

Curso 2018 / 2019

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN AL CUIDADOR
INFORMAL DEL ANCIANO DEPENDIENTE**

Victoria Requena Cambero

RESUMEN

Introducción: se denomina “cuidador informal”, “cuidador familiar” o también llamado “cuidador principal” a la persona que se ocupa de cuidar y ayudar a personas, generalmente familiares, con algún grado de dependencia. El asumir este rol, puede conducir a padecer diferentes problemas físicos, psicológicos como sociales.

Objetivo: el objetivo general de este trabajo es identificar las intervenciones de enfermería que se realizan en la educación del cuidador informal del anciano dependiente.

Metodología: se trata de una revisión narrativa realizada a través de búsquedas bibliográficas con sus respectivos DeCS, MeSH y palabras clave en diferentes bases de datos, empleando también documentos extraídos de diferentes páginas web de organismos y asociaciones.

Resultados y discusión: la educación que se ofrece por parte de enfermería a los cuidadores informales, sirve de gran ayuda. De esta manera, consiguen disminuir la depresión, sobrecarga y aumentar el bienestar emocional, es decir, mejora la salud en general. Además, obtienen habilidades para realizar los cuidados. Para ello, es importante conocer cuáles son las características sociodemográficas y los factores de riesgo de estas personas. También es interesante conocer el impacto que conlleva en la salud.

Conclusiones: la calidad de vida de los cuidadores informales, en su gran mayoría mujeres, disminuye considerablemente al asumir el cuidado de otro sujeto, produciendo otros problemas que pueden ser de tipo físico, mental o social. Es cierto, que hay factores que influyen a la hora de padecer sobrecarga, pero por ello existen programas educativos para la educación de los cuidadores, teniendo una efectividad positiva y unos beneficios para éste.

Palabras clave: *cuidadores, anciano frágil, educación en salud, enfermería, características de la población, impactos en la salud, factores de riesgo.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Dependencia	1
1.2. Cuidador informal	2
1.3. Síndrome del cuidador informal	3
1.4. Justificación.....	4
2. OBJETIVOS	5
3. METODOLOGÍA.....	5
4. RESULTADOS.....	6
4.1. Resultados de búsquedas	6
4.2. Desarrollo.....	9
4.2.1. Características sociodemográficas del cuidador informal.....	9
4.2.2. Factores de riesgo de los cuidadores informales.....	11
4.2.3. Impacto en la salud de los cuidadores informales.....	14
4.2.4. Intervenciones de enfermería para la educación del cuidador informal del anciano dependiente.....	17
5. DISCUSIÓN.....	21
6. CONCLUSIONES.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	27
ANEXO 1: TRP	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos	6
Tabla 2: Resultados de la búsqueda bibliográfica en cada base de datos.....	8

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Porcentaje de dependientes según edad.....	2
Ilustración 2: Pirámide de la evidencia.....	9

1. INTRODUCCIÓN

Los orígenes de la acción de “cuidar” se remontan a la propia aparición del ser humano, donde siempre éste tenía que realizar su propio cuidado, teniendo la responsabilidad de cuidar de sus semejantes. Este acto, ha representado una función primordial en la supervivencia de todo ser humano.

Según la Real Academia Española (RAE), el término “cuidar” en el sentido sanitario, tiene el significado de asistir, guardar y conservar.

1.1. Dependencia

El Consejo de Europa, define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (baño, movilidad, vestirse, continencia, uso del retrete, alimentación) y también como “el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y de modo particular, los referentes al cuidado personal” (1, 2). La pérdida de autonomía física puede estar causada por la fragilidad física, problemas de movilidad, enfermedades, limitaciones sensoriales y consumo de fármacos. Por otro lado, la pérdida psíquica puede estar originada por trastornos psicológicos (2).

La dependencia, debido a la consecuencia del envejecimiento y la pluripatología, afecta mayoritariamente a personas de edad avanzada, aunque también puede aparecer en cualquier momento de la vida, de forma puntual o crónica. Comienza ante la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal, como consecuencia del envejecimiento o como consecuencia de una enfermedad (3).

Hay que saber diferenciar la discapacidad de la dependencia, teniendo en cuenta si la limitación conlleva la necesidad de ayuda de otras personas para solventarlo. Por tanto, una persona dependiente es la que tiene algún tipo de discapacidad y además necesita ayuda, por lo que no todas las personas discapacitadas son dependientes. El 8,5% de los españoles declaran algún tipo de discapacidad para realizar las ABVD, y de estos, el 55,8% son dependientes (1). Como podemos ver, a medida que la edad avanza, las limitaciones para realizar las ABVD aumentan (ilustración 1).

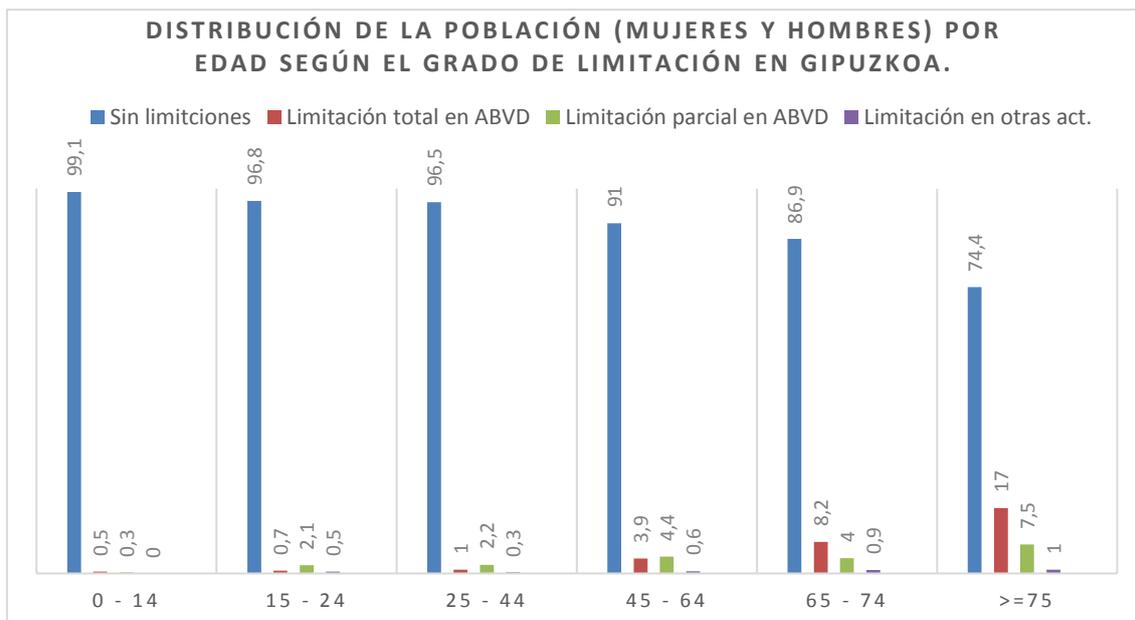


Ilustración 1: Porcentaje de dependientes según edad (Elaboración propia).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad afirma la existencia de tres grados de dependencia:

- Grado I = Dependencia moderada: la persona necesita ayuda al menos una vez al día para realizar las ABVD o tiene la necesidad de apoyo intermitente.
- Grado II = Dependencia severa: la persona necesita ayuda dos o tres veces al día para realizar las ABVD, no requiere apoyo permanente de un cuidador pero tiene necesidades de apoyo extenso.
- Grado III = Gran dependencia: la persona necesita ayuda varias veces al día para realizar las ABVD. Tiene una pérdida total de autonomía física, mental o intelectual, por lo que necesita apoyo continuo de un cuidador (2).

1.2. Cuidador informal

El “cuidador informal”, “cuidador familiar” o también llamado “cuidador principal”, es un rol tradicional, donde la persona se ocupa de cuidar y ayudar a personas con algún grado de dependencia. Generalmente, esta actividad es realizada por personas de la misma red social del sujeto dependiente, sin ningún tipo de retribución salarial. En España, el 88% del cuidado es proporcionado por familiares de la persona dependiente (4).

Hoy en día, el índice de personas que asumen dicho rol, está aumentando debido al fenómeno demográfico del envejecimiento poblacional, provocando más enfermedades crónicas que causan dependencia y pacientes que necesitan asistencia

y cuidados de larga duración que satisfagan sus necesidades (3).

En la Comunidad autónoma del País Vasco (CAPV), 173.737 personas prestan cuidados de manera informal, siendo el 57,5% de éstos en el territorio histórico de Guipúzcoa. En el año 2013, el 5,3% de las personas residentes en viviendas familiares, necesitaban el cuidado de otra persona para realizar las ABVD. De éstas, el 3,5% necesitaban ese cuidado diariamente, siendo el 1,26% hombres y 2,23% mujeres, esto es debido a que éstas últimas tienen mayor esperanza de vida (5).

A nivel nacional, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2020 el 19,7% de la población serán mayores de 65 años, siendo este el grupo más numeroso con necesidad de cuidados, por lo que la necesidad de cuidadores aumentará, y en el año 2050 el porcentaje alcanzará el 31,6%. Este hecho, se asocia a un aumento de enfermedades crónicas que afectan a más del 70% de las personas mayores y no solo esto, sino también está asociado a los grandes avances médicos (6).

