



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Castanedo Córdoba, Isabel María; Ruíz Fernández, Milagros; Ceballos Benito, Inmaculada. Protocolo de investigación de enfermería: Perspectiva de género en las características de los cuidados y Sobrecarga en personas cuidadoras principales informales que acuden a Urgencias. Biblioteca Lascasas, 2017; V13. Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/e11411.php>>

Protocolo de investigación de enfermería: Perspectiva de género en las características de los cuidados y Sobrecarga en personas cuidadoras principales informales que acuden a Urgencias

Isabel María Castanedo Córdoba. Autora principal y responsable del documento. Enfermera del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. Dirección para correspondencia olaya_isa@hotmail.com

Milagros Ruíz Fernández. Técnica de Educación para la Salud. Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz.

Inmaculada Ceballos Benito. Técnica de Educación para la Salud. Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz.

1. Resumen

Las personas dependientes precisan una intervención continuada por parte de las personas cuidadoras, principalmente en forma de cuidado informal. Las características en las que se desarrolla ese cuidado hacen que personas cuidadoras sufran un impacto negativo sobre su propia salud. El componente género es un elemento esencial en las diferencias de las características de este tipo de cuidado. El objetivo principal de este trabajo será describir las diferencias de género en la forma de cuidar de las personas cuidadoras principales informales y sus consecuencias en el contexto de las Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Se llevará a cabo un estudio transversal donde la variable dependiente será la sobrecarga de las personas cuidadoras y los datos recogidos a través de una encuesta serán sometidos a un análisis descriptivo y análisis bivariante. La aplicabilidad de este estudio se asienta en las áreas de mejora identificadas en el IV Plan Andaluz de Salud y en la Estrategia de Cuidados de Andalucía donde la atención centrada en la persona, en este caso cuidadora, sus necesidades y entorno aparecen como objetivos principales, así como supondrá las bases a través de la evidencia para mejorar la eficiencia de los cuidados.

2. Antecedentes

Justificación del tema elegido desde el punto de vista del análisis de género

Existe una fuerte relación entre las personas dependientes y el ámbito sanitario pues un problema de salud puede ser un factor desencadenante o acelerador de los procesos de dependencia que requiera atención sanitaria puntual o podría darse la coexistencia de enfermedades crónicas que requieran de asistencia sanitaria¹. Las personas dependientes precisan una intervención continuada que se basa en el apoyo y los cuidados proporcionados por las personas cuidadoras (formales o informales) que sufren un impacto negativo sobre su propia salud física y mental². La realidad de mi labor profesional como enfermera de urgencias me ha conducido a apreciar a lo largo de los años que las mujeres son las que mayoritariamente asumen los cuidados de las personas dependientes que atendemos, que en muchas ocasiones nos demandan incluso medicación para ellas mismas que padecen problemas de salud que relacionan como consecuencia de su papel de cuidadoras. Esto me conduce a sospechar del componente género como determinante de un peor estado de salud de las personas cuidadoras. La investigación enfermera es la herramienta que nos permite obtener información y generar conocimientos para tomar decisiones y resolver problemas en la práctica,

a través de la investigación el conocimiento puede ser depurado al punto de atender las crecientes y cambiantes necesidades de atención en salud de las personas y acompañar con éxito los cambios en los sistemas de salud, haciendo visible el carácter humanista y autónomo de Enfermería³. En la práctica asistencial enfermera se persigue el abordaje de los problemas de salud de estas personas bajo lineamientos propios de la disciplina atendiendo a las necesidades de cuidado⁴. Las intervenciones sanitarias en la población han dejado constancia de su eficacia para prevenir la dependencia contribuyendo significativamente a mejorar la esperanza de vida sin discapacidad, lo que les atribuye un importante papel en el retraso de la aparición de la dependencia. El análisis de género resulta provechoso como herramienta para realizar un análisis descriptivo de una situación así como aplicación práctica en el desarrollo de intervenciones, ayudando a clarificar las diferencias entre mujeres y hombres, la naturaleza de sus relaciones sociales y sus diferentes realidades además de identificar cómo estas condiciones afectan a la situación de salud de hombres y mujeres y a su relación con el sistema de atención a la salud⁵. El tema elegido estaría justificado desde el punto de vista del análisis de género porque se intentará describir las diferencias entre mujeres y hombres, sus diferentes realidades o la naturaleza de sus relaciones sociales y cómo estas condiciones afectan a la situación de ambos con el sistema sanitario en relación al cuidado de personas dependientes que acuden al servicio de urgencias del hospital. Pero además debemos incorporar el enfoque de género en nuestra investigación dado que permitirá aprehender toda la complejidad que la construcción social de género genera en nuestra sociedad⁶ y concretamente en la forma de cuidar.

