercusiones de ésta en los ámbitos laboral, económico y social.

Así pues, los resultados de este estudio abren la puerta a futuras investigaciones en las que se pongan en marcha programas de intervención, tanto a nivel individual como organizacional, para mejorar la calidad de vida y de los cuidados en el cuidador (véase Tabla 41).

Tabla 41. Estrategias de Prevención e Intervención para mejorar la salud biopsicosocial

Foco de Atención	Prevención	Tratamiento
Individual	- Mantenga estilos de vida saludable (p.e. haga ejercicio, lleve una alimentación sana). - Organice su tiempo libre y de ocio - Dedique 1 hora diaria a una actividad relajante. - Intente ver los problemas con perspectiva. - Busque el lado positivo del problema (p.e. como oportunidad de aprendizaje) - Céntrese más en los éxitos que en los fracasos). - Cultive el sentido del humor. - Reconozca su derecho a pedir ayuda. - Hable con un profesional cuando se sienta desbordado por el cuidado. - Dedíquese un tiempo a "cuidarse a sí mismo"	- Siga un programa de entrenamiento en relajación - Reciba un programa de entrenamiento en técnicas de solución de problemas. - Aprenda técnicas de reestructuración cognitiva y de detención del pensamiento. - Aprenda la técnica del "ensayo cognitivo" (anticipar mentalmente cómo va a hacer algo). - Reciba un Programa de entrenamiento en asertividad y habilidades sociales - Acuda a terapia psicológica individualizada.
Individual y Organizacional	- Gestione de forma eficaz el tiempo que dedica al cuidado. - Determine objetivos y establezca prioridades. - Plantéese objetivos y metas realistas y alcanzables (a corto y largo plazo). - Vea de modo realista su situación. - Reconozca sus propias limitaciones. - Filtre las demandas: aprenda a decir "NO". - Aprenda a pedir ayuda. - Aprenda a delegar tareas. - Céntrese en lo que está haciendo. - Comparta los problemas con los compañeros u otras personas que estén en su misma situación. - Busque el equilibrio entre la vida laboral y la personal.	- Reciba un entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación. - Participe en grupos de auto ayuda. - Participe en un programa de entrenamiento para dar y recibir apoyo social. - Aprenda técnicas de autocontrol emocional. - Entréñese en estrategias de trabajo en equipo y de gestión eficaz del tiempo. - Reciba un entrenamiento en solución de problemas grupales.

7 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El presente estudio nos ha permitido conocer con más detalle la situación de los cuidadores formales e informales que atienden a personas en situación de dependencia de nuestra Comunidad. Los principales resultados obtenidos de los 600 participantes, pueden resumirse como sigue:

- **Cuidadores Formales:**

- Un 91,9% de los cuidadores profesionales experimentan bastante o mucha satisfacción por el trabajo. Un 77% manifiestan que volverían a elegir esta profesión. Pese a esto, casi un 84% se manifiesta insatisfecho con la remuneración y un ha solicitado baja o ha ido al médico por temas de depresión o ansiedad y un 79% considera que su trabajo no está socialmente reconocido.
- Un 84% de los cuidadores profesionales considera que ayudar a la persona dependiente le ha hecho sentirse más cercano a él/ella. Un 73% afirma disfrutar estando con la persona dependiente. Para un 71% de los profesionales, los momentos placenteros de la persona atendida, también le producen placer. Así mismo, para un 70% de los profesionales cuidar del dependiente da sentido a su vida y para un 68% el poder dedicarse a esta profesión le ha ayudado a mejorar su autoestima.
- Casi un 67% de los cuidadores informales perciben su trabajo como estresante. El exceso de tareas, de responsabilidad y los problemas de conducta de los usuarios son los principales estresores.
- Un 39% ha acudido al médico en el último trimestre por problemas de ansiedad, estrés o depresión y un 16% actualmente toma algún tipo de fármacos por estas patologías.
- Un 94% de los cuidadores formales no experimenta sobrecarga derivada del cuidado y atención a la persona en situación de dependencia.
- La calidad de vida en general, la calidad de vida laboral, familiar y social de los cuidadores profesionales, experimentan incrementos desde que se dedican al cuidado. En todos los casos las puntuaciones superan los 6 puntos sobre 10.