A nivel mundial, para el año 2050, se espera que el número de personas mayores de 65 años aumente un 17% de la población (7).

1.3. Síndrome del cuidador informal

El hecho de cuidar y asumir el rol de cuidador informal, lleva consigo el tener que llevar a cabo una serie de exigencias, tareas, esfuerzos y tensiones que repercuten tanto a la propia persona como a la de su entorno, afectando y produciendo cambios en la vida familiar, social, laboral y al bienestar de dicho cuidador (4).

La dedicación a esta tarea conlleva un elevado número de horas, por lo que conforme va pasando el tiempo, el cuidador va sufriendo diferentes consecuencias, como puede ser responsabilizarse por completo de la vida del afectado, desatenderse de sí mismo y no tener un tiempo de ocio y despegue para poder descansar del rol. En conclusión, va asumiendo cada vez más carga física y psíquica (8).

Los cuidadores, pueden llegar a presentar una serie de síntomas, es decir, un cuadro plurisintomático, denominado “Síndrome del cuidador”, “Sobrecarga del cuidador” o “Fenómeno de la tensión en los cuidadores familiares”, el cual engloba un conjunto de manifestaciones clínicas, como son el agotamiento, aislamiento social, carga financiera, trastorno del sueño, ansiedad y depresión. Por lo que las personas cuidadoras, pueden ser enfermos secundarios y necesitar asistencia sanitaria (4).

1.4. Justificación

Tras muchos años estudiando la carrera de enfermería, he tenido la suerte de aprender mucho sobre diferentes temas dentro del mundo del cuidado de las personas necesitadas. Sin embargo, me di cuenta de que había un tema que todavía la sanidad no había podido atajar. Esto me vino con razón de una experiencia personal que vivió mi madre, que tuvo que asumir el rol de cuidadora sin tener los conocimientos para ello. Es entonces cuando surgió la elección de este trabajo.

Todo esto sucedió antes de que yo decidiera estudiar enfermería, y por lo tanto me encontraba en una época en la que yo no podía aportar mucho; por un lado porque me encontraba en la adolescencia y por otro porque yo tampoco poseía dichos conocimientos. Era totalmente ajena a la carga que soportaba mi madre por aquel entonces, y desconocía lo que podía “quemar” el rol de cuidadora informal que ejercía. Fui más consciente al ver que mi madre cada vez estaba más baja de ánimos, incluso hasta el punto de caer en una depresión. Entonces me di cuenta de la dificultad y la soledad que afrontan los cuidadores, que por muy buena voluntad que tengan, no tienen ni los medios, ni los apoyos, ni los conocimientos suficientes para hacer frente a esta responsabilidad. Por el contrario, sí recuerdo que a menudo pensaba que mi madre debería dejarlo, que debería dejar que un profesional se encargara, pero ella me decía que sentía la obligación y que tenía que ser ella la que lo hiciera. Esto me llevó a pensar que mi madre no sería la única que pensara así, que seguramente habría mucha más gente que por razones económicas o éticas, no dejaban que los dependientes fueran cuidados por profesionales. Junto con esto, comprendí que llevar una familia, un trabajo y la responsabilidad extra de cuidar a un familiar dependiente era una tarea colosal. Vistas las limitaciones que sufría mi madre, también me di cuenta de la necesidad de formar a los cuidadores informales para que puedan llevar a cabo su labor de la mejor manera posible, tanto para la persona dependiente como para el cuidador, sin acarrear cargas extra. Es por esto que a punto de terminar la carrera, me lancé a retomar este asunto y me puse a investigar.

Los factores personales que me han hecho plantearme esto, son también extrapolables a la gran mayoría de los casos. Además, ponen de manifiesto la necesidad de la intervención de enfermería, como parte de un equipo interdisciplinar, ofertando una amplia orientación, capacitación y educación en el cuidado, ya que ser cuidador informal puede generar diferentes problemas físicos, mentales y/o sociales. Los enfermeros tienen que ver al cuidador como un ser humano que requiere cuidados holísticos, dándole apoyo y preparándole para manejar las etapas de la enfermedad

del paciente dependiente, ayudándole a potenciar sus habilidades y recursos. No solo requiere habilidades, destreza y seguridad en las técnicas al realizar las actividades del cuidado, sino que también requiere una capacitación para ejercer tareas de autocuidado que generen en él y en el paciente confort y comodidad. Ningún cuidador posee las herramientas que le permitan establecer el método de cuidado y autocuidado más satisfactorio para mantener su calidad de vida. Por ello es que se debe subrayar la importancia de estructurar y realizar intervenciones de enfermería.

Es por todo lo mencionado que he enfocado mi trabajo en la importancia que tiene la educación a los cuidadores, para que aprendan la mejor manera de cuidar y cuidarse. Por experiencias que yo propia he vivido, creo que desde el sistema sanitario hay que darles más importancia a estas personas y al rol que ejercen. No debemos pasar por alto que el papel que han asumido tiene riesgos de derivar en problemas físicos, mentales y/o sociales.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar las intervenciones de enfermería que se realizan para la educación del cuidador informal del anciano dependiente.

Objetivos específicos

- Conocer las características sociodemográficas del cuidador informal.
- Identificar los factores de riesgo de los cuidadores informales.
- Conocer el impacto en la salud de los cuidadores informales.

3. METODOLOGÍA

Con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados, se realizó una revisión narrativa mediante búsquedas bibliográficas. Para comenzar con la realización de este trabajo se elaboró la pregunta PIO:

¿Qué intervenciones se pueden realizar desde la enfermería para educar a los cuidadores informales del anciano dependiente?

A continuación, se emplearon los siguientes DeCS (Descriptor en Ciencias de la Salud), MeSH (Medical Subject Headings) y palabras clave (KW) para realizar las diferentes búsquedas vinculadas a los objetivos:

- DeCS: cuidadores, anciano frágil, educación en salud, enfermería, características de la población, impactos en la salud, factores de riesgo.

- MeSH: caregivers, frail elderly, health education, nursing, population characteristic, impacts of health y risk factor.
- KW: cuidadores, anciano frágil, educación en salud, enfermería, características de la población, impactos en la salud, factores de riesgo.

Para una búsqueda de artículos más centrada en los objetivos del trabajo, se emplearon una serie de criterios de inclusión y de exclusión. Los criterios de inclusión fueron que los estudios estuvieran comprendidos entre el año 2010 y 2018, que fueran de acceso gratuito y que el texto estuviera escrito en inglés o español. Además, se excluyeron los que no se ajustaban al tema tras la lectura del resumen (tabla 1).

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Documentos publicados a partir del año 2010 • Documentos en inglés y español • Acceso gratuito 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos publicados con anterioridad al año 2010 • Documentos que su objetivo no se acerquen al contenido del trabajo

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos (Elaboración propia).

Las bases de datos consultadas, en las cuales se han realizado las búsquedas combinando los diferentes descriptores han sido; BVS (Biblioteca Virtual de la Salud), MEDES, Dialnet, Cuiden y PubMed. En dichas bases, el operador booleano que se ha empleado para el 100 % de las búsquedas ha sido AND. Además, se consultaron las siguientes páginas web de diferentes organismos:

- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Encuesta de Salud de la CAPV (ESCAV).
- Fundación Caser.
- Cuidadoras Crónicas.
- Instituto Nacional de Estadística (INE).

4. RESULTADOS

4.1. Resultados de búsquedas

Se han empleado 26 artículos los cuales han sido extraídos de las diferentes bases de datos (tabla 2). Además, se han empleado 6 artículos más obtenidos a través de las páginas webs de apoyo. Para la selección de estos, se leyeron los títulos y resúmenes y se descartaron aquellos que no se ajustaban a los objetivos.

