



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/280.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Análisis de una muestra de cuidadores pertenecientes a un área de salud**

*Autores* **Cristina Belmonte Morales, Marta Aparicio López, Marina Romero Rodríguez**

*Centro/institución* **Servicio Andaluz de Salud (SAS).**

*Ciudad/país* **Almería, España**

*Dirección e-mail* **crbelm@gmail.com**

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

El envejecimiento constituye uno de los mayores retos actuales de las políticas de salud al llevar aparejado de manera habitual una considerable pérdida de la capacidad, entendida ésta tanto en su forma integral como en su expresión más visible que es la enfermedad, lo que obligaría a estar cada vez más atentos a una planificación en salud que respondiera a ambos aspectos: el de la atención y el de la asistencia.

Esta perspectiva, demográfica y sanitaria, es donde mejor puede contemplarse este doble grupo de enfermedades que en su conjunto conocemos como demencias, que interfieren bruscamente en los proyectos de vida libre de enfermedad de cada una de las personas que las padecen, rebajando el nivel de salud de la población de modo considerable.

Estos años de vida ajustados por discapacidad, relativos a las demencias, tienen dos tendencias ciertamente abrumadoras: la primera, que se sitúan mayoritariamente repartidos entre las personas de más de 60 años y, la segunda, que en ese reparto la mayor parte se lo llevan las mujeres que, en conjunto, son quienes soportan el mayor peso de la enfermedad y durante mayor número de años.

Es importante identificar en este contexto cual es el cuidador principal de la familia ya que sobre él suele recaer todo el peso que comporta esta atención. El cuidador principal tiene unos vínculos afectivos con el enfermo, reside en la misma vivienda, y suele dar toda la atención que el enfermo necesita.

Numerosos trabajos demuestran las repercusiones negativas que la prestación de cuidados puede tener en la salud. Aunque en todos estos trabajos las consecuencias más importantes se refieren al malestar psíquico y, especialmente, a la mayor frecuencia de ansiedad y depresión<sup>2</sup>. Se han descrito repercusiones importantes en la salud física<sup>3</sup>, un gran aumento del aislamiento social<sup>4</sup> y un empeoramiento de la situación económica<sup>5</sup>. Además, parece que los cuidadores no frecuentan de manera especial nuestras consultas y que la mayor parte de su enfermedad no es diagnosticada<sup>6</sup>.

### *Características de los cuidadores principales*

En relación al sexo, la mayoría, un 80% son mujeres, esposas o hijas. Los hombres, con un 20%, tendencia creciente, son básicamente cónyuges<sup>1</sup> (Tabla I: Características del cuidador/a principal). La gran mayoría desea cuidar del enfermo en el propio domicilio, a pesar del coste personal que supone esta decisión. La decisión de ingresar al enfermo en una institución geriátrica suele producirse, de forma general, en el momento en el que el deterioro del enfermo le lleva a no conocer a los miembros de la familia y las necesidades de atención de enfermería pasan a primer plano<sup>1</sup>.

CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR/A PRINCIPAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Relación con el enfermo: el 87% son familiares.</li> <li>➤ Sexo: 80% mujeres, 20% hombres.</li> <li>➤ Coste: el 70% tienen dificultades para llevar una vida normal.</li> <li>➤ Ingreso en residencias: 79% no, 12% sí.</li> <li>➤ Ayudas externas: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Clase alta y media-alta: tendencia a buscar recursos.</li> <li>○ Clase media-baja y baja: tendencia a asumirlo totalmente.</li> </ul> </li> </ul>

Tabla I

### *Concepto de sobrecarga*

En lo referente al término “Sobrecarga” podríamos definir dicho término como un “estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen del cuidado del enfermo<sup>7</sup>”. Esta sobrecarga experimentada por el cuidador principal puede dividirse en dos vertientes: La primera sería la sobrecarga objetiva del cuidador, que se debería inexorablemente al desempeño de las tareas de cuidado, como por ejemplo, asear al enfermo todos los días, darle de comer, controlar que no coja utensilios con los que pueda autolesionarse, etc. La segunda sería la sobrecarga subjetiva del cuidador, y ésta se referiría al plano de los sentimientos y emociones que le provocan dicha labor de cuidador<sup>8</sup>.

El hecho de tener que cuidar y estar pendiente del enfermo de Alzheimer o demente las 24 horas del día acarrea una serie de problemas, tanto físicos como psíquicos para la

persona que cuida. Esta situación se ve más agravada aún en determinadas circunstancias.

