

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

FACULTADE DE MEDICINA

TRABALLO FIN DE GRAO DE MEDICINA

Título do TFG: IMPLICACIÓNS DO COIDADADO DE PERSOAS DEPENDENTES SOBRE A SAÚDE MENTAL, FÍSICA E CALIDADE DE VIDA DOS FAMILIARES COIDADORES.

AUTOR: APELIDOS E NOME: NÚÑEZ SÁNCHEZ, SILVIA.

TITOR/A: SALAZAR BERNARD, ISABEL.

COTITOR/A: BLANCO PENA, TANIA ISABEL.

Departamento: PSIQUIATRÍA, RADIOLOXÍA, SAÚDE PÚBLICA, ENFERMERÍA E MEDICINA.

Curso académico: 2019-2020

Convocatoria: Do 25 de xuño ao 24 de xullo de 2020.

“Vivimos en profundas redes de interdependencia radical que la ideología del individualismo niega. Hay que pensar la interdependencia como una condición humana pero también como condición de todos los seres sintientes. Esto nos brinda una nueva perspectiva política menos centrada en cuestiones de territorio y de soberanía que en el reconocimiento de la dependencia mutua. El cuerpo es un buen punto de partida, porque como cuerpos somos vulnerables y dependientes. Ésta es nuestra condición. Incluso diría que si, como cuerpos, quedamos completamente aislados, no sobrevivimos ni como niños, ni, obviamente, como adultos.”

Judit Butler

ÍNDICE

1. Introducción	7
1.1. RESUMEN:.....	7
1.2. RESUMO:.....	7
1.3. ABSTRACT:	7
1.4. PALABRAS CLAVE:	7
1.5. OBJETIVOS:	7
1.6. JUSTIFICACIÓN:	7
1.7. MATERIAL Y MÉTODOS:	8
2. Marco teórico	9
2.1. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS:	9
2.2. DEPENDENCIA:	11
2.2.1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):.....	11
2.2.2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):.....	11
2.2.3. Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD):	11
2.3. CUIDADO FORMAL E INFORMAL:	12
2.3.1. El cuidado formal:.....	12
2.3.2. El cuidado informal:	12
3. Perfil del cuidador de personas dependientes.....	13
4. Principales problemas de salud que presentan los cuidadores informales	15
5. Problemas de salud mental que presentan los cuidadores informales	17
5.1. SOBRECARGA	17
5.2. ESTRÉS:.....	18
5.3. ANSIEDAD:	20
5.4. DEPRESIÓN:	20
5.5. OTROS:.....	21
6. Desigualdades de género en los cuidadores informales:	22
7. Terapias con cuidadores informales:	23
7.1. REVISIÓN DE INTERVENCIONES:	23
7.1.1. Grupos de ayuda y soporte:.....	23
7.1.2. Psicoeducativas:.....	23

7.1.3. Cognitivo-conductuales:	24
7.1.4. Mindfulness:	24
7.2. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN:	24
8. Discusión:.....	25
9. Conclusiones:.....	26
10. Bibliografía:.....	29

1. Introducción

1.1. RESUMEN:

Ante una persona mayor con dependencia, en numerosas ocasiones, son los propios familiares quienes asumen el rol de cuidador. Esta tarea la lleva a cabo, en gran medida, un solo miembro de la familia, durante un cierto período de tiempo. Debido a la sobrecarga que esto conlleva, puede llegar a tener una repercusión en la salud del cuidador, especialmente a nivel mental y emocional. El objetivo de este trabajo es analizar la figura del cuidador, así como su impacto en su salud mental y emocional.

1.2. RESUMO:

Ante unha persoa maior con dependencia, en numerosas ocasións, son os propios familiares quen asumen o rol de coidador. Esta tarefa lévaa a cabo, en gran medida, un só membro da familia, durante un certo período de tempo. Debido a sobrecarga que isto supón, pode chegar a ter una repercusión na saúde do coidador, especialmente a nivel menta e emocional. O obxectivo deste traballo é analizar a figura do coidador, así como o seu impacto na súa saúde mental e emocional.