- Un 24% de los cuidadores formales presenta síntomas somáticos y un 33% problemas de ansiedad-insomnio. El 90% de los cuidadores profesionales no fuma en exceso, el 66% duerme horas suficientes; el 57% práctica actividad física; el 19% práctica algún deporte; el 46% destina tiempo al ocio y el 80% manifiesta alimentarse de manera adecuada.

Cuidadores Informales o familiares:

- Un 30% de los cuidadores familiares han tenido que dejar de trabajar para atender a su familiar y un 7% ha solicitado una reducción de su jornada laboral.
- El 9% de los familiares suelen utilizar los servicios de un Centro de Día para atender a su familiar; un 27% utiliza la ayuda domiciliaria; un 14,3% utiliza la estancia temporal en centros residenciales; y un 7% utiliza la ayuda de algún servicio formal de voluntariado.
- Los recursos informales más utilizados por los cuidadores familiares son la ayuda de otros miembros de la familia (48%); tan sólo un 4% suele utilizar la ayuda de amigos para el cuidado de su familiar; un 7% utiliza la ayuda de vecinos y un 9% la ayuda de otras personas.
- El 63% de los cuidadores familiares han solicitado a los Servicios Sociales la valoración de la dependencia de su familiar. Y a un 39% se le ha concedido la ayuda económica para el cuidado del dependiente. Un 22% se encuentra actualmente en lista de espera respecto a algún servicio formal (p.e. ayuda a domicilio, residencia).
- Un 49% de los cuidadores informales manifiestan que otras personas no reconocen su labor casi nunca.
- Un 90% de los cuidadores familiares afirma haber tenido una relación de gran intimidad y afecto antes de que éste precisara de sus cuidados. Para un 30% de los cuidadores la relación con el dependiente ha mejorado tras la enfermedad.
- Un 73% de los cuidadores informales considera que ayudar a la persona dependiente le ha hecho sentirse más cercano a él/ella. Un 68% afirma disfrutar estando con la persona dependiente. Para un 70% de los profesionales, los momentos placenteros de la persona atendida, también le producen placer. Así mismo, para un 53% de los profesionales cuidar del

dependiente da sentido a su vida y para un 51% el poder dedicarse a esta profesión le ha ayudado a mejorar su autoestima.

- El 65% de los cuidadores considera importante conocer a otras personas que estén atravesando su misma situación. Para un 44% es importante recibir formación sobre estrategias de autocuidados.
- Un 35% de los cuidadores formales experimenta sobrecarga leve o intensa como consecuencia de atender al dependiente.
- La calidad de vida en general, la calidad de vida laboral, familiar y social de los cuidadores familiares empeora tras el cuidado de la persona dependiente. En este caso los aspectos en los que el cuidado repercute más negativamente tienen que ver con la calidad de vida laboral y con la calidad de vida social.
- Un 33% de los cuidadores informales presenta síntomas somáticos y el 64% problemas de ansiedad-insomnio. El 92% de los cuidadores informales no fuma en exceso, el 57% no duerme las horas suficientes; el 50% no practica actividad física; el 74% no practica ningún deporte; el 61% no suele destinar tiempo para el ocio y el 42% manifiesta no alimentarse de manera adecuada.
- Por lo general los cuidadores informales presentan mayor sobrecarga derivada del cuidado y experimentan una peor salud biopsicosocial.

En definitiva, este estudio constata la situación personal, laboral, económica y social de los cuidadores familiares y profesionales de nuestra Comunidad, si bien, la ausencia de participación de algunas provincias y del representatividad respecto a los grupos de otros, no nos permiten generalizar los resultados a toda Castilla y León. No obstante, se trata de la primera aproximación al estudio de la realidad de los cuidadores que atienden a personas en situación de dependencia y será necesario seguir investigando y aumentando la muestra en futuros estudios.

Los resultados que hemos obtenido también avalan la necesidad de poner en marcha actuaciones destinadas a mejorar la calidad de vida laboral y la salud biopsicosocial en los cuidadores. Ello supone acometer intervenciones desde el punto de vista individual y organizacional. De la eficacia de dichas intervenciones daremos cuenta en posteriores estudios.

8 PUBLICACIONES RELACIONADAS CON EL PROYECTO

Durante las dos anualidades que ha durado el proyecto se han llevado a cabo las siguientes actividades de difusión:

- **Comunicaciones Orales y Posters presentados en Congresos Nacionales e Internacionales: 4 COMUNICACIONES Y 3 POSTER.**

- *VII Congreso Internacional de la Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés (SEAS)* celebrado en Benidorm del 18 al 20 de septiembre de 2008:

- TÍTULO COMUNICACIÓN: "Estrés en cuidadores de personas en situación de dependencia: causas y consecuencias derivadas del cuidado" (Flores, N., Jenaro, C. y Caballo, C.).