Marco teórico (presupuestos de partida), teorías y conceptos del enfoque de género relevantes para el trabajo

Históricamente el conocimiento científico ha venido teniendo un marcado carácter androcéntrico. Si bien el cuerpo humano era considerado igual fuese varón o hembra, variaba el grado de perfección, siendo el cuerpo de la mujer menos perfecto lo que situó el cuerpo de varón como norma o referente por antonomasia. Textos como el de Huarte de San Juan “El examen de ingenios” ejemplificaban este modelo que sirvió de referencia y suponía gran utilidad social. Huarte hablaba de un “hombre” que era varón de la especie al que atribuía el mayor grado de perfección de la naturaleza humana.

Desde el S XIV al S XVIII tuvo lugar un debate conocido como “La Querelle des Femmes” de carácter filosófico, político y literario que se desarrolló en Europa hasta la Revolución Francesa, vinculado al mundo de las universidades y al

mundo eclesiástico culto que giró en torno a la mayoritariamente aceptada “inferioridad natural” de las mujeres y la “superioridad natural” de los hombres. La incorporación de las expectativas sociales en las representaciones de la naturaleza condujeron a la idea de la inferioridad del cuerpo de la mujer y la idea del isomorfismo y por ende la ciencia naturalizaba y legitimaba creencias y prácticas culturales dominantes en el proceso que ha sido denominado parte del sistema sexo-género y que aún se da en la actualidad. En el S XVII con el dimorfismo sexual se pretendió resaltar la perfección del cuerpo de la mujer dentro de la idea de la diferencia entre los sexos sin embargo se reprodujeron y naturalizaron los ideales burgueses de masculinidad y feminidad y los roles sociales que se atribuían a los hombres y a las mujeres en las representaciones de esqueletos, reproduciendo y encarnando los valores de género característicos de su época. Este modelo que se había iniciado ensalzando la perfección femenina se desvía así hacia la inferioridad física y social de las mujeres dilatando la diferencia⁷. En ese mismo contexto, cabe señalar a Poullain de la Barre que apuntó hacia la noción de género basándose en la idea de que la desigualdad social entre mujeres y hombres no es consecuencia de la desigualdad natural sino que la propia desigualdad social y política es la que produce teorías que postulan la inferioridad de la naturaleza femenina⁸.

En realidad, el androcentrismo y la tendencia a describir la naturaleza y la patología humanas a partir de las relaciones sociales establecidas entre los sexos sigue siendo una práctica corriente en la investigación que se transmite en las universidades a las y los profesionales de la salud de formas tanto explícitas como subyacentes. Por otro lado en la actualidad existe una tendencia a transformar los procesos psicosociales de género en determinantes de salud entendiendo que los roles de género así como las posiciones subjetivas de feminidad y masculinidad contribuyen en la determinación de la enfermedad. En el concepto actual que concebimos sobre salud-enfermedad influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida de forma que existe una interacción continua a lo largo de toda la vida y que requiere una atención biopsicosocial. Los determinantes sociales por tanto aparecen como los principales moduladores del fenómeno siendo la calidad de vida y la salud el resultado social relacionado con la forma de vivir y las condiciones generales de vida⁹⁻¹⁰.

En este estudio resulta especialmente útil el marco de género debido a que la distribución de los roles de género ante el cuidado no se distribuyen de forma equitativa en la familia sino que existe una diferenciación y división del trabajo, que podríamos relacionar en sus bases con la teoría de la socialización de roles que relaciona al hombre con la esfera exterior o pública mientras que a la mujer se la relaciona con el ámbito o esfera privada o doméstica. Esta diferenciación llevaría a considerar como algo inherente a la mujer el ocuparse de los cuidados ya que pertenecerían a la esfera privada y por tanto se consideraría poco natural en el

hombre por estar fuera de su esfera habitual. Estos roles que las personas asumen se aprenden en el proceso de socialización primaria mediante la internalización de las normas sociales o culturales y en consecuencia optarían por las funciones asociadas a su rol¹¹.

En España estos estereotipos han permanecido en las últimas décadas sin cambios, perpetuándose el estereotipo de la masculinidad hegemónica de un hombre agresivo, duro y líder así como de una mujer donde predomina el estereotipo de sensible a las necesidades de los demás. Los estudios realizados en nuestro país confirman una alta prevalencia de las actitudes sexistas y creencias entre los adolescentes donde las chicas siguen siendo presionadas para participar en las tareas del hogar y en la atención a los demás desde una edad más temprana que los varones^{12, 13}.