1.3. ABSTRACT:

When attending to an old depending person, several times, their own relatives act like caregivers. Usually, this is carried out by a single family member, during a period. As a result, it can imply a burden that has consequences on the mental and emotional health of the caregiver. The objective of this study is to analyze the main profile of the caregiver and the impact that this task has on their mental and emotional health.

1.4. PALABRAS CLAVE:

Cuidador informal; dependencia; perfil; salud física; salud mental; sobrecarga.

1.5. OBJETIVOS:

El objetivo principal de este estudio es conocer, a través de una revisión bibliográfica, las principales implicaciones a nivel de salud (sobre todo en la salud mental) que tiene la tarea de cuidar en el cuidador informal. Por otra parte, se hará un perfil del cuidador informal para delimitar de forma más precisa a este grupo. Finalmente, se recogen las principales intervenciones que han demostrado mejorar los índices de salud de los cuidadores informales.

1.6. JUSTIFICACIÓN:

El análisis de la figura del cuidador informal se justifica por varias razones:

1.6.1. El cuidador informal actualmente es el que asume con más frecuencia la responsabilidad del cuidado a una persona dependiente. Al ser un grupo relevante de población, es interesante conocer su realidad.

1.6.2. El conocimiento de sus características como grupo permitirá desarrollar de forma más efectiva, rápida y precisa medidas para la resolución de sus problemas y prevención de patologías.

1.6.3. Un buen estado de salud del cuidador, en todos los aspectos, no solamente tiene implicaciones directas sobre el mismo, sino que también repercute en un mejor cuidado de la persona dependiente.

1.6.4. Debido a la situación en la que se encuentran, son “enfermos potenciales”. Es decir, las características de su labor como cuidadores los someten a ciertos factores de riesgo tanto físicos como psíquicos, que, si no se valoran y corrigen a tiempo, pueden acabar desembocando en diversas patologías. Por ello, a modo preventivo, es importante tener un amplio conocimiento de estos factores de riesgo, así como una sistemática de evaluación y actuación para intervenir adecuadamente sobre ellos.

1.7. MATERIAL Y MÉTODOS:

Este estudio es una revisión sistemática de la bibliografía disponible acerca de la salud mental y física de los cuidadores informales. Para ello se utilizaron las bases de datos DIALNET (<https://dialnet.unirioja.es/>) y PUBMED-NCBI (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Como criterios de inclusión se utilizaron los siguientes:

1.7.1. Criterio temporal: se seleccionaron sólo los artículos desde el año 2015 a la actualidad.

1.7.2. Conceptos clave: fueron seleccionados artículos que mencionaban específicamente en el título o en el *Abstract* la salud mental del cuidador informal, los perfiles del cuidador informal o posibles terapias y actividades para cuidadores informales.

1.7.3. Criterio sociodemográfico: se incluyeron solamente los artículos de corte nacional. Se seleccionó este criterio por dos motivos. El primero, para evitar sesgos en relación con políticas sociales/económicas, que atañen al cuidado de las personas dependientes, diferentes en cada país (existe heterogeneidad entre los distintos países). Y el segundo, por la influencia sociocultural, que puede implicar una gran diversidad entre, por ejemplo, países del norte de Europa con respecto a los del sur, y de estos con respecto a otros países de Latinoamérica. Por ello se ha decidido centrar la búsqueda y el análisis a nivel nacional.

1.7.4. Disposición de los artículos: se utilizaron solamente artículos de acceso libre.

En DIALNET se usaron los parámetros *sobrecarga*, *cuidador e informal*. Se encontraron 79 artículos. Se hizo una primera selección leyendo los títulos y resúmenes de cada uno y seleccionando sólo los que hablaban sobre la salud mental, perfil del cuidador informal y posibles terapias o actividades para mejorar su estado de salud. Finalmente, aplicando todos los criterios de inclusión, se seleccionaron 12 de estos 79 artículos.

En PUBMED-NCBI se usaron los términos *caregiver*, *burden* y *mental health*. Aparecieron en total 2165 textos, que, tras un cribado con los criterios de inclusión, permitió la selección de 8 artículos.