Base Datos	Estrategias de búsqueda	Resultados	Resultados tras filtros	Seleccionados
BVS	Cuidadores (DeCS) AND anciano frágil (DeCS)	849	192	0
	Cuidadores (DeCS) AND anciano frágil (DeCS) AND educación en salud (DeCS) AND enfermería (DeCS)	22	7	0
	Cuidadores (DeCS) AND anciano frágil (DeCS) AND educación en salud (DeCS)	61	12	2
	Cuidadores (DeCS) AND características de la población (DeCS)	254	145	1
	Cuidadores (DeCS) AND impactos en la salud (DeCS)	21	10	1
	Cuidadores (DeCS) AND anciano frágil (DeCS) AND factores de riesgo (DeCS)	39	11	4
MEDES	Cuidadores (DeCS) AND anciano frágil (DeCS)	5	5	1
	Cuidadores (DeCS) AND anciano frágil (DeCS) AND educación en salud (DeCS) AND enfermería (DeCS)	0	0	0
	Cuidadores (DeCS) AND anciano frágil (DeCS) AND educación en salud (DeCS)	3	1	0
	Cuidadores (DeCS) AND características de la población (DeCS)	41	7	2
	Cuidadores (DeCS) AND impactos en la salud (DeCS)	2	2	1
	Cuidadores (DeCS) AND anciano frágil (DeCS) AND factores de riesgo (DeCS)	1	1	1

Tabla 2: Resultados de la búsqueda bibliográfica en cada base de datos. (Elaboración propia)(Continúa)

Base datos	Estrategia búsquedas	Resultados	Resultados tras filtros	Seleccionados
DIALNET	Cuidadores (KW) y anciano frágil (KW)	26	24	1
	Cuidadores (KW) y anciano frágil (KW) y educación en salud (KW) y enfermería (KW)	1	1	0
	Cuidadores (KW) y anciano frágil (KW) y educación en salud (KW)	69	65	3
	Cuidadores (KW) y características de la población (KW)	148	114	2
	Cuidadores (KW) AND impactos en la salud (KW)	215	176	2
	Cuidadores (KW), anciano frágil (KW) y factores de riesgo (KW)	4	4	0
CUIDEN	Cuidadores (KW) y anciano frágil (KW)	25	12	0
	Cuidadores (KW) y anciano frágil (KW) y educación en salud (KW) y enfermería (KW)	0	0	0
	Cuidadores (KW) y anciano frágil (KW) y educación en salud (KW)	8	6	0
	Cuidadores (KW) y características de la población (KW)	55	29	1
	Cuidados (KW) y impactos en la salud (KW)	9	6	1
	Cuidadores (KW) y anciano frágil (KW) y factores de riesgo (KW)	0	0	0
PUBMED	Caregivers (MeSH) AND frail elderly (MeSH)	892	330	2
	Caregivers (MeSH) AND frail elderly (MeSH) AND health education (MeSH) AND nursing (MeSH)	49	22	1
	Caregivers (MeSH) AND frail elderly (MeSH) AND health education (MeSH)	107	46	0
	Caregivers (MeSH) AND population characteristic (MeSH)	658	102	0
	Caregivers (MeSH) AND impacts of health (MeSH)	772	267	0
	Caregivers (MeSH) AND frail elderly (MeSH) AND risk factors (MeSH)	66	6	0

Tabla 2: Resultados de la búsqueda bibliográfica en cada base de datos. (Elaboración propia)

En cuanto a los artículos empleados para la estructura del trabajo, los cuales se han obtenido a través de las diferentes bases de datos, se clasifican cada uno de ellos en un nivel de la pirámide de la evidencia 6S de Haynes (ilustración 2).

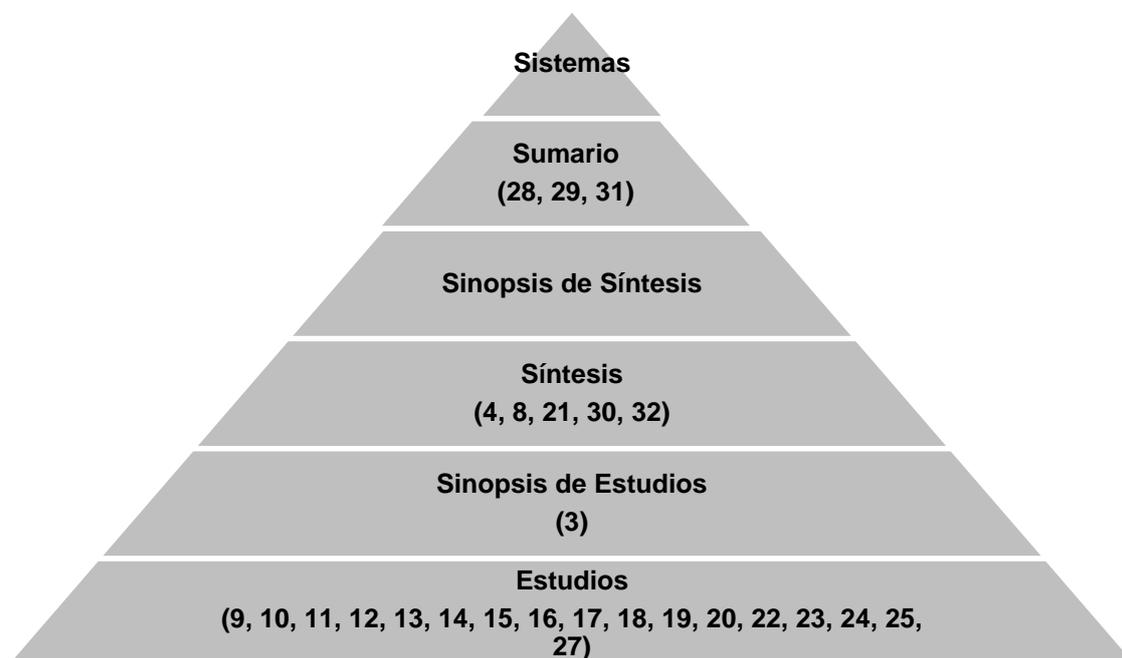


Ilustración 2: Pirámide de la evidencia 6S de Haynes (Elaboración propia).

4.2. Desarrollo.

4.2.1. Características sociodemográficas del cuidador informal.

Se han seleccionado 8 estudios para conocer cuáles son las características habituales de los cuidadores informales de pacientes con dependencia.

En el estudio descriptivo exploratorio realizado por Yaneth Figueroa para conocer las características sociodemográficas de los cuidadores familiares, se seleccionaron 36 personas con dicho rol. Este estudio concluye que los cuidados, en un 75% de los casos, están realizados por un familiar de la persona dependiente, siendo el género femenino el predominante.

Si analizamos la edad de los cuidadores; el rango predominante es de entre los 46 y los 65 años de edad. Generalmente personas casadas que han realizado estudios primarios, siendo menos frecuentes los que han realizado estudios secundarios. En cuanto a las personas dependientes, son en su mayoría familiares de los cuidadores con una edad superior a los 65 años.

En lo que a la actividad laboral respecta, el 58,3% de los cuidadores se dedican exclusivamente a las actividades del hogar. Esto es consecuencia de que asumir el rol de cuidador imposibilita al mismo de tener un puesto de trabajo diferente. Debido a la alta demanda de tiempo que exige este trabajo, solo el 11% trabaja fuera del hogar (9).

Analizando el terreno nacional, en un estudio realizado en la comunidad de Madrid, se estudiaron los casos de 47 cuidadores de pacientes dependientes de un mismo centro de salud. El perfil mayoritario de las personas que cumplen con este rol es el de mujer con una media de edad que ronda los 52 años, tratándose en la mayoría de los casos de la hija de la persona dependiente (10).

En un estudio realizado por María Victoria Delicado et al., se seleccionaron 76 cuidadores informales para participar en el estudio de manera voluntaria.

Se observa cómo el 94,7% de los cuidadores son mujeres con una edad media de 57 años; siendo en el 75% de los casos mujeres mayores de 50 años. La mayoría de dichas mujeres están casadas. Resulta destacable, el dato relativo a la vida laboral. De las mujeres encuestadas, muchas son amas de casa; dedicando su jornada a las labores del hogar. Sin embargo, resulta curioso que los hombres que ejercen dicha labor están todos jubilados, es decir, ninguno ha renunciado a su vida profesional.

Igual que en casos anteriores, mayoritariamente conviven permanentemente con la persona a cuidar y la gran mayoría son hijos del dependiente y con un nivel de estudios bajo. Sólo un tercio de los cuidadores superan la educación primaria (11).

En el estudio transversal *“Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España”* de los 7512 cuidadores informales seleccionados, el perfil es femenino. Se puede ver como la mayoría de las cuidadoras comprenden una edad entre 45 y 64 años de edad, mientras que la mayoría de los hombres cuidadores tienen más de 65 años. Este patrón nos indica que los hombres no renuncian a su vida laboral, mientras que las mujeres sí, ya que las mujeres cuidadoras, mayoritariamente, se dedican al cuidado del hogar, mientras que los hombres, debido a la edad en la que prestan los cuidados, están jubilados. En ambos sexos, mayoritariamente están casados.

Ninguno de los 7512 cuidadores, reciben remuneración por realizar dicha labor. En ambos sexos, el 45,3% llevan más de 8 años desempeñando este rol (12).

En el estudio realizado por Olga Marina y Sofía González, se analizaron las características de 82 cuidadores. Observan como en la mayoría de los casos el rol es asumido por mujeres, con un rango de edad de entre 36 y 59 años. El grado de escolaridad generalmente es bajo, siendo los estudios primarios los que más aparecen. El estado civil, son casadas, que generalmente se dedican solo a las tareas del hogar. En la mayoría de las ocasiones, el cuidado de los enfermos recae sobre la familia, siendo la mayoría esposas (34,1%) e hijas (32,9%) (13).

En el estudio publicado por Francisco García et al., donde se analizaron las características sociodemográficas de 301 cuidadores, se comprueba cómo el 75,6% de estos son mujeres. En ambos sexos, muchos son casados y conviven con el paciente a cuidar.

En caso de la mujer, es la hija quien generalmente se responsabiliza de los cuidados. Sin embargo, en el caso de los hombres, es cónyuge de la persona a cuidar. En ambos sexos, la mayoría no tiene un trabajo fuera del hogar, es decir, solo se dedica al cuidado de su familiar. En cuanto a los estudios, mayoritariamente, no tienen estudios o tienen estudios primarios (14).