Las mujeres y hombres españoles asumen de forma distinta las responsabilidades del cuidado así como las actitudes y las estrategias de afrontamiento que modulan los resultados en su salud, todo ello impulsado por los estereotipos de género y las normas socioculturales. Así las mujeres interiorizan el rol de cuidadoras muy en serio involucrándose en atención de alta intensidad, sintiéndose presionadas socialmente a hacerlo bien sin necesidad de buscar apoyos lo que tiende a incluir la aparición de trastornos de salud crónicos, estrés, ansiedad, depresión, abandono de las necesidades básicas de salud así como desempleo y aislamiento social. Por otro lado los hombres tienden a no identificarse con el rol de cuidador y poseen un enfoque más flexible en la atención solicitando apoyo o delegando la carga de los cuidados a otras personas antes de que su calidad de vida y salud se vean seriamente afectados¹⁴. Derivado del cuidado más de un 30% de las personas que cuidan perciben el impacto negativo sobre su propia salud, afectándose más según las características del trabajo de cuidar y las condiciones en las que se desarrolla cuando se dan determinadas circunstancias como la demanda elevada de cuidados, se convive con la persona cuidada, se asumen múltiples roles de cuidado y la pluralidad de roles se extiende a otros ámbitos (laboral, familiar, social), si el cuidado se desarrolla en solitario sin apoyos y se tratan de situaciones especialmente difíciles por las características de la persona cuidada¹⁵. El estrés crónico debido a la sobrecarga física y psicológica que soportan las personas cuidadoras y que se prolonga en el tiempo ha sido asimilado como el mecanismo por el cual el cuidado produce efectos negativos sobre la salud. Las personas cuidadoras pueden presentar problemas de salud física, como mala percepción de salud, mayor morbilidad crónica, mayor consumo de fármacos y hospitalizaciones con mayor frecuencia asociado al cuidado así como mayor prevalencia de problemas de salud mental como depresión, ansiedad, estrés y peor bienestar subjetivo¹⁶. Además existen desigualdades de

género en el impacto de cuidar sobre la salud, la salud de las mujeres cuidadoras se deteriora más que la de los hombres, el 37% de las mujeres y el 21% de los hombres perciben que su salud se ha deteriorado por cuidar, diferencias que se asocian a la mayor intensidad del cuidado que realizan las mujeres y a su mayor dedicación a tareas que se relacionan con la atención personal¹⁵.

La sobrecarga del cuidador se refiere al conjunto de problemas, físicos, mentales y socioeconómicos que padecen los cuidadores de personas dependientes y que les afectan en sus actividades de ocio, relaciones sociales, intimidad, libertad y equilibrio emocional dando lugar a una situación estresante que puede llegar a repercutir en la salud¹⁷.

En nuestro entorno para definir la sobrecarga que presentan las personas cuidadoras nos remitimos a Zarit¹⁸ que la define como el grado en que las personas cuidadoras perciben que su salud, su vida social y personal y su situación económica cambia por el hecho de cuidar a alguien y se correspondería con la percepción que la persona cuidadora tiene acerca del modo en que cuidar tiene un impacto en diferentes aspectos de su vida. En este impacto de cuidar se distinguen componentes objetivos y subjetivos. La sobrecarga objetiva se refiere a la dedicación al desempeño del rol cuidador es decir, al tiempo de dedicación, la carga física, las actividades objetivas que desempeña la cuidadora y la exposición a situaciones estresantes en relación con los cuidados. La sobrecarga subjetiva sería la forma en que se percibe la situación, la respuesta emocional de la cuidadora ante la experiencia de cuidar, lo que se define como el sentimiento psicológico que se asocia al hecho de cuidar. Zarit diseñó la “Escala de sobrecarga del Cuidador”, que es el instrumento validado y adaptado al castellano más utilizado para valorar la sobrecarga de la persona cuidadora en el contexto de Enfermería.

Las personas cuidadoras con mayores puntajes en sobrecarga presentan mayor somatización, ansiedad, depresión, disfunción social y en general, un mayor deterioro en su estado de salud¹⁹.

En el contexto de Enfermería es de vital importancia el abordaje de los problemas de salud de las personas cuidadoras derivados de esa tarea de cuidados teniendo en cuenta su dimensión cultural en el actuar asistencial. Dorothea Orem²⁰ ya postuló en su teoría la relación entre el grado de dependencia en las actividades básicas con la percepción de carga que manifestaba la persona cuidadora e infirió que en situaciones donde se requiera de cuidado, el bienestar del cuidador se relaciona de forma directa con el estado de salud, el nivel de requisitos para la atención (número de tareas para las cuales requiere de ayuda o supervisión) y el estado cognoscitivo de la persona dependiente (actividades de auto-cuidado, pues éstas le permiten mantenerse con autonomía e independencia).