2. Marco teórico

2.1. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS:

Desde comienzos del siglo XX hasta la actualidad, se han producido en diferentes países, incluyendo España, una serie de mejoras que han repercutido en la población. Estas mejoras se produjeron, entre otros, a nivel socioeconómico, en las condiciones de vida y a nivel sanitario. Entre los avances sanitarios, encontramos: aumento de las políticas públicas sanitarias, mayor educación y concienciación de la población con respecto a hábitos de riesgo (por ejemplo, el tabaquismo), intervención sobre los factores de riesgo para prevenir la aparición de enfermedades, mejores técnicas diagnósticas y de detección precoz y más y mejores tratamientos (1). Todo ello ha permitido un aumento de la esperanza de vida a costa de una mayor supervivencia, tanto en edad infantil como en edades avanzadas. Tendencia que se viene produciendo durante todo el siglo XX y se ha consolidado en la actualidad (2–5).

Todo lo anterior, como ya se ha comentado, tiene implicaciones sobre la población. Por una parte, asistimos a un cambio demográfico en el que se produce un aumento de la población mayor de 65 años. Es decir, asistimos al envejecimiento demográfico (concepto rechazado por algunos autores al considerarlo impreciso y despectivo). Cabe señalar que este aumento de la población anciana, junto con el aumento de la esperanza de vida da lugar a un incremento del sobre-envejecimiento, (aumento de la población mayor de 80 años, con valores muy por encima de los que se había visto hasta el momento). Por otra parte, se produce la cronificación de enfermedades que antes eran mortales o tenían una tasa de supervivencia más baja a corto plazo.

Esto se puede ver haciendo una comparativa entre las figuras 1 y 2 extraídas del estudio de Pérez Díaz et. al. (3) sobre el envejecimiento demográfico. En la Figura 1 se ve la pirámide de población española del año 1975. En ella se puede ver cómo ningún extracto de edad por encima de los 65 años supera el 0,4%, (excepto el grupo etario de los 66 a los 71 años de las mujeres). Sin embargo, en la base del gráfico, los porcentajes son mucho mayores. Esto refleja una población con relevo generacional. Mientras, en la Figura 2, vemos el mismo tipo de gráfica, pero correspondiente al 1 de enero de 2017. Aquí ha aumentado el porcentaje de población por encima de los 65 años llegando casi al 0,6% muchos de los extractos de edad en ambos sexos. E incluso, en la parte más alta de la gráfica se aprecia un aumento del porcentaje de población, lo que refleja un sobre-envejecimiento de la población, es decir, comparando con 1975 hay más gente mayor que llega a edades más altas por encima de los 80 años. En esta última gráfica también se puede observar cómo ha disminuido el porcentaje de población en la parte baja. Esto refleja un envejecimiento de la sociedad española que plantea dudas sobre el relevo generacional.