Por otro lado, en un estudio descriptivo transversal, donde se seleccionaron 67 cuidadores también, el sexo mayoritario es femenino. La edad media de los cuidadores, sin diferenciación de sexos, es de 62 años. Estas personas, prestan los cuidados a pacientes con una edad media de 75 años. Por otro lado, la relación que existe entre cuidador y paciente es bastante similar en el caso de esposos (35,8%) e hijos (32,8%) (15).

En el estudio realizado por el Gobierno Vasco a los 173.737 cuidadores del País Vasco, en el año 2013, observan como en su gran mayoría, en el 86,8% los cuidados dentro del hogar están realizados por mujeres.

En cuanto a la edad, en ambos sexos, predominan los cuidadores en el rango de 35 a 64 años de edad y su estado civil es casado.

En cuanto al nivel educativo, en el caso de los hombres, predominan los estudios secundarios o superiores. En el caso de las mujeres el nivel educativo más extendido es el de estudios primarios o inferiores (5).

4.2.2. Factores de riesgo de los cuidadores informales.

Ser capaces de identificar y sintetizar el conjunto de factores que permiten predecir el nivel de malestar físico y emocional en los cuidadores de mayores dependientes

ayudaría a poder planificar mejor los servicios. Dicha planificación debería contar con un apoyo activo a los cuidadores cuando lo necesiten, con una capacidad de ayuda para un mejor afrontamiento de las dificultades y por ende tratar de prevenir la aparición de problemas serios de salud. Para analizar dicho objetivo, se han seleccionado 6 artículos.

En la investigación *“Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia”*, los autores seleccionaron 192 cuidadores informales y emplearon diferentes escalas para conseguir información sobre los factores de riesgo de sobrecarga: *Escala de carga de Zarit* (para medir la sobrecarga del cuidador) y *la Prueba de Funcionamiento Familiar FF-SI* (para medir el grado de funcionalidad).

Las conclusiones muestran que los factores a tener en cuenta son la edad del cuidador, la dependencia funcional del enfermo, el padecimiento de enfermedades del cuidador y la disfunción familiar.

Si comenzamos analizando la edad del cuidador, vemos que a medida que la edad de éste aumenta, la sobrecarga va disminuyendo. Por otro lado, cuanto mayor es el grado de dependencia del paciente, mayor es la probabilidad de que el cuidador muestre síntomas de sobrecarga. Las enfermedades, también son un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de que el cuidador tenga sobrecarga. Por último, en las familias disfuncionales, aumenta el riesgo de padecer sobrecarga (16).

En el estudio realizado por Sofía Pereira y Eduardo Duque, donde seleccionaron 30 cuidadores, emplearon diferentes instrumentos para conocer la relación de la dependencia con la sobrecarga: *realización de un cuestionario al cuidador, Índice de Zarit e Índice de Barthel* (para medir la capacidad de la persona para hacer las ABVD). Se ha demostrado que uno de los factores que aumenta la sobrecarga del cuidador es el grado de dependencia del paciente. Estos autores, al igual que los del estudio anterior, han llegado a la misma conclusión: cuanto mayor es la dependencia del paciente, mayor es el riesgo de padecer sobrecarga, es decir en este estudio se afirma que los cuidadores con mayor sobrecarga son los que realizan dicha labor a pacientes totalmente dependientes (17).

Sin embargo, en el estudio *“Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia severa”*; tras seleccionar a 67 cuidadores, se ha confirmado que las variables sociodemográficas (sexo, edad, religión, situación laboral, nivel de ingresos económicos familiares, realización de actividades recreativas, tiempo en la labor de cuidar) no tienen relación con la sobrecarga del

cuidador. Por el contrario, afirman que sí hay una relación entre el tiempo de llevar cuidando y la sobrecarga. Los cuidadores que muestran menor síntoma de sobrecarga son los que llevan de 3 meses a 1 año y los que llevan más de 15 años. Esto nos indica que los que mayores síntomas de sobrecarga representan son los que llevan entre 1 y 15 años al cargo de una persona dependiente.

Los cuidadores que tienen menos ayudas institucionales (una o ninguna ayuda) tienen mayor sobrecarga que los que reciben ayudas de dos o más instituciones.

Este artículo también demuestra que no existe relación entre el número de personas que viven en el hogar y los años de estudio del cuidador a la hora de padecer síntomas de sobrecarga (18).

En el estudio transversal realizado por Margarita Pérez et al., a 198 cuidadores informales de ancianos dependientes, se ha encontrado una relación entre la sobrecarga del cuidador y los problemas de conducta, el número de ABVD atendida por el cuidador, las horas atendiendo ABVD y el afrontamiento disfuncional familiar. Además se ha comprobado que existe una relación negativa entre la sobrecarga y la relación marital entre cuidador y persona dependiente.

Estos datos se obtuvieron mediante diferentes mediciones. Para medir el afrontamiento (*Cuestionario Brief COPE*), para medir la carga subjetiva (*Índice esfuerzo del cuidador de Robinson*), para la capacidad funcional (*Índice de Barthel*), para el deterioro cognitivo (*Test de Pfeiffer*), para los problemas de conducta de la persona cuidada (*Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings*) y para la dedicación al cuidado de la persona cuidadora, género y parentesco (19).

Siguiendo con los factores de riesgo, en el estudio descriptivo realizado en la comunidad de Andalucía, se emplearon los test de *Índice de esfuerzo del cuidador* (mide la carga de trabajo percibida) y *la escala de depresión y ansiedad Goldberg* (para medir el grado de ansiedad y depresión) de manera telefónica a 60 cuidadores informales. El estudio concluye en que los factores que predisponen a una sobrecarga en los cuidadores son los siguientes: presencia de enfermedad mental de la persona a cuidar, la edad del cuidador, el nivel de estudios del cuidador, su grado de conocimientos sobre el cuidado y la ausencia de apoyos tanto informales como institucionales.

El nivel de estudio, según estos autores, tiene una gran influencia, afectando más a los cuidadores con estudios secundarios, universitarios o superiores, que a los cuidadores con estudios primarios o sin estudios.

El factor relacionado con el apoyo recibido es clave, de manera que se encuentra una relación significativa entre los cuidadores que cuidan solos o que tienen otros cuidadores como apoyo, siendo los que cuidan en solitario los de mayor prevalencia a sufrir sobrecarga. Como en el estudio anterior, el apoyo informal también se ha mostrado como un factor de protección ante la presencia de sobrecarga en los cuidadores. El ser mujer puede aumentar la posibilidad de padecer sobrecarga. En la escala de depresión, las mujeres presentan mayor grado de depresión que el sexo masculino (20).

En el análisis de las encuestas de salud de la comunidad autónoma del País Vasco (ESCAV) en el año 2013, realizado por el departamento de salud del Gobierno Vasco, se afirma que la frecuencia de prestar cuidados, es un factor que influye en la salud. Cuando la frecuencia de prestar cuidados aumenta, a su vez, aumenta el riesgo de padecer sobrecarga. Además, las personas que lo hacen en mayor medida, refieren peor salud respecto a los que cuidan con menos frecuencia.

En cuanto a la ayuda recibida, se observa como en los hombres aumentan los síntomas de ansiedad y depresión en los casos que cuida sin ayuda, sin embargo, en las mujeres, las cifras son similares, es decir, no hay diferencia entre padecer dichos síntomas y recibir ayuda (5).

4.2.3. Impacto en la salud de los cuidadores informales.

La acción de cuidar puede tener un potencial impacto en la salud. La vida de las personas que cuidan de otras se ve condicionada por su papel. No se trabaja de cuidador, se es cuidador, lo cual viene a decir que los cuidadores tienen un trabajo de 24 horas al día. Para analizar el impacto en la salud de estos, se han analizado 6 artículos.

Sonia Carreño et al., realizaron una revisión literaria para conocer el impacto que supone en la salud el hecho de ser cuidador. Tras dicha revisión, las autoras han identificado diferentes consecuencias en el cuidador.

Por un lado se observa que la carga física influye, ya que las actividades diarias del cuidador disminuyen debido a la falta de energía. Además, como se ha afirmado en otras publicaciones sobre los factores de riesgo, las elevadas horas de dedicación disminuye el nivel de salud y cuando se reside con el dependiente, disminuye aún más. Este cansancio físico aumenta la prevalencia de padecer dolores y enfermedades de diversa naturaleza.

En cuanto al nivel psicosocial, la carga aparece con sentimientos negativos como son la frustración, la ansiedad, la impotencia, la desesperanza, la incertidumbre por el futuro del dependiente, la depresión, la percepción de pérdida de vida y la limitación en las relaciones sociales y familiares.

En adición a las consecuencias físicas y psicológicas, también están las económicas. El cuidar también genera costes adicionales en el presupuesto del familiar debido al tratamiento, asistencia médica del paciente y la imposibilidad de tener un trabajo remunerado que tiene el cuidador (21).