Madeleine Leininger definió la importancia de una cultura como el conocimiento que se adquiere y trasmite acerca de una cultura con sus valores, creencias, reglas de comportamiento y prácticas en el estilo de vida, que orienta estructuralmente a un grupo determinado en sus pensamientos y actividades. Esta investigadora afirmó que era de vital importancia para el personal de Enfermería comprender y estudiar los fenómenos culturales de los individuos, familias y comunidades para de esta forma poder entender el comportamiento hacia los problemas de salud; teniendo en consideración al brindar cuidados a individuos el patrón cultural, de salud y de cuidado y teniendo presente que cada paciente es un mundo aparte. Por consiguiente, abordar los problemas de salud derivados de la sobrecarga en los cuidados de personas dependientes requiere un enfoque donde los valores, creencias y prácticas culturales no pueden ser fenómenos ajenos en las prácticas de Enfermería²¹.

Antecedentes del tema elegido. Presentación de los principales resultados de la revisión bibliográfica.

Andalucía, según el informe del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), a fecha 31 de Mayo de 2016, es la Comunidad Autónoma que mayor número de solicitudes ha presentado (23,41%) así como que mayor número de personas beneficiarias ha concluido (179263 beneficiarios/as), siendo el perfil de la persona solicitante mujeres en el 65% de los casos. Las prestaciones para las personas beneficiarias son principalmente la prestación económica por cuidados familiares (31,65%), la teleasistencia (29,26%) y la ayuda a ayuda a domicilio (21,52%)²².

Derivado de la situación de dependencia para desarrollar las actividades de la vida diaria aparece la necesidad de ayuda que se puede recibir en cuatro modalidades: que reciba cuidado formal, que reciba cuidado informal, que reciba ambos tipos de cuidados o que no reciba ningún tipo de cuidado. La influencia entre el cuidado formal e informal parece ser mutua, los cuidadores informales juegan un importante papel en la elección y provisión del cuidado formal así como la disponibilidad y el desarrollo de los servicios formales influye en la intensidad y el tipo de cuidado informal^{23, 24}.

El cuidado formal o profesional quedaría establecido en el conjunto de servicios que se encuentran a disposición de las personas en situación de dependencia y en concreto los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal, el servicio de teleasistencia, el servicio de ayuda a domicilio, el servicio de centro de día y noche, así como el servicio de atención residencial²⁵.

La persona cuidadora formal por tanto puede ser la que dispense el cuidado desde una institución formal de manera profesional capacitada por una titulación específica que les permite desarrollar las intervenciones fundamentadas en el

desarrollo de la autonomía funcional de la vida cotidiana, aunque también se considera persona cuidadora formal a aquella que asiste a la persona dependiente manteniendo un acuerdo o relación formalizada y en este caso se denomina cuidado formal no profesional²⁶.

El cuidado informal por otro lado podría definirse como la atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de dependencia, y que es prestado fundamentalmente por sus familiares y allegados, aunque también por otros agentes y redes. Este tipo de cuidado se circunscribe a la red social del proveedor y depende de mecanismos informales principalmente²⁷. Como diferencia entre ambas formas de cuidado encontramos el hecho de que el cuidado informal se realiza de forma básicamente no remunerada mientras el cuidado formal es considerado una actividad profesional retribuida económicamente.

En las ocho provincias de Andalucía las personas en situación de dependencia que reciben cuidados personales por parte de cuidadores formales representa al 25.19% del total frente 74.81% de personas en situación de dependencia que son atendidos por cuidadores informales, lo que evidencia el peso del sistema de cuidados informales respecto al cuidado formal. El 75% del total de personas en situación de dependencia reciben cuidados personales en su hogar de los cuales el 56.21% de las personas en situación de dependencia reciben el cuidado de personas que comparten su misma residencia y el 48,71% de las personas en situación de dependencia reciben cuidados personales por las mujeres de la familia. Un 76,3% de personas cuidadoras principales son mujeres y diversos estudios constatan que el rol de cuidadora supone mayor riesgo de padecer problemas de salud como sobrecarga, estrés, exclusión social, problemas físicos o mentales así como limitaciones para desempeñar un trabajo remunerado²⁸.

El perfil de la persona cuidadora en Andalucía es de una mujer de entre 45-64 años, que reside en el hogar de la persona que cuida, de nivel socioeconómico bajo y sin trabajo remunerado²⁹⁻³³.

En España, además, en la satisfacción de las necesidades de las personas dependientes está el predominante papel de la familia como principal fuente de ayuda³⁴.

La permanencia en este rol social es posible en un Estado de Bienestar Familista o Latino-Mediterráneo³⁵ que ha asignado a la mujer la función social de proveedora de cuidados en el ámbito privado y ha fomentado el carácter subsidiario del sector público³⁶.