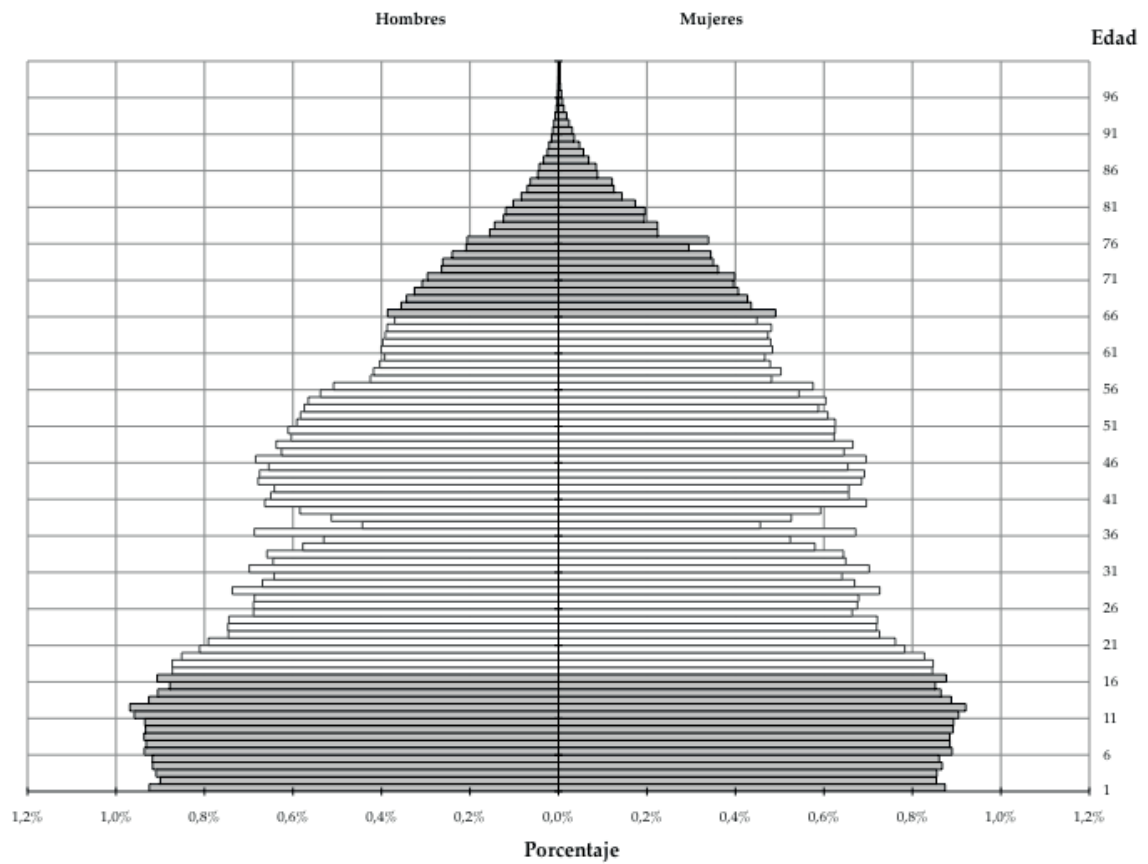


Figura 1: Pirámide población española. 1975. FUENTE: Pérez Díaz et. al. (3)