En el estudio *“Percepción del estado de salud y calidad de vida del cuidador primario de adultos mayores relacionada con la sobrecarga de trabajo”* se obtuvo toda la información a través de una entrevista a 150 cuidadores de adultos mayores dependientes, queriendo conocer cómo influye el acto de cuidar en estas personas. Para ello se emplearon los siguientes instrumentos: *Minimal State Examination* (se emplea para detectar una posible demencia), *Escala de depresión geriátrica de Yesavage* (para evaluar el estado de ánimo de las personas mayores) y *Escala de Zarit*.

De los 150 cuidadores entrevistados, 36 son hombres y 114 mujeres. De todos ellos, 35 refieren realizar el rol con alguna enfermedad crónica como es la hipertensión o la diabetes mayoritariamente, lo que influye en la calidad de vida del cuidador.

Por otro lado, el 18% de ellos están diagnosticados de padecer depresión. Dentro de este porcentaje hay diferencia entre sexos. Hay un 8,3% de hombres que tienen depresión y un 21% de mujeres.

Los resultados muestran que casi la tercera parte de los cuidadores a los que se les ha realizado la entrevista sienten sobrecarga y perciben peor calidad de vida y peor estado de salud física y mental. 29,7% de los cuidadores, consideran que su salud ha empeorado desde que han obtenido el rol de cuidadores informales (22).

Analizando el factor social y humano, en un proyecto de investigación realizado en la comunidad de Galicia, han observado cómo el 80,2% de los cuidadores afirman haber suprimido sus actividades de ocio y relaciones sociales por el hecho de ser cuidadores, esto nos lleva a concluir que dicho rol en la mayoría de casos genera un aislamiento social. Esta supresión lleva consigo un deterioro de la salud y del bienestar de las personas. El 67% de las mujeres cuidadoras destacan tener problemas de salud relacionados con el cuidado, siendo los más relevantes los de carácter psicológico como el estrés, la ansiedad y la depresión. En el caso de los hombres, el 53,97% de

ellos reconocen tener también dichos problemas de salud relacionados con el cuidado (23).

En Colombia se realizó un estudio a 652 cuidadores para conocer el impacto y la sobrecarga que genera ejercer este rol. La información la obtuvieron a través de entrevistas, mediante la escala del *Cuidador de Zarit*. Los resultados han mostrado que el 54,29% de los cuidadores no perciben sobrecarga. Sin embargo el 21,63% de ellos tienen sobrecarga ligera y el 24,08% sobrecarga intensa. Además, el 8,6% de los cuidadores que asumen este rol sufren algún tipo de disfunción, que generalmente es un deterioro del estado mental, siendo el estrés el padecimiento más común. También existen otras patologías las cuales los cuidadores asocian con esta situación, como es la migraña, la hipertensión, la diabetes, la gastritis y enfermedades osteoarticulares (24).

Para conocer el estado de salud de las personas cuidadores en el País Vasco realizaron un estudio a 123 mujeres y 103 hombres cuidadores de personas mayores dependientes, residentes en Guipúzcoa. La información fue recogida mediante entrevista personal empleando diferentes herramientas.

En dichas encuestas se evaluó la salud percibida, la presencia de problemas crónicos de salud y la salud mental. Ésta última fue evaluada mediante la escala GHQ – 12 (*General Health Questionnaire-12*). Por otro lado, la calidad de vida se examinó mediante el instrumento *EQ-5D-5L estandarizado*. Además también se empleó la escala de *Sobrecarga de Zarit* para medir la sobrecarga de los cuidadores.

Antes de asumir dicho rol, solo alguno de ellos describen su estado de salud como regular o malo, sin embargo, tras asumir el rol de cuidadores, los valores aumentan a un 32% en los hombres y un 46,3% en las mujeres.

En cuanto a la salud mental (escala GHQ – 12), las respuestas difieren por razón de sexo. El 13,9% de los hombres reconocen tener una mala salud mental, sin embargo en las mujeres aumenta a un 23,3%. También, hay diferencia en cuanto a la ansiedad/depresión, siendo las mujeres quienes lo padecen más que los hombres. Refiriéndonos a la sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit), el 23,3% de los hombres y el 29,8% de las mujeres presentan sobrecarga intensa. En general, un 23% de los cuidadores de ambos sexos percibe que su salud ha deteriorado debido al cuidado (25).

Al analizar las consecuencias que puede conllevar el ser cuidador, encontramos en la página web “Cuidadoras Crónicas” información acerca de este tipo de rol. En la noticia

titulada “*Síntomas del síndrome del cuidador quemado*” hay varias referencias a las consecuencias que puede acarrear el ser cuidador, afirmando que estos pueden experimentar periodos de estrés, ansiedad, depresión y frustración que hay que tener en cuenta, ya que cuando aparecen, pueden seguir evolucionando y derivar en alteraciones físicas, emocionales y sociales. Cuando dicho estrés se mantiene en el tiempo aparecerán síntomas físicos como cansancio continuo, aumento o disminución del apetito, trastornos del sueño y dolores musculares. Por otro lado, la repercusión emocional que puede aparecer es tristeza, irritabilidad, dificultad para concentrarse y problemas de memoria; además, el cuidador puede aislarse de su familia o de sus relaciones sociales y mostrar desinterés por actividades que antes realizaba.

Todo esto puede traer problemas de salud graves en el cuidador, siendo los más comunes la depresión, la ansiedad, la fatiga, los dolores musculares, las molestias estomacales y las gastrointestinales, un mayor riesgo de problemas coronarios o una mayor vulnerabilidad de infecciones (26).

4.2.4. Intervenciones de enfermería para la educación del cuidador informal del anciano dependiente.

A todas aquellas personas que han asumido el rol de cuidadores informales les sería de gran ayuda una formación para saber brindar cuidados de calidad, y sobre todo para no descuidar su propio cuidado. Es necesario tener un bienestar físico, social y emocional para poder realizar esta labor. En cuanto a este objetivo, se han analizado 6 artículos.

En el estudio “*Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural*” donde se realizó pre-pruebas y post-pruebas a 56 cuidadores familiares, se evaluaron cuatro variables: auto percepción de salud, funcionalidad familiar, carga de cuidador y depresión.

El programa educativo constaba de 6 sesiones grupales con intervalos de 30 días. Cada sesión tenía 5 fases: sensibilización, información culturalmente adaptada, toma de decisiones, compromisos de acción y cierre. Este programa fue realizado por una enfermera experta en geronto-geriatria y enfermería transcultural.

Para la recogida de datos se emplearon diferentes escalas: *escala Autopercepción de salud*, *Apgar familiar*, *Carga del cuidador Zarit* y *Escala de Depresión Test de Yesavage*.

A la hora de examinar los resultados, se ha observado que el Apgar familiar ha reportado disminución de la funcionalidad familiar entre la pre-prueba y post-prueba. En la escala de carga de Zarit, entre ambas pruebas ha habido una disminución de puntuación de 53 “sobrecarga leve” a 45 “desaparición” de la sobrecarga.

Por otra parte, en la Escala de Depresión de Yesavage se ha observado que en la pre-prueba hay una puntuación promedio que los clasifican como “sin depresión”, pero en la post-prueba ha habido un descenso en las puntuaciones promedio de los cuidadores (27).

En otro de los ensayos clínicos analizados, *“Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares”* se seleccionaron un grupo experimental (GE) y un grupo control (GC) con mediciones pre y post-intervención. En este ensayo tomaron parte 122 cuidadoras del hogar de pacientes dependientes, y de éstas, 61 fueron seleccionadas aleatoriamente para el GE y las otras 61 para el GC.

Para medir la ansiedad y la depresión se empleó la *Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg* (EDAG); y para la medición de la percepción de la salud emocional se empleó la *escala de salud emocional del cuidador principal NANDA*.

En el GE, las enfermeras que realizaron este ensayo aplicaron a las cuidadoras la técnica de resolución de problemas (TRP) (anexo 1). Esta intervención constaba de 4 sesiones que se realizaron durante la visita domiciliaria de la enfermera. En cada una de las visitas la enfermera trabajó 2 de los 8 pasos de la TRP. La duración media de cada visita era de 30 minutos. Por otro lado, la enfermera en las visitas domiciliarias al GC realizó la intervención según el programa de atención domiciliaria para el seguimiento del enfermo. Tras acabar la intervención, realizaron la medición mediante las mismas escalas empleadas en la pre-intervención para comprobar resultados.

Al comienzo de la intervención, 62,3% de las cuidadoras presentan ansiedad, 72,1% depresión y el 85% tenía una percepción baja de su bienestar emocional. Después de la intervención, se observan valores inferiores en el GE para cada uno de estos parámetros (28).

En un tercer ensayo clínico, *“Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador”* controlado por Viviana Carolina et al, se seleccionaron 30 cuidadores informales de los cuales 10 fueron incluidos en el grupo experimental (GE) y 20 en el grupo control (GC). Previamente hicieron una valoración

de los participantes para valorar el cansancio del rol del cuidador, realizando la *escala de Zarit* y la *escala de depresión de Goldgerg*.