Los cuidados a una persona dependiente suelen suponer un exceso de trabajo por las eternas jornadas que requieren la atención constante lo que genera cambios importantes en la vida de los cuidadores tanto a nivel personal, familiar, laboral y social pudiendo dar lugar a la aparición de problemas de salud derivados de una sobrecarga física y emocional que en ocasiones puede desembocar en el abandono del cuidador^{37,38}. Con respecto a esta sobrecarga encontramos estudios que no encontraron diferencias con respecto al género en general, si bien solo apareció como problema de salud más prevalente en mujeres la ansiedad³⁹ aunque por otro lado la mayoría de estudios consultados coinciden en la asociación significativa entre personas dependientes y sobrecarga del cuidador^{40,41}.

Especificación del contexto en el que se realizará el trabajo y justificación de su finalidad

La finalidad de esta investigación es dilucidar desde una perspectiva de género si existe una relación entre el sexo de la persona cuidadora principal informal y el tipo de cuidados prestados a personas dependientes así como intentar determinar si existe diferencia en la sobrecarga de la persona cuidadora principal relacionada con el género.

Las conclusiones prácticas que de ella podrían emerger beneficiarían a la ciudadanía ya que detectar aquellas características inherentes al género que podrían estar causando sobrecarga a la persona cuidadora principal nos daría una base para diseñar intervenciones que nos ayuden a prevenir o limitar el deterioro de la calidad de vida.

3. Objetivos

Objetivo General

Describir las diferencias de género en la forma de cuidar de las personas cuidadoras principales informales y sus consecuencias en el contexto de las Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

Objetivos específicos

Describir el perfil de las personas cuidadoras principales informales que acuden a urgencias acompañando a una persona dependiente.

Determinar la sobrecarga de esas personas cuidadoras.

Determinar si existe asociación entre la sobrecarga de la persona cuidadora principal informal de usuarios/as dependientes y los principales determinantes de salud.

4. Metodología

Diseño del estudio

Estudio transversal con datos primarios recogidos a través de encuesta.

Ámbito de estudio

La investigación se realizará en la Unidad de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria en Málaga. Esta unidad cuenta con 3 consultas de RAC, 1 box de críticos, un área de policlínica. Un área de observación de sentados con 10 sillones. Cuatro áreas de observación, 3 consultas de traumatología de urgencias, con una sala para curas y un quirófano para intervenciones menores.

Sujetos de estudio

La población o universo estará formada por personas cuidadoras principales informales de personas dependientes, la población accesible estará formada por las personas cuidadoras principales informales de personas dependientes que acuden a urgencias del hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria acompañando a la persona dependiente. La muestra será seleccionada de manera intencional según los criterios de inclusión hasta un tamaño mínimo de 60 personas aproximadamente (manuales clásicos de estadística señalan que el tamaño mínimo de muestra considerable para realizar un análisis estadístico fiables es de 30 sujetos).

Los criterios de inclusión serán:

- ser mayor de edad
- ser cuidadora o cuidador principal informal de la persona dependiente desde hace más de un año

Recogida de datos

Se llevarán a cabo entrevistas personales en la sala de formación de urgencias que tendrán una duración aproximada de 30 minutos. En primer lugar se informará a cada participante del contexto y propósito de nuestra investigación, le

serán respondidas las dudas que puedan generarse y le será solicitada la firma del consentimiento informado. Posteriormente se procederá a la entrevista que será realizada por personal del servicio de urgencias entrenado para tal fin.

La información suministrada por la persona cuidadora principal será registrada en un cuestionario ad hoc que constará de diversos tipos de variables (Tabla 1) sociodemográficas, cuestionario diagnóstico de sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit) y nivel de dependencia de la persona que recibe los cuidados (Escala de Barthel). (Anexo 1).

Tabla 1. Variables

DIMENSIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta la actualidad	Número de edad en años actualmente	Cuantitativa Variable Independiente
Sexo	Construcción simbólica que alude al sexo biológico	Mujer Hombre	Cualitativa Variable Independiente
Estado civil	Situación civil de la persona cuidadora en el momento de realizar la encuesta	Soltera/o Pareja de hecho Casada/o Separada/o Divorciada/o Viuda/o	Cualitativa Variable Independiente
Formación Académica	Graduación máxima	Sin estudios Estudios	Cualitativa variable independiente

	obtenida en enseñanza reglada	primarios Formación Profesional Bachiller Universitarios	
Nivel Socioeconómico	Posición o status que obtiene una persona en la sociedad a través de los recursos económicos	Bajo Medio-alto Medio-Bajo Alto	Cualitativa variable independiente
Situación Laboral	Actividad laboral predominante en la actualidad	Inactiva Desempleada/ o Trabaja Jubilado/a	Cualitativa variable independiente
Escala de Zarit	Escala que mide la carga subjetiva cuidadoras/es	22-47=No hay 48-55=Leve 56-110=Intensa	Cuantitativa variable dependiente
Tiempo de tareas domésticas	Tiempo dedicado a las tareas del hogar	Número de horas diarias	Cuantitativa variable independiente
Tiempo de trabajo remunerado	Tiempo dedicado a trabajo remunerado fuera del hogar	Número de horas diarias	Cuantitativa variable independiente