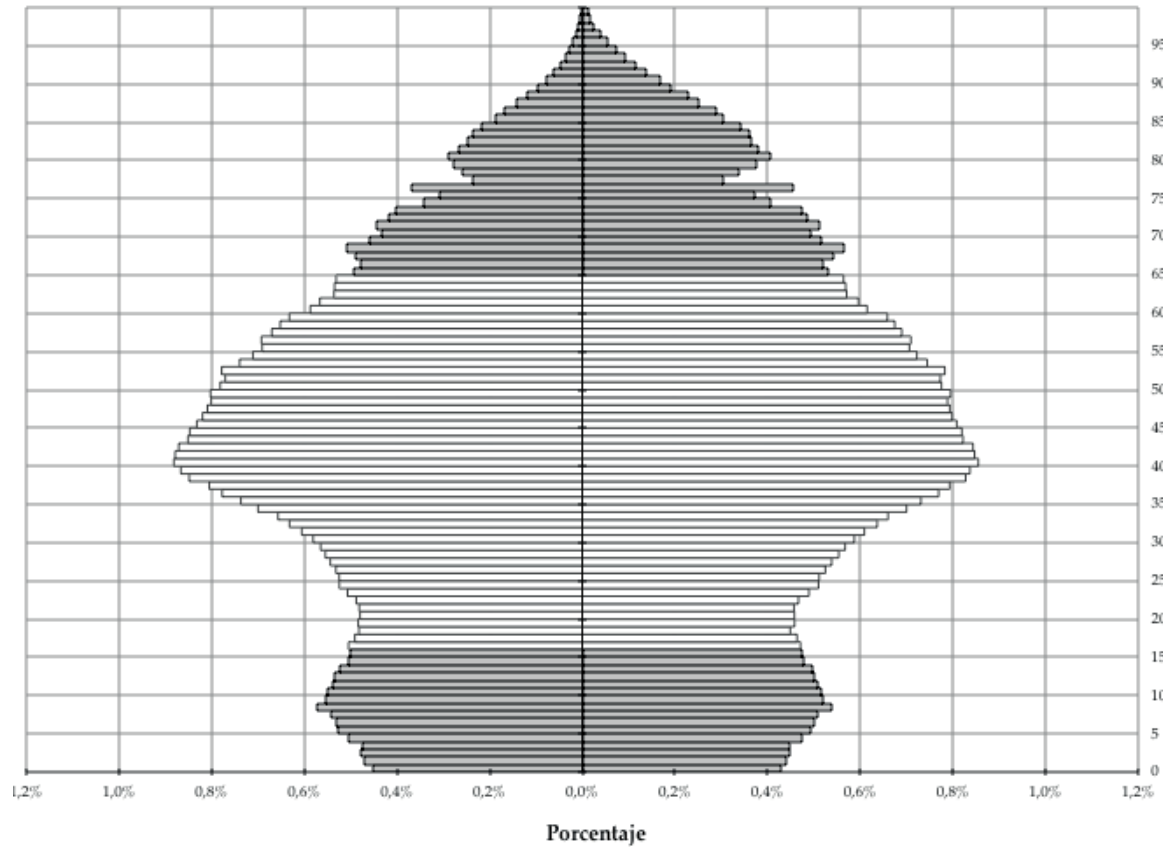


Figura 2: Pirámide población española a 1 de enero de 2017. FUENTE: Pérez Díaz et. al. (3)

2.2. DEPENDENCIA:

Estos grupos de población sufren un progresivo deterioro de su capacidad funcional, viéndose afectado su desempeño en las actividades de la vida diaria (AVD). Se denomina así a las tareas que permiten a una persona desenvolverse con independencia y autonomía (6–8). Se clasifican en tres grupos:

2.2.1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):

Centradas en el autocuidado y en la independencia en el hogar. Por ejemplo: comer, beber, cuidar la higiene y el aseo personal, vestirse y desvestirse, cambiar de posición corporal y ser capaz de mantenerla, desplazarse dentro del hogar, levantarse y acostarse, hablar, etc.

2.2.2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):

Aquellas que permiten realizar una vida independiente (aportan más autonomías que las ABVD). Por ejemplo: desplazarse sin necesidad de transporte, tener acceso a suministros y servicios necesarios, limpieza y cuidado del hogar, etc.

2.2.3. Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD):

Son las más complejas y revelan un nivel de funcionalidad física amplio. Se centran en las capacidades de relación social y actividad física. Por ejemplo: realización de ejercicio físico y actividades laborales, mantenimiento de actividades sociales, etc.

Es en base a la dificultad para realizar estas actividades el modo en que muchos autores definen dependencia. Así, por ejemplo, Miguel Querejeta González (9) hace la siguiente definición de dependencia: *“La situación en la que una persona con discapacidad precise de ayuda, técnica o personal para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad”*.

El Comité de Ministros del Consejo de Europa en su recomendación N.º (98)9 (10) define dependencia como *“un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tiene necesidad de una asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar las actividades corrientes de la vida diaria.”*

En la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (11) también aparece definido este concepto. *“El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.”*

Así, podemos ver que, en todas ellas, hay elementos en común: la referencia a las Actividades de la Vida Diaria (recogiendo la limitación para su realización) y la necesidad de apoyo por parte de terceros. En este segundo elemento, es donde entra en juego otro aspecto importante de la dependencia: quién facilita los cuidados.

2.3. CUIDADO FORMAL E INFORMAL:

Principalmente hay dos tipos de cuidados, el cuidado formal y el cuidado informal.

2.3.1. El cuidado formal:

Es aquel ofrecido por un profesional con una formación de base científica que lo habilita para dicha tarea. En este tipo de cuidado la relación entre el cuidador y la persona dependiente está regulada y existe una relación contractual con remuneración económica. Puede estar enmarcada en el ámbito institucional o en el privado. Y la relación entre paciente y profesional suele tener una afectividad neutra*. Además, a diferencia del cuidado informal, como se desarrollará a continuación, el cuidado formal se centra en tareas más específicas. Los ejemplos más claros de este tipo de cuidado son las instituciones, de ámbito público o privado, que se dedican al cuidado permanente o a tiempo parcial de los pacientes, como las residencias geriátricas o los centros de día. Y también los profesionales contratados de forma privada por los familiares. Tradicionalmente en España se daba más el cuidado informal, pero debido a cambios socioeconómicos (como la dificultad de conciliación laboral o la mayor integración de la mujer en el ámbito laboral -que, como analizaremos posteriormente, es el sexo predominante en el cuidado informal-), cada vez se recurre más a este tipo de cuidado(6,12,13).