- *VII Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad*, celebradas en Salamanca del 18 al 20 de marzo de 2009:

- TÍTULO COMUNICACIÓN 1: "Salud biopsicosocial de cuidadores informales de personas en situación de dependencia: causas y consecuencias derivadas de la tarea de cuidados" (Jenaro, C., Flores, N., Caballo, C., Gómez-Vela, M., Arias, A. y Poy, R.)
- TÍTULO COMUNICACIÓN 2: "Estrés en cuidadores formales de personas dependientes: repercusiones laborales, personales, económicas y sociales" (Flores, N., Jenaro, C., Caballo, C., Poy, R. y González-Gil, F.).
- TÍTULO POSTER: "Necesidades formativas de cuidadores informales de personas en situación de dependencia" (Flores, N., Jenaro, C., Poy, R., Moraleda, A., Moreno-Rosset, C. y Gutiérrez-Bermejo, B.)

- *XI th European Congress of Psychology*, celebrado en Oslo (Noruega) del 7 al 10 de junio de 2010
 - TÍTULO COMUNICACIÓN: "Subjective Burden and coping strategies of primary caregivers of old-age dependent people" (Flores, N., Jenaro, C., Gutiérrez-Bermejo, B. y Moreno-Rosset, C.)
 - TÍTULO DE POSTER: "Professional Caregivers of dependent aging people: impact of care on Quality of Life and Quality of Working Life" (Jenaro, C., Flores, N., Poy, R. y Gutiérrez-Bermejo, B.).
- *AUCD Annual Meeting and Conference*, celebrado en Washington, D.C. del 8 al 11 de noviembre de 2010
 - TÍTULO DE POSTER: "Caregiver's Quality of Life: A Spanish Study" (Jenaro, C., Flores, N., González-Gil, F. y Vázquez, A.)

Celebración de Cursos de Formación de Formadores: 1 CURSO EXTRAORDINARIO Y 1 CURSO DE FORMACIÓN CONTINUA

- TÍTULO: "Apoyo al cuidador de personas en situación de dependencia: evaluación e intervención" (Curso Extraordinario de la Universidad de Salamanca. Concedidos 2 créditos de libre elección). Impartido en la Facultad de Psicología por miembros del equipo de investigación del 4 al 7 de mayo de 2009. Nº de Participantes: 14 alumnos.
- TÍTULO: "Apoyo al cuidador de personas en situación de dependencia: evaluación e intervención" (Curso de Formación Continua de la Universidad de Salamanca). Impartido en la Facultad de Psicología por miembros del

equipo de investigación del 4 al 7 de mayo de 2009. Nº de Participantes: 5 profesionales.

Elaboración de publicaciones:

Hemos enviado los siguientes artículos a revistas y estamos a la espera de conocer la decisión de la revista:

- Revista Archives of Gerontology and Geriatrics:

“La experiencia de cuidar en cuidadores formales e informales de personas mayores: variables mediadoras de la carga”

- Revista Internacional Journal of Clinical and Health Psychology:

“Correlatos emocionales de cuidadores de personas en situación de dependencia: Análisis preliminares”