Entre los factores de riesgo más relevantes destacaríamos la soledad (Tabla II: Factores de riesgo para padecer Sobrecarga), en la que el cuidador está desprotegido frente a las intensas demandas del enfermo, con un vínculo emocional importante que le impide, generalmente, plantearse los cuidados de otra forma. Ésta sería sobre todo la situación de las hijas solteras que atienden a su madre o la de los esposos que no han tenido hijos y atienden a su cónyuge. Por otra parte, la hija con responsabilidades familiares e hijos menores vive una situación particularmente angustiosa al atender también a los padres enfermos, con intensos sentimientos de culpa cuando utiliza algún recurso externo.

FACTORES DE RIESGO PARA PADECER SOBRECARGA
<ul style="list-style-type: none"><li>○ - La Soledad:<ul style="list-style-type: none"><li>- Hija soltera que atiende a su madre.</li><li>- Marido/esposa, sin hijos, que atiende a su cónyuge.</li></ul></li><li>○ La atención plurigeneracional:<ul style="list-style-type: none"><li>- Hija con hijos pequeños que atiende a uno de sus padres.</li></ul></li><li>○ Las dificultades económicas:<ul style="list-style-type: none"><li>- No disponer de medios para contratar un servicio de ayuda.</li></ul></li></ul>








Tabla II

En el caso de los esposos, la propia edad del familiar cuidador supone también un riesgo importante. Los cuidadores más mayores de pacientes con Alzheimer son los que manifiestan mayor necesidad de apoyo formal e informal<sup>9</sup>.

### Metodología

Por todo lo expuesto hemos decidido estudiar el perfil de los cuidadores principales de un Centro de Salud de la Provincia de Almería, a través de un estudio descriptivo, para ello profundizamos en las variables: sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, número de hijos, situación laboral, parentesco con la persona a la que cuida.

La población a estudiar estaba compuesta por mujeres cuidadoras principales de enfermos dependientes, en su mayoría con demencia. Para seleccionar la muestra se recurrió a la ayuda de otros profesionales, en este caso trabajadora social.

Se contó con una muestra total de n=15 sujetos, el 100% de la muestra son mujeres. Con una media de edad de 55.17, años con una edad mínima de 35 años y edad máxima de 80 años. La Desviación Típica de la muestra es de 13,822.

#### *Clasificación de las Variables:*

- Sexo: variable dicotómica, hombre (H) o mujer (M).

- Edad: variable cuantitativa continua que se mide en años, con valor máximo 80 y valor mínimo 35.
- Estado civil: variable cualitativa nominal, puede ser valor 1= soltera; 2= casada; 3= viuda; 4= otros.
- Número de hijos: variable cuantitativa discreta.
- Ocupación: variable cualitativa nominal. 1= en activo, 2= en paro, 3= jubilación.
- Nivel de estudios: variable cualitativa nominal, puede tener el valor 1= Estudios Primarios; 2= FP o Bachiller; 3= Estudios Universitarios.
- Parentesco con la persona a la que cuida: variable cualitativa nominal, 1= esposa; 2= madre; 3= padre; 4= suegro; 5= suegra; 6= otros.

#### *Criterios de selección y exclusión de la muestra*

Fueron incluidas en la muestra las mujeres cuidadoras principales de enfermos dependientes pertenecientes a Centro de Salud Nicolás Salmerón las cuales expresaron su consentimiento para formar parte del estudio.

Los criterios de exclusión fueron la negativa a participar en el estudio o la no disponibilidad de las participantes.

#### *Procedimiento de la investigación*

En primer lugar se captó el Perfil sociodemográfico de las participantes a través de los cuestionarios elaborados para ello, se les entregaba tras su beneplácito y tras haber firmado el consentimiento informado.

### **Resultados/Discusión**

Atendiendo a los resultados obtenidos se puede definir el Perfil Sociodemográfico de las participantes.

El 100% de la muestra son mujeres. Como podemos ver en la Tabla I: Edad y Número de hijos, las participantes tienen una media de Edad de 55,17 años, con una DT=13,822. Estos datos son coincidentes con otros estudios realizados en los que se destaca que las cuidadoras son en su mayoría mujeres y con una media de edad coincidente con la que hemos obtenido en nuestro estudio.

EDAD Y NÚMERO DE HIJOS					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica.
Edad	12	35	80	55,17	13,822
Número de hijos	12	0	5	2,08	1,564
N válido (según lista)	12				

Tabla I. Edad y nº de hijos

El Número de Hijos es de una media de 2,08, con un máximo de 5 y un mínimo de 0. Respecto al Tiempo como cuidadora, encontramos que la media de años de cuidados al enfermo son de 5,92 años, con un máximo de 12 años y un mínimo de 2. Atendiendo al Estado Civil, el 66,7% de la muestra están casadas, el resto o son solteras o viudas, reflejado en Tabla II: Estado Civil.