Horas de cuidado	Tiempo diario dedicado al cuidado	Número de horas diarias	Cuantitativa variable independiente
Prestaciones solicitadas	Prestaciones recogidas en el catálogo del SAAD	Económicas Serv. Teleasistencia Serv. Ayuda a domicilio Servicio de centro de día y noche Servicio de atención residencial	Cualitativa variable independiente
Escala de Barthel	Escala de valoración funcional	0-20 Dependencia total 21- 60 Dependencia severa 61-90 Dependencia moderada 91-99 Dependencia Leve 100 Independencia	Cualitativa variable independiente

Análisis de los datos

En un primer momento se realizará un análisis descriptivo de todas las variables independientes con el fin de conocer las características de las personas cuidadoras principales y del cuidado que prestan. Para las variables cualitativas se

utilizará el número de casos y porcentajes, para las variables cuantitativas se utilizará la media y la desviación típica.

En un segundo momento se llevará a cabo un análisis bivariante para conocer la asociación entre nuestra variante dependiente, la sobrecarga de la persona cuidadora principal y cada una de las variables independientes. El análisis se realizará mediante el Test de Chi- cuadrado (χ^2) y regresión logística bivariante. La magnitud de la asociación se estimará mediante la Odds ratio (OR) ajustando por edad. Todos los análisis serán estratificados por sexo.

5. Potencial aplicabilidad y utilidad

El gobierno de Andalucía a través del IV Plan Andaluz de Salud⁴² adquiere un compromiso de mejora de la salud de la población andaluza trabajando sobre los determinantes y las condiciones de vida que más les afecta a través de la implicación de todas sus políticas. Dicho compromiso se traduce en seis metas de las cuales debemos destacar alguna de ellas en este trabajo por su pertinencia. El Compromiso N°1 se corresponde con aumentar la esperanza de vida en buena salud. Este compromiso se refiere a la necesidad de ganar años de vida en buena salud y manifiesta la importancia de las intervenciones sobre los determinantes de la salud que se evidencian como las causas de enfermedades crónicas que originan la mayor parte de la carga de la enfermedad. Resalta la importancia de la profundización en la perspectiva de los cuidados de larga duración y de atención a la dependencia. En su Compromiso 4, se compromete a reducir las desigualdades sociales en salud como una cuestión de justicia social. Entre sus metas y objetivos se disponen hacia una reorientación de la atención sanitaria y de recurso hacia aquellos problemas de salud donde hay evidencia de desigualdades sociales y de género así como a generar nuevo conocimiento sobre dichas desigualdades sociales y su impacto en la salud. Este estudio resultaría útil porque basándose en la investigación sobre las desigualdades sociales y de género que inciden sobre las personas cuidadoras principales genera conocimiento sobre el impacto en su salud derivado de este cuidado.

Además podría contextualizarse en la “Estrategia de Cuidados de Andalucía. Nuevos Retos en el Cuidado de la Ciudadanía”⁴³ que representa una nueva orientación de los cuidados en Andalucía articulando la respuesta a las necesidades de salud de la ciudadanía de forma coherente garantizando la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía en un nuevo modelo de organización sanitaria. Esta estrategia ha permitido identificar las necesidades y expectativas de la ciudadanía, profesionales y las propias instituciones responsables constituyendo así la base para formular áreas de mejora y objetivos generales de este plan. Este estudio posee una potencialidad en las áreas de mejora identificadas en el plan, concretamente porque trata de identificar necesidades de la ciudadanía, se asienta en personalizar e individualizar la atención centrándonos en la persona, sus necesidades y en su entorno, desde la

esencia de lo humano, teniendo en cuenta la vulnerabilidad asociada en muchas ocasiones a las situaciones de pérdida de salud o a las propias situaciones de vida (desigualdades) y sentaría las bases para trabajar en base a resultados a través de la evidencia mejorando la eficiencia de los cuidados.

6. Planificación operativa

Duración del proyecto y cronograma

La duración total estimada del proyecto estará en torno a nueve meses.