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bazo, M.T. (1998). El cuidado familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas: el caso de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 33, 49-56.
- Brummett, B.H., Babyak, M.A., Siegler, I.C., Vitaliano, P., Ballard, E.L., Gwyther, L.P., y Williams, R.B. (2006). Associations among perceptions of social support, negative affect, and quality of sleep in caregivers and noncaregivers. *Health Psychology*, 25, 220-225.
- Carter, P.A. (2002). Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms. *Oncology Nursing Forum*, 29, 1277-1283.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Crespo, M. y López, J. (2003). COPE Abreviado. En M. Crespo y F.J. Labrador (Ed.), *Estrés* (pp. 98-99). Madrid: Síntesis.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid: IMSERSO.
- Farran, C.J. (1997). Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elderly persons with dementia: stress/adaptation and existentialism. *Gerontologist*, 31, 483-489.
- Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Grandón, P. y Jenaro, C. (2002). El concepto de carga en familias de personas con trastornos mentales graves. *Psiquiatría y Salud Mental*, XIX, 75-81.
- Grandón, P., Jenaro, C. y Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158, 335-343.
- Grant, J. S., Weaver, M., Elliot, T.R., Bartolucci, A.A. y Newman-Giger, J. (2004). Family caregivers of stroke survivors: characteristics of caregivers at risk for depression. *Rehabilitation Psychology*, 49, 172-179.
- Hartke, R.J., King, R.B., Heinemann, A.W. y Semik, P. (2006). Accidents in older caregivers of persons surviving stroke and their relation to caregiver stress. *Rehabilitation Psychology*, 51, 150-156.
- IMSERSO (2004). *Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2003*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Jenaro, C., Flores, N. y Arias, B. (2007). Burnout and Coping in Human Service Practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 80-87.
- Jenaro, C., Flores, N., Caballo, C., Gozález-Gil, F. y Gómez-Vela, M. (2006). Prevención de riesgos psicosociales y mejora de la calidad de vida laboral mediante intervenciones para fomentar el engagement en el sector sanitario del distrito universitario de Salamanca. Informe Final de Investigación: Junta de Castilla y León.

- Kramer, B. (1997). Gain the caregiving experience: Where we are? What next?. *Gerontologist*, 37, 218-232.
- Lawton, M.P., Kleban, M.H., Moos, M., Rovine, M. y Glicksman, M. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontologist: Psychological Sciences*, 29,8-16.
- Lobo, A., Pérez, M.J. y Artal, J. (1989). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ 28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16 (1), 135-140.
- Perrin, P.B., Heesacker, M., Stidham, B.S., Rittman, M.R. y González-Rothi, L.J. (2008). Structural Equation Modeling of the relationship between caregiver psychosocial variables and functioning of individuals with stroke. *Rehabilitation Psychology*, 53, 54-62.
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and aging*, 18, 250-267.
- Rivera, J. (2001). *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Schulz, R. y O'Brien, A.T. (1994). Alzheimer's disease caregiving: An overview. *Seminars in Speech and Language*, 15, 185-193.
- Skaff, M.M. y Pearlin, L.I. (1992). Caregiving: role engulfment and the loss of self. *Gerontologist*, 32, 656-664.
- Szmukler, G. (1996). From family "burden" to caregiving. *Psychiatric Bulletin*, 20, 449-451.
- Zarit, S.H., Reever, K.E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 20, 646-655.

10 ANEXO I. ENCUESTA A CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES (APARTADO A: INFORMACIÓN GENERAL)



Investigación Financiada por la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León (SA008A08), en colaboración con el INICO (Universidad de Salamanca)

En estas páginas aparecen varios apartados a través de los cuales pretendemos evaluar las opiniones y sentimientos que puede experimentar los cuidadores de una persona en situación de dependencia como resultado de la experiencia de cuidar. Los datos obtenidos nos permitirán conocer la situación y necesidades de los cuidadores/as principales, así como proponer estrategias formativas y preventivas que mejoren su salud.

Recuerde: El cuestionario y la información contenida son totalmente confidenciales y en todo momento se respetará este criterio.

Por favor, trate de responder a todas las preguntas y entregue el cuestionario tan pronto como le sea posible.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

APARTADO A. INFORMACIÓN GENERAL

Complete los datos señalando con una X las casillas que procedan

1. Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
2. Edad:.....años
3. Estado Civil (señale lo que proceda):
☐ Soltero/a ☐ Casado/a o convive con pareja
☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a separado/a
4. Cargas familiares (p.e. hijos u otros familiares viviendo y dependiendo de usted?): ☐ Sí ☐ No
5. Situación Laboral (señale lo que proceda):
☐ En activo
☐ En paro
☐ Jubilada/o
☐ Otras
6. ¿Ha tenido que dejar de trabajar para atender a su familiar?
☐ Sí ☐ No ☐ He solicitado reducción de jornada laboral
9. ¿Cuánto tiempo lleva como cuidador/a de una persona dependiente?
☐ Menos 1 año ☐ 1- 2 años
☐ 3 años - 5 años ☐ 6 años- 8 años
☐ 9 años – 11 años ☐ Más de 11 años
10. Indique el grado de parentesco que tiene con la persona dependiente:
☐ Esposo/a o compañero/a
☐ Hijo/a
☐ Yerno/nuera
☐ Sobrino/a
☐ Hermano/a
☐ Otro: ¿cuál?

Nota: Reproducimos tan sólo algunos ítems del cuestionario