Todos los miembros del GE recibieron 5 sesiones de la intervención de apoyo al cuidador principal, cada una de 80 minutos. En la primera sesión, los autores querían saber cuál era el nivel de conocimientos del cuidador sobre la enfermedad y reconocer el nivel de dependencia de su familiar. En la segunda sesión, querían identificar los puntos fuertes y débiles que presenta el cuidador en su experiencia de cuidador y fortalecer los aspectos positivos encontrados en el cuidador. En la tercera sesión, los autores querían enseñar a los cuidadores la importancia del apoyo al cuidador principal, ayudarles a identificar herramientas para el manejo de posibles situaciones de conflicto y también informales sobre los diferentes grupos de apoyo que existen. En la cuarta sesión, su propósito era identificar el estrés de estos y enseñar diferentes técnicas para el manejo del mismo. Y por último, en la quinta sesión, pretendían enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental, apoyar al cuidador a establecer límites y cuidar de sí mismo. Por otro lado, los miembros del GC, no recibieron estas sesiones. Al analizar los resultados se observa una diferencia entre el GE y el GC. Los participantes del GE muestran un nivel de cansancio y nivel de depresión menor tras volver a realizar ambas escalas (29).

En la investigación descriptiva *“Evaluación de una intervención educativa de enfermería dirigida a cuidadores principales de pacientes crónicos”*, se seleccionaron 19 cuidadores familiares. Fueron dos psicólogas, dos trabajadoras sociales y ocho enfermeras las que realizaron el programa, que está formado en tres módulos, cada uno de ellos con tres talleres.

Con el módulo I lo que querían era fortalecer el conocimiento para que el cuidador pueda responder las siguientes cuestiones: ¿quiénes compartimos la experiencia de dar y recibir cuidado?, ¿cómo nos preparamos para continuar con el cuidado de un familiar que está en situación de enfermedad? y ¿qué sabemos y qué nos hace falta saber para ser hábiles en el cuidado de nuestro familiar y en el nuestro durante la experiencia de vida en situación de enfermedad crónica? Lo que querían conseguir era que el cuidador tenga conocimientos sobre la enfermedad de su familiar para favorecer el mejoramiento de la salud, ya que el tener conocimientos implica tener a los cuidadores más tranquilos y disminuir el estrés que genera la responsabilidad de cuidar a alguien.

Con el módulo II se centraron en las características de los cuidadores, resaltando el coraje, la toma de decisiones, la habilidad social, el soporte social y el empoderamiento del cuidador.

En el último módulo, el módulo III, lo que querían era observar aquellos aspectos que impacientan al cuidador y lo que lo tranquiliza.

Los talleres contaron con exposiciones teóricas y dinámicas de grupo para compartir problemas o preocupaciones, comprender mejor la propia situación y aprender junto con las demás personas. Este programa educativo ha visualizado la importancia del acompañamiento profesional a los cuidadores familiares por parte de enfermería. A lo largo del programa y en su finalización los participantes exponen que ha sido de gran ayuda y utilidad la orientación que los equipos profesionales les han ofrecido, ya que aparte de aprender la correcta manera de prestar buenos cuidados a sus familiares, han tenido la oportunidad de desahogarse y de sentirse más tranquilos (30).

La autora Ana Margarita Espín realizó un estudio de casos para ver la eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales. En él participaron 192 cuidadores, de los cuales 96 formaron parte del grupo experimental (GE) y 96 del grupo control (GC). Elaboró un programa de 12 sesiones con una frecuencia semanal y una duración de una hora y media cada sesión. Dichas sesiones se realizaron a través de métodos participativos e interactivos. El programa fue dirigido por diferentes especialistas del equipo multidisciplinar (médico, psicólogo, enfermera, trabajadora social, defectólogo y fisioterapeuta).

Las escalas empleadas para la evaluación de los resultados fueron las siguientes: *Test de conocimientos y habilidades del cuidador* (para conocer los conocimientos de este acerca de la enfermedad, su manejo y habilidades para el cuidado), *Test de carga de Zarit*, *Test de depresión de Beck* (para conocer el grado de depresión del cuidador) y un cuestionario para conocer el grado de satisfacción con el programa.

En cuanto a las habilidades, antes de realizar la intervención no se observó diferencia entre el GE y el GC, sin embargo, tras la intervención, se observa un aumento de las habilidades en el GE. Por otro lado, en cuanto a la carga de trabajo previo a la intervención, no detectaron diferencias significativas entre el GE y el GC, sin embargo, tras ella, disminuye la carga del GE de un 50% de cuidadores que manifiestan no sentir carga, a un 70,9%.

En relación a la depresión, tras la intervención se aprecia una variación del grado de depresión en el GE. El número de personas con depresión disminuye un 20%.

Respecto a la satisfacción con el programa, la gran mayoría de los cuidadores han tenido una elevada satisfacción. Solo el 1% presenta una baja satisfacción (31).

En Hong Kong se realizó un estudio para conocer el efecto que surge el modelo Health and Social Collaborative Case Management Model (HSC – CM). El modelo HSC – CM busca identificar las necesidades de los cuidadores mediante una evaluación exhaustiva y la educación grupal adaptada a las necesidades individuales del cuidador. El estudio se llevó a cabo con dos enfermeras y tres trabajadores sociales. El HSC – CM tuvo una duración de 16 meses. Se seleccionaron aleatoriamente 58 cuidadores informales de ancianos frágiles para participar en el estudio, siendo 30 pertenecientes al GE y 25 al GC.

Tras realizar el estudio, los autores observan que la carga del cuidador disminuye en el GE. Sin embargo, en el GC no disminuye la carga debido a que no han recibido dicha educación.

En cuanto a la salud emocional y la sociabilidad, en el GE aumenta en términos generales. Sin embargo, las personas que no reciben dicha educación ven su salud emocional y la sociabilidad disminuida. Por último, la salud general en el GE se ve aumentada, y por el contrario disminuye en el GC (32).

5. DISCUSIÓN

Entrando en el análisis de los datos extraídos de los artículos y estudios analizados, vemos cómo todos los autores están de acuerdo en que el perfil del cuidador informal es normalmente femenino.

Otra conclusión que extraemos de los datos es que la franja de edad de los cuidadores varía entre los 36 y los 65 años; mientras que las personas dependientes cuidadas suelen ser mayores de 65 años. Cabe recalcar que algunos autores acotan más la edad media puesto que la franja antes expuesta es muy grande y los resultados podrían parecer muy ambiguos (5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15).

Uno de los factores de controversia existentes entre los autores es el vínculo entre cuidador y paciente. Algunos estudios indican que normalmente son las hijas las que cuidan de sus padres (10, 11), mientras que otros indican que en la mayoría de los casos son los cónyuges los que cuidan de la persona dependiente (13, 15). Entrando en este debate, vemos que hay dos variantes. Además, otro de los estudios lo diferencia por sexo, indicando que en el caso de ser las hijas, el perfil del cuidador es femenino, y en el caso de que sean los cónyuges los cuidadores, el perfil suele ser

masculino (14).

Se ha observado que varios estudios dan importancia al estado civil de los cuidadores (5, 9, 11, 12, 13, 14), mientras que otro, solo uno de los estudios, no mencionan dicha realidad (11). La conclusión que podemos extraer de los primeros estudios es que le dan relevancia como factor influyente, y exponen que la mayoría de los cuidadores están casados (5, 9, 11, 12, 13, 14). Por el contrario, el hecho de que otro estudio no mencione el estatus marital se podría deber a que no les parece un factor relevante (10).

Analizando el nivel de estudios de los cuidadores, varios autores afirman que la gran mayoría de ellos solo tiene estudios primarios o inferiores (9, 11, 13, 14). Sin embargo, en el estudio realizado por el Gobierno Vasco podemos apreciar que existen dos realidades distintas, en función al sexo de los cuidadores. Por un lado observamos que en caso de ser mujer, predominan las cuidadoras con estudios primarios o inferiores, en el caso de ser hombre, los cuidadores mayoritariamente poseen estudios secundarios o superiores (5).

Las personas que ejercen este rol tienen muchísimas dificultades para compaginarlo con otros trabajos, por eso es que la mayoría se dedica exclusivamente al cuidado de la familia y del hogar, careciendo así de un trabajo remunerado (9, 13, 14). Una vez más, vemos que estos resultados son diferenciados por razón de sexo. Por un lado observamos que, como la mayoría de los hombres cuidadores están ya jubilados, no les afecta a su vida laboral. Sin embargo, en el caso de las mujeres, se ven obligadas en muchos casos a hacer de la labor de cuidadora su dedicación a tiempo completo, renunciando labores fuera del hogar. Esto puede acarrearles consecuencias económicas y sociales, ya que carecen de un trabajo remunerado (11, 12).

En relación a la carga que soportan los cuidadores informales y los posibles factores que les afectan, el primer factor que influye en la carga de trabajo es el grado de dependencia del paciente. Cuanto mayor es la dependencia, mayor grado de sobrecarga presentan los cuidadores, debiéndose esto al hecho de que el dependiente requiere de la ayuda de los cuidadores para la realización de más actividades (16, 17).