Año	2018							2019	
Mes	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Tarea 1 Recogida de datos									
Tarea 2 Análisis e interpretación de los datos									
Tarea 3 Valoración de Resultados y elaboración de conclusiones									
Tarea 4 Redacción del informe final									
Tarea 5 Envío a revista para publicación del estudio									

Equipo de trabajo

Investigadora principal Isabel María Castanedo Córdoba. Enfermera y Diplomada en Género y Salud por la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Autora de los artículos recientes:

¿Qué barreras y facilitadores identifican enfermeras y médicos para preguntar a las usuarias sobre violencia de género? Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia, ISSN-e 1697-638X, Vol. 13, Nº. 54, 2016.

Efectividad de una intervención enfermera sobre voluntades anticipadas en urgencias para usuarios mayores de 65 años. Biblioteca Las Casas. 11 (3). 2015. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0846.pdf>

Participará en las tareas numeradas 1 a 5 del cronograma.

Investigadoras Milagros Ruíz Fernández e Inmaculada Ceballos Benito, ambas Técnicas de Educación para la Salud y Diplomadas en Género y Salud por la

Escuela Andaluza de Salud Pública. Participarán en las tareas numeradas 2, 3 y 4 del cronograma.

7. Limitaciones del estudio y aspectos éticos

Las limitaciones que podrían presentarse en este estudio podrían ser la falta de colaboración por parte de las personas cuidadoras principales.

Con respecto a los aspectos éticos se respetará el anonimato de las personas informantes, así como su libre participación en el estudio.

Para la realización de las entrevistas se firmará un consentimiento escrito (Anexo 2) donde se detallará el objetivo del estudio y la confidencialidad de los datos. Los datos recogidos se usarán exclusivamente para la investigación y una vez finalizado el estudio se archivarán por un período de 10 años transcurridos los cuales se procederá a la destrucción de los mismos.

8. Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro Blanco de la Dependencia. Biblioteca Las casas 2006; 2(1)
2. García Rogero Jesús. Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Imserso. 2010.
3. Orellana Y Alda, Sanhuesa A Olivia. Competencia en investigación en enfermería. Cienc. enfermer. 2011; 17(2):9-17.
4. Fergusson Maria Elisa. El fenómeno de la cronicidad: su impacto en el individuo, en su familia y el cuidado de enfermería. Aquichan. 2014; 14(4).
5. Garcia-Calvente M^a del Mar. Género y salud: un marco de análisis e intervención. Diálogo Filosófico.2004; 59: 212-228.
6. García-Calvente M^a del Mar, Jiménez-Rodrigo María Luisa, Martínez Morante Emilia. Guía para la incorporar la perspectiva de género en la investigación en salud. Serie Monografías EASP N^o 48. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
7. Ortiz-Gómez Teresa. El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En: Ramos E, editor. La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer. 2002.
8. De Beauvoir Simone. El segundo sexo. Madrid: Aguilar. 1981
9. Palomino Pedro, Grande Maria Luisa, Linares Manuel. La salud y sus determinantes sociales: desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología (RIS).2014; 72 (2014): 45–70.
10. Velasco Sara. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
11. Gilligan Carol. In a different voice. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1982.
12. Silván-Ferrero Maria del Prado, Bustillos-López Antonio. Benevolent sexism toward men and women: Justification of the traditional system and conventional gender roles in Spain. Sex Roles. 2007; 57: 607-614.
13. De la Fuente Miguel et al. Usos del tiempo, estereotipos, valores y actitudes. Colección y estudios. 2007; 101.
14. Lozano M^a de Río et al. Gender Identity in Informal Care: Impact on Health in Spanish Caregivers. Qualitative health Research. 23.11. 2013; 1506-20.
15. García M^a del Mar, Lozano M^a del Río, Marcos Jorge. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como resultado del cuidado informal en España. Gaceta Sanitaria. 2011; 25(2):100-107.
16. Garcia M^a del Mar, Lozano Maria del Río. *El papel del cuidado informal en la atención a la dependencia: ¿cuidamos a quienes cuidan?* Actas de la dependencia. 2012; (6):101-117.