ESTADO CIVIL				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltera/o	2	16,7	16,7	16,7
Casado/a	8	66,7	66,7	83,3
Viuda/o	2	16,7	16,7	100,0
Total	12	100,0	100,0	

Tabla II. Estado Civil

En cuanto al Nivel de Estudios (Tabla III: Nivel de Estudios) de las mujeres de esta muestra encontramos que el 50% de la muestra tiene FP o Bachillerato, esto destaca sobre otros estudios en los que la mayoría de las cuidadoras o no tienen estudios o solo tienen estudios primarios.

NIVEL DE ESTUDIOS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estudios primarios	4	33,3	33,3	33,3
FP o Bachillerato	6	50,0	50,0	83,3
Estudios universitarios	2	16,7	16,7	100,0
Total	12	100,0	100,0	

Tabla III. Nivel de estudios

Atendiendo a la ocupación, en este caso el 53,8% de las mujeres trabajan el resto está en paro 16,7%, o están jubiladas 25% (Tabla IV: Ocupación).

OCUPACIÓN				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En activo	7	58,3	58,3	58,3
En paro	2	16,7	16,7	75,0
Jubilado/a	3	25,0	25,0	100,0
Total	12	100,0	100,0	

Tabla IV: Ocupación

Parentesco con la persona a la que cuidan, todas las participantes cuidan a un familiar, si bien el 33,3% cuidan de su esposo, el 33,3% de su madre, el 16,7% de su padre, y el resto de su suegro/a, todo ello reflejado en Tabla V: Parentesco con la persona a la que cuida. Estos datos coinciden con estudios que demuestran que el cuidador principal tiene unos vínculos afectivos y familiares con el enfermo, y suele dar toda la atención que el enfermo necesita<sup>1</sup>.

PARENTESCO CON LA PERSONA A LA QUE CUIDA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Esposo	4	33,3	33,3	33,3

Padre	2	16,7	16,7	50,0
Madre	4	33,3	33,3	83,3
Suegro	1	8,3	8,3	91,7
Suegra	1	8,3	8,3	100,0
Total	12	100,0	100,0	

Tabla V: Parentesco con la persona a la que cuida.

## Conclusiones

Como conclusiones podemos decir que el perfil de nuestras cuidadoras es mujer de unos 55 años aproximadamente, casadas en su mayoría, con una media de dos hijos, que trabaja fuera de casa, además de atender a su familiar dependiente.

Nuestros resultados coinciden con otros estudios basados en el perfil de cuidadores principales. Con estos datos podemos tener una visión de cuáles de nuestros pacientes pueden ser más propensos a padecer sobrecarga y como nosotros podemos ayudarles en la difícil de tarea de cuidar.

## Bibliografía

1. Conde Sala JL. Demencias y familiares cuidadores. Deterioro, sobrecarga y apoyo social. En: Alberca R, López-Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006.p.109-121.
2. Santiago Navarro P, López Mederos O, Lorenzo Riera A. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. Aten Primaria 1999;24:404-10.
3. Roca Roger M, Úbeda Bonet I, Fuentelsaz Gallego C, López Pisa R, Pont Ribas A, García Viñets L, et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. Aten Primaria 2000;26:217-23.
4. Mateo Rodríguez I, Millán Carrasco A, García Calvente MM, Gutiérrez Cuadra P, Gonzalo Jiménez E, López Fernández LA. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. Aten Primaria 2000;26:139-44
5. Turró Garriga O. Repercusiones de la enfermedad de Alzheimer en el cuidador. 2007; 35: 30-37.
6. Van Nostrand JF, Clark RF, Romoren TI. Los servicios de asistencia en las residencias para ancianos de cinco países diferentes. Revista de Gerontología 1993 (3); 177-182
7. Tartaglini M F, Clemente A, Stefani D. El efecto de la severidad de la demencia en el sentimiento de sobrecarga, en esposas cuidadoras. Revista Neurológica Argentina 2008; 33: 80-85.
8. Roig MV, Abengózar MC, Serra E. La Sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer, Universidad de Murcia (España). Anales de Psicología 1998. 14 (2); 215-227

9. Brane G. Normal Aging and Dementia Disorders: Coping and Crisis in the family. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 1986; 10:287-295.