2.3.2. El cuidado informal:

Es aquel provisto por familiares, amigos o conocidos. Es decir, por la red social de la persona dependiente. Por lo que en este caso la relación afectiva no es neutra (más adelante veremos cuáles son los tipos de relación más habituales entre el cuidador y el receptor de los cuidados). En general se produce de forma voluntaria o altruista†. Aunque, en ningún caso esta relación está regulada de forma contractual y no tiene ningún tipo de retribución económica acordada ni prolongada en el tiempo‡. Por otra parte, este tipo de cuidado no está enmarcado en ninguna organización ni institución, sino que se da en el ámbito personal. Otra característica de este tipo de cuidado es que va más allá de cuidados específicos. Se basa en una atención integral a las diversas necesidades del paciente, entre las cuales están: el apoyo instrumental o material para la realización de las AVD que el paciente no pueda realizar; el apoyo informativo para resolver problemas concretos del dependiente (el cuidador informal actúa como intermediario entre el cuidado formal y la persona dependiente); y finalmente el apoyo emocional. En este último vemos que, al establecerse una relación estrecha entre cuidador y receptor del cuidado, se crea una interdependencia entre ambos, con una gran carga emocional. En el caso del cuidador, este se verá afectado mentalmente a varios niveles (preocupación por la situación del enfermo, sobrecarga relacionada con la tarea a realizar o falta de tiempo libre, estrés, ansiedad, etc.). Este aspecto del cuidado informal es de especial relevancia en este trabajo, ya que de ahí surgirán afecciones

* Esta afirmación tiene matices, ya que hay autores que defienden que incluso en las relaciones formales también se crean lazos de afectividad.(6).

† No tiene por qué ser totalmente altruista, sino que puede existir cierto grado de retribución ocasional (6).

‡ En este caso, nos referimos a regulación en términos laborales y contractuales. Las relaciones entre cuidador y dependiente sí que aparecen reguladas en la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia que contempla los derechos y deberes de la persona dependiente y del cuidador.

a nivel de salud mental en el cuidador, siendo esto el objetivo central de este estudio (6,12,13).

El cuidado informal ha sido, hasta el momento el más extendido tradicionalmente en la sociedad española. Debido a características culturales de tradición de cuidado familiar (muy compartidas entre los países mediterráneos) y al diseño de las políticas públicas que aportaban escasos recursos para el cuidado formal (6,14). Por tanto, es relevante conocer en profundidad este tipo de cuidado y sus implicaciones, tanto para el receptor de los cuidados como para el propio cuidador. Por otra parte, es importante señalar un posible cambio de tendencia en el futuro, debido, entre otras cosas, al cambio demográfico que supone el aumento de la población anciana, y la incorporación de la mujer al ámbito laboral (que se mencionará posteriormente, es el perfil más extendido entre los cuidadores informales). Todo esto deja patente, la necesidad de fortalecer los sistemas de cuidado formal para adaptar los cuidados a la dependencia a los cambios que están sucediendo en la sociedad actual (15).

3. Perfil del cuidador de personas dependientes

Al hablar del perfil del cuidador informal, hay uno que destaca claramente sobre todos los demás (14–17). Es el de una mujer con edad comprendida entre los 40 y los 65 años[§]. Con un nivel de estudios básico (educación primaria o inferiores). Con algún tipo de relación con la persona dependiente (hija o cónyuge mayoritariamente). En la mayor parte de los casos, conviven en el mismo domicilio con la persona que cuidan (18,19) Con una dedicación mayoritaria al trabajo doméstico y de cuidado (20). Así, podemos ver en el estudio de Navarro-Abal et. al. (19) cómo la media de horas de cuidado semanal es de 45,85 horas. Y en el de Rodríguez-González et. al. (21) es de 6 horas 45 minutos de media diarios. Frente a las más de 8 horas diarias recogidas por Hernández-Gómez et. al. (22). Esta amplia dedicación al trabajo doméstico y de cuidado suele deberse al abandono de las actividades laborales para dedicarse al cuidado de la persona dependiente o a ser, con anterioridad a la actividad de cuidado, ama de casa (23). Suelen ser las cuidadoras principales y de larga duración (18). También es relevante señalar cómo en los últimos años comienzan a destacar otros perfiles, como el de mujeres que no se dedican en exclusiva al trabajo doméstico. Lo vemos, por ejemplo, en el estudio de Martínez-Espejo et. al. (24) donde el 48,9% de las cuidadoras informales trabaja, frente al 46,7% que no tiene ningún tipo de actividad laboral remunerada. O el perfil de hombres jubilados cuidadores (25,20).