17. González Fernando et al. Sobrecarga del cuidador en personas con lesiones neurológicas. *Revista del Hospital J.M. Ramos Mejía*. 2004; 9(4): 1-9.
18. Marín M. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996; 6: 338–346.
19. Painepán Beatriz, Kühne Walter. Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa psicológica UST*. 2012; 9(1): 5-14.
20. Orem Dorothea. *Nursing: concepts of practice*. 3rd. Ed., New York: McGraw-Hill; 1985.
21. Castillo Juan. El cuidado cultural de enfermería: necesidad y relevancia. *Rev hab cienc méd*. 2008; 7 (3).
22. Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia. Situación a 31 de Mayo de 2016. Consultado el 10/6/2016. Disponible en:
<http://www.dependencia.imserso.gob.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20160531.pdf>
23. Twigg J, Jamieson A. 1993. Cuidadores de los ancianos: modelos para un análisis. En Jamieson, A. & Illsley, R. (Eds.), *Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas*. Barcelona: SG Editores.
24. Walker Alexis, Pratt Clara, Eddy Linda. Informal Caregiving to Ageing Family Members: A critical review. *Family Relations*. 1995; 44(4): 402-411.
25. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. «BOE» núm. 299, de 15 de diciembre de 2006, página 44148.
26. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro Blanco de la Dependencia. Biblioteca Las casas 2006; 2 (1).
27. Rodríguez Pilar. 2004. “El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencias. Una visión desde el análisis de género”, en *Ley de Dependencia y Educación Infantil como medidas de conciliación de la vida laboral y familiar*. Forum de Política Feminista. Madrid. Pág. 32.
28. Alvarez María M. La sobrecarga en los cuidados: Percepciones y Manifestaciones de Sobrecarga en Personas Cuidadoras Familiares Dependientes. Un acercamiento a los Factores predictores. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla. 2015.
29. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia 2008. Avance de resultados. (Acceso el 2 de julio de 2016.) Disponible en:
<http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>
30. García-Calvente Maria del Mar, Mateo Inmaculada, Eguiguren Ana. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit*. 2004; 18:132–9.

31. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Informe 2004. Las personas mayores en España. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2005.
32. Hirst M. Health inequalities and informal care: end of project report. York: Social Policy Research Unit; 2004.
33. Barrow S, Harrison RA. Unsung heroes who put their lives at risk? Informal caring, health and neighbourhood attachment. *J Public Health*. 2005; 27: 292–7.
34. Babarro Alonso et al. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *ORIGINALES. Aten Primaria*. 2004; 33(2):61-8.
35. Moreno Luis, Salido Olga. Bienestar y políticas familiares en España. *Política y Sociedad*. 2008; 44(2):101-114.
36. Rogero-García Jesús. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 a y más años en situación de dependencia. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2009; 83(3): 393-405.
37. Badía Lara, Gamisansb . Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria* 2004; 34:170-7.
38. García-Calvente María del Mar, Mateo Inmaculada, Gutiérrez Pilar. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.
39. Guedes Ana , Pereira Maria . Burden, Coping, Physical Symptoms and Psychological Morbidity in Caregivers of Functionally Dependent Family Members. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(4):935-40.
40. Ocampo Jose Mauricio et al. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colomb. Med*. 2007; 38: 40-6.
41. López-Gil M^a Jesús, Orueta- Sánchez Ramón, Gómez-Caro Samuel, Sánchez Oropesa Arancha, Carmona de la Morena Javier, Alonso Moreno Francisco Javier. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam*. 2009; 2(7): 332-339.
42. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. IV Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Junta de Andalucía; 2013.
43. Estrategia de Cuidados de Andalucía: nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía / [autores: Nieves Lafuente Robles, et al.]. - [Sevilla]: Consejería de Salud: Servicio Andaluz de Salud, [2015]

Anexos:

Anexo 1: documento guión de entrevista heteroadministrada a la persona cuidadora principal informal

Persona cuidadora principal informal	
1. Edad ___ años	2. Sexo: M O H O
2. Parentesco con la persona que cuida _____	
3. Estado civil: O soltera/o O pareja de hecho O casada/o O separada/o O divorciada/o O viuda/o	
4. Formación Académica: O Sin estudios O E. Primarios O F. P. O Bachiller O Universitarios	
5. Nivel socioeconómico O bajo O medio-bajo O medio-alto O alto	
6. Situación laboral O inactiva O desempleada/o	
7. Tareas domésticas: ___ horas/día	
9. Escala de Zarit	
Puntos: _____	
10. Horas de cuidado/día: _____	
12. Prestaciones Solicitadas	
O Económicas	
O Servicio de teleasistencia	
O Servicio de ayuda a domicilio	
Persona con dependencia:	
13. Edad: ___ años	
14. Sexo: O M O H	

Anexo 2: Documento de consentimiento informado para participar en el estudio.

Título del proyecto de investigación:

Yo,

D./Dña. _____

___ he recibido suficiente información sobre el estudio y he podido hacer preguntas sobre el mismo.

Mi participación es voluntaria y comprendo que puedo retirarme cuando quiera sin ser preciso dar explicaciones.

Por todo lo expuesto anteriormente doy mi conformidad para participar en dicho estudio.

En Málaga, a _____ de _____ de 20____.