Otros factores que aumentan la carga que sufre el cuidador son la disfunción familiar y la ayuda recibida; tanto informal por parte de otros miembros de la familia o amigos, como institucional. Obviamente esto se debe a que cuanto menos ayuda exista, más aumenta la cantidad de trabajo y por ende, la carga (16, 18, 19, 20). Las consecuencias de esta falta de ayuda también difieren por razón de sexo. En los

hombres que cuidan sin ayuda, aumentan los síntomas de ansiedad y depresión. Sin embargo, en el caso de las mujeres, no se ha encontrado relación entre la ayuda percibida y el padecimiento de dichos síntomas (5). A pesar de esto, en general las mujeres presentan peor estado de salud que los hombres, mostrando mayor grado de depresión que el sexo opuesto (5, 20), aunque, uno de los artículos analizado afirma no tener relación (18).

El tiempo dedicado al cuidado, según varios autores, es otro factor que influye a la hora de aumentar la carga. Cuanto más se prolonga en el tiempo la realización del cuidado, la persona presenta mayor sobrecarga (5, 19). Aun así, no todos los autores están de acuerdo con esta afirmación. Existe otro que afirma que no existe relación entre el tiempo dedicado y la sobrecarga (18).

Otro factor controversial que se nos plantea es la edad. Una de las publicaciones afirma que a medida que la edad del cuidador aumenta, disminuye la carga de trabajo que soporta (16). Por el contrario, otro artículo nos señala que dicha relación no es real (18). Además existe un tercer artículo que apunta a la existencia de esta relación, pero no deja claro si el aumento de la edad tiene influencia positiva o negativa en el grado de sobrecarga (20).

El nivel de estudios es también un factor. Según esto, los cuidadores que tienen estudios secundarios, universitarios o superiores son más proclives a sufrir sobrecarga que los que tienen estudios primarios o no tienen estudios (20).

Entrando más a fondo en el entorno de la salud de los cuidadores, muchos de los autores están de acuerdo en que el hecho de cuidar puede conllevar consecuencias negativas tanto físicas, como psicosociales y económicas (21, 23, 24, 25). La carga física o sobrecarga que los cuidadores manifiestan debido al hecho de cuidar es real hasta tal punto que uno de los estudios concluye que la salud o la calidad de vida disminuyen tras asumir el rol de cuidador (22).

La mayoría de los autores han observado que los problemas psicosociales son los más relevantes en el cuidador, y los que más riesgo tienen de presentarse. Aparecen en forma de frustración, tristeza, estrés, ansiedad, impotencia, depresión, percepción de pérdida de vida, dificultad para concentrarse, problemas de memoria o limitación en las relaciones sociales y familiares (21, 23, 24, 26). Los cuidadores en muchas ocasiones suprimen actividades de ocio y esto lleva consigo el deterioro de la salud, aislándose de su familia y de sus relaciones de ocio (23, 26). Uno de los autores, asocia los problemas psicológicos con otros problemas como pueden ser la migraña,

hipertensión arterial, diabetes, gastritis y enfermedades osteoarticulares (24). Otro autor lo lleva más lejos y apunta aparte de los problemas anteriores, que si el estrés se mantiene en el tiempo puede aparecer el cansancio continuo, trastornos del sueño y aumento o disminución del apetito (26).

El tercer ámbito mencionado, el de la economía, es mencionado solo por una publicación. En ésta se afirma que el cuidar genera costes adicionales debido al tratamiento del paciente, asistencia médica y que en muchos casos, el cuidador tiene que abandonar su trabajo para dedicarse exclusivamente al cuidado, renunciando así a un trabajo remunerado (21).

Para contrarrestar estos efectos, se han creado varios programas educativos y estudios para conocer el impacto que tienen las sesiones formativas de educación a los cuidadores informales. Como consecuencia, se ha apreciado una disminución de la sobrecarga tras las sesiones. Los autores de dichas publicaciones observan cómo disminuye ésta tras las sesiones organizadas (26, 29, 31, 32).

La depresión es otro factor que se analiza en diferentes estudios. Son 4 los estudios que investigan este factor, estando todos de acuerdo en que la depresión disminuye tras los programas educativos (27, 28, 29, 31). El bienestar emocional, según los autores, mejora respecto a los valores anteriores a la intervención (28, 32) y uno de ellos afirma que mejora la salud en general (32).

En cuanto a las habilidades del cuidado adquiridas en estos programas también existen diferencias entre la pre-prueba y la post-prueba de los análisis que confirman que hay un aumento en este aspecto (30, 31). Sin embargo, solo uno de los estudios habla sobre la mejora de la sociabilidad de los cuidadores, afirmando que tras las sesiones ésta aumenta (32).

Tras analizar las publicaciones que hay sobre este tema, realizar este trabajo y haber hecho las prácticas en atención primaria; con todo lo que he aprendido estos años me he dispuesto a reflexionar sobre ello una vez más y me he dado cuenta de que aún queda mucho por hacer para poder mejorar la situación de los cuidadores. Desde la atención primaria, en mi opinión, no se involucran lo suficiente con estas personas, ya que no tienen en cuenta que son pacientes potenciales. Las razones pueden ser diversas. Podría ser que los profesionales de la sanidad no supieran exactamente cómo se puede formar a estas personas o cómo se les puede ayudar, ya que a ellos tampoco se les ha formado para instruir a los cuidadores. En mi experiencia personal, he vivido cómo algunos cuidadores padecían una elevada sobrecarga de trabajo y por

parte del equipo multidisciplinar no se le ha dado la importancia que bajo mi punto de vista requería.

Como futura enfermera, creo que es interesante tener una formación para estas situaciones y no dejarlas pasar, ya que de este modo se puede evitar que los cuidadores sean futuros enfermos. Para conseguir este objetivo, una opción podría ser tener un protocolo desde Osakidetza sobre cómo tendrían que actuar los profesionales cuando captan un caso de un cuidador familiar cuya situación podría derivar en enfermedad por la carga que supone tener a su cargo un paciente dependiente. De esta manera los profesionales podrían ayudar a los cuidadores desde una actuación individual, activando dicho protocolo cuando observan un posible caso de sobrecarga en el cuidador y desde una intervención grupal constituyendo grupos de cuidadores donde aplicar los programas educativos. Es por ello que una manera de continuar desarrollando este trabajo es realizar un programa de salud donde se pueda trabajar diferentes aspectos como por ejemplo formar al cuidador sobre la importancia de autocuidado dándole estrategias para ello, aumentar el nivel de conocimiento del cuidador sobre la enfermedad del paciente, ayuda en la toma de decisiones, ayuda a identificar herramientas para el manejo de posibles situaciones de conflicto, enseñar diferentes técnicas para el manejo de estrés, fomentar el ámbito social dando importancia de mantener las actividades de ocio y tiempo libre, etc.

Con este trabajo considero que puedo abrir un debate sobre los cuidadores informales y exponer los problemas existentes y que afrontan en su día a día. Sin embargo, es un tema que tendrá que desarrollarse en el futuro.

6. CONCLUSIONES

- En relación al perfil del cuidador podríamos concluir que las personas que asumen el rol del cuidador en su gran mayoría son mujeres, siendo estas las hijas de la persona dependiente. Sin embargo, en el sexo masculino, son los cónyuges de la persona que cuidan. Además, extraemos también la conclusión de que son en su mayoría personas casadas, con estudios primarios o sin ningún tipo de estudio y sólo se dedican a cuidar; es decir, no tienen un trabajo remunerado fuera del rol de cuidador.
- En cuanto a los factores que influyen a la hora de padecer sobrecarga, el grado de dependencia del paciente es uno de ellos, afirmando que a mayor grado de dependencia, mayor es la sobrecarga del cuidador. También influye la ayuda percibida tanto por otros familiares como por las instituciones, siendo importante la

existencia de dichas ayudas a la hora de disminuir la sobrecarga. La disfunción familiar, es otro factor influyente en la carga del cuidador. Además, los cuidadores cuyos estudios son secundarios, universitarios o superiores, son más proclives a sufrir sobrecarga que los que tienen estudios primarios o no tienen estudios.

- Queda patente en los resultados que la calidad de vida del cuidador al asumir el rol disminuye considerablemente. El cuidar llega a producir problemas psicológicos como son la frustración, la tristeza, el estrés, la ansiedad, la depresión, la percepción de pérdida de vida, la dificultad para concentrarse y pérdidas de memoria. Estos problemas a su vez llevan asociados problemas físicos como son la migraña, la hipertensión arterial, la diabetes, gastritis y enfermedades osteoarticulares. Por último, también observamos la aparición de problemas sociales, ya que los cuidadores dejan de mantener relaciones sociales debido a la alta carga de trabajo que supone el tener a una persona a su cargo, aislándose así del entorno social.
- En cuanto a los programas educativos, se ha concluido que son positivos para los cuidadores. Se debe a que disminuyen la sobrecarga y la depresión y además aumentan el bienestar emocional y también la sociabilidad, es decir, aumenta la calidad de vida en general.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Subirats J, Fernández R, Rodríguez G, Ribera JM, Durán MA, Kalache A, Rubio R, Camps V. Envejecimiento activo. Libro blanco 1ª ed. Madrid: IMSERSO; 2011 [acceso 2 de enero de 2019] de 2019]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
- (2) Fundación caser [sede web]. Madrid: Fundación caser; 2017 [acceso 10 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.fundacioncaser.org/>
- (3) Morilla JC, Morales JM, Kaknani S, García S. Situaciones de cronicidad compleja y coordinación sociosanitaria. *Enferm Clin.* 2016;26(1): 55 – 60. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1130862115001084?token=B7E000776E678CDD1449B7CA7BCC8E4C3F2CBC17945CE3C1E321AB3FDE0DF2505CA2E58B7F76C99211B5978A28CF9EDA>
- (4) Saavedra MD, Martínez JR, Lillo M, Casabona I. Cuidadores familiares. “Aprendiendo a vivir”. *RIdEC.* 2010; 3(2): 84 – 90. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/21/ridec.2010.vol3-n02.0.pdf>
- (5) Mosquera I, Martín U, Larrañaga I. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. El cuidado informal en la Comunidad Autónoma del País Vasco. 2013. [acceso 23 de diciembre de 2019]. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_021_escav13_cuidados/es_def/adjuntos/cuidados.pdf
- (6) Instituto Nacional de Estadística [sede web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2019 [acceso 3 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/>
- (7) Vidal MJ, Labeaga JM, Casado P et al. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad. Madrid: IMSERSO; 2016. [acceso 5 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/11201700_1_informe-2016-persona.pdf
- (8) Oldenkamp M, Hagedoorn M, Wittek R, Stol R, Smidt N. The impact of older person’s frailty on the care-related quality of life of their informal caregiver over time: results from the TOPICS – MDS Project. *Qual Life Res.* 2017;26: 2705 – 2716. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5597689/pdf/11136_2017_Article_1606.pdf

- (9) Figueroa Y. Situación del cuidador y características del cuidado de personas con discapacidad en Santiago de Cali. Rev Chil Salud Pública. 2011; 15(2): 83 – 89. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/269969886_Situacion_del_cuidador_y_caracteristicas_del_cuidado_de_personas_con_discapacidad_en_Santiago_de_Cali
- (10) Álvarez B, Quintano A, Rabadán P. Validación de las características definitorias del diagnóstico cansancio en el desempeño del rol de cuidador en atención primaria. Nure inv. 2012; 9 (56): 1 – 8. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/562/551>
- (11) Delicado MV, Alcarria A, Ortega C, Alfaro A. Autoestima, apoyo familiar y social en cuidadores familiares de personas dependientes. Metas de Enferm. 2011; 13(10): 26-32: Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80141/autoestima-apoyo-familiar-y-social-en-cuidadores-familiares-de-personas-dependientes/>
- (12) García M, Lozano M, Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. Gac Sanit. 2011; 25: 100 – 107: <http://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911111002998>
- (13) Vega OM, González DS. Soporte social mediante intervención telefónica en cuidadores de enfermos crónicos discapacitados en Cúcuta, Colombia. Respuestas. 2013; 18 (1): 32 – 42. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5364495>
- (14) García F, Delicado V, Alfaro A, López J. Utilización de recursos sociosanitarios y características del cuidado informal de los pacientes inmovilizados en atención domiciliaria. Aten Primaria. 2014: 1 – 10: Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5021459>
- (15) Álvarez M, Casado R, Ortega M, Ruiz E. Sobrecarga sentida en personas cuidadoras informales de pacientes pluripatológicos en una zona urbana. Enferm Clin. 2012; 22 (6): 286 – 292: Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862112001271>
- (16) Espín AM. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev. Cub. salud pública. 2012; 38(3): 393 – 402: Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662012000300006&lng=es&nrm=iso

- (17) Pereira S, Duque E. El cuidado de las personas mayores dependientes. La sobrecarga de los cuidadores. Revista Kairós. 2017; 20 (1): 187 – 202. Disponible en:
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:f63P4MLrdMAJ:https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/33492/23077+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=es>
- (18) Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y enfermería. 2012; 18 (1): 29 – 41. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004
- (19) Pérez M, Muñoz MA, Parra L, Del Pino R. Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. Aten Primaria. 2017; 49 (7): 381 – 388. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/read/noindex/pii/S0212656716305704/1-s2.0-S0212656716305704-main.pdf>
- (20) Peña F, Álvarez MA, Melero J. Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmovilizados en una zona de salud urbana. Enferm Global. 2016; (43): 100 – 111. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300004
- (21) Carreño S, Sánchez B, Carrillo G, Chaparro L, Gómez O. Carga de la enfermedad crónica para los sujetos implicados en el cuidado. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2016;34(3):342–349. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120386X2016000300342&script=sci_abstract&lng=es
- (22) Velasco VM, Estala F, Suárez GG, Rodríguez C, Limones ML, Alvarado PM. Percepción del estado de salud y calidad de vida del cuidador primario de adultos mayores relacionada con la sobrecarga de trabajo. Paraninfo Digital. 2016; (25): 1–11: Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/023.php>
- (23) Mayobre P, Vázquez I. Cuidar cuesta: Un análisis del cuidado desde la perspectiva de género. Rev. Esp. Investig. Sociol. 2015; (151): 83 – 100. Disponible en:
<https://www.ingentaconnect.com/contentone/cis/reis/2015/00000151/00000001/art00005;jsessionid=6oba39480p50n.x-ic-live-03>

- (24) Vivian R, Campos MS, Carrillo GM, Coral R, Chaparro L, Durán Myriam, Rosales R et al. Entrevista Percepción de Carga del Cuidador de Zarit: pruebas psicométricas para Colombia. *Aquichan*. 2015; 15(3): 368 – 380. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972015000300005&script=sci_abstract&tlng=es
- (25) Mosquera I, Larrañaga I, Lozano MR, Calderón C, Machón M, García MM. Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa. *Estudio Cuidar-Se. Rev. Esp. Salud Pública*. 2019; 93: 1–13. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/330621167_Desigualdades_de_genero_en_el_impacto_del_cuidado_informal_de_mayores_dependientes_en_Guipuzko_Estudio_CUIDAR-SE
- (26) Cuidadoras Crónicas [sede Web]. Sevilla: ABC; 2018 – [acceso 10 de enero del 2019]. Síntomas del síndrome del cuidador quemado. Disponible en: <https://contenidopromocionado.sevilla.abc.es/2018/05/03/proxima-cuidados-asistencia-mayores-sevilla-sindrome-cuidador-quemado/#>
- (27) Velásquez V, López L, López H, Castaño N, Muñiz E. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Rev. Salud Pública*. 2011; 13 (4): 610 – 619. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v13n4/v13n4a06.pdf>
- (28) Ferré C, Sevilla M, Boqué M, Aparicio MR, Valdivieso A, Lleixa M. Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares. *Aten Primaria*. 2012; 44(12): 695 – 702. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656712002089>
- (29) Bohórquez VC, Castañeda BA, Trigos LJ, Orozco LC, Camargo FA. Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. *Rev. Cub. Enferm*. 2011; 27 (3): 210 – 219. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300005
- (30) Cárdenas L, Rojas JC, Arana B, García ML, Hernández Y. Evaluación de una intervención educativa de enfermería dirigida a cuidadores principales de pacientes crónicos. *Rev. Colomb. Enferm*. 2016; 13: 95 – 104. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/309957716_Evaluacion_de_una_intervencion_educativa_de_enfermeria_dirigida_a_cuidadores_principales_de_pacientes_cronico

- (31) Espín AM. Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev. Fac Salud. 2011; 3: 9 – 19. Disponible en: <https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/61>
- (32) Doris SF. Effects of a Health and Social COllaborative Case Management Modelo n Health Outcomes of Family Caregivers of Frail Older Adults: Preliminary Data from a Pilot Randomized Controlled Trial. Journal compilation. 2016; 64(10): 2144 – 2148. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27550619>

ANEXO 1: TRP

La TRP de D´Zurilla y Goldfried es una técnica psicoterapéutica para la resolución del estrés, con el fin de dar solución a los problemas. Se caracteriza por su efectividad y facilidad de aplicación práctica.

Los 5 pasos para resolver un problema son:

Orientación hacia el problema	Identificar el problema. El problema se detecta por las emociones negativas que genera. ¿Cómo me siento ante una situación determinada? Si la respuesta es negativa, estamos ante un problema que debemos afrontarlo de manera reflexiva.
Definición y formulación del problema	Análisis de la situación. ¿Por qué pasa esta situación?, ¿dónde ocurre?, ¿con qué personas ocurre?, ¿cuándo ocurre?, ¿qué hago cuando ocurre?
Generación de alternativas de solución	Generar las ideas que pueden solucionar el conflicto. Realizar una tormenta de ideas para cada objetivo que queramos conseguir.
Toma de decisiones	Analizar las mejores alternativas planteadas, analizando las ventajas e inconvenientes de cada ellas seleccionaras las mejores para ti.
Implementación de la solución y verificación	Poner en marcha la solución seleccionada. Hacer una planificación de los pasos a seguir.

Anexo 1: Pasos para la realización de la TRP. Fuente: Mayo Clinic. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/stress-management/art-20044502>.