[§] En el caso de la edad encontramos mayor variabilidad en los datos que en el género. Esto se explica por las diferencias de los tamaños muestrales de los estudios, así como las poblaciones objeto de estudio. Esta variabilidad también ha sido encontrada en otras revisiones sistemáticas.

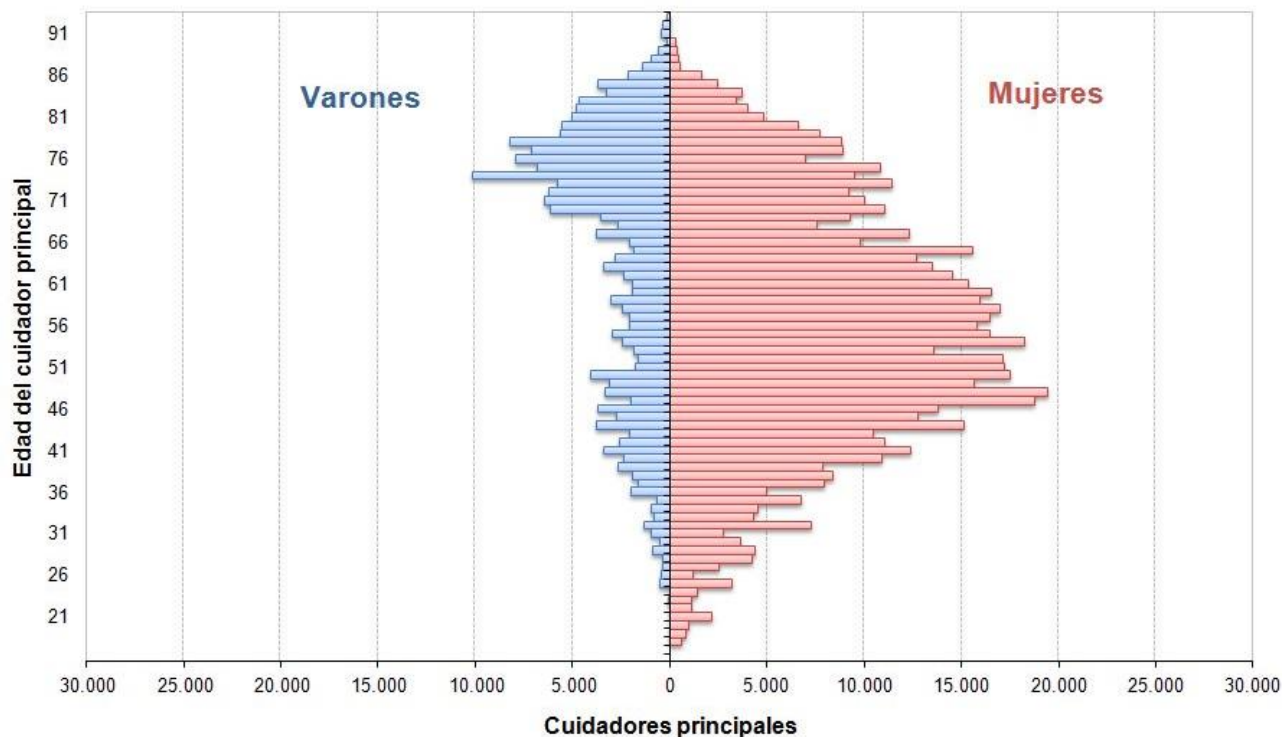


Figura 3: Relación entre el cuidador principal (dividido por sexo) y la edad de este. **FUENTE:** INE. Encuesta sobre Discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia. (26)

La figura 3 se corresponde con una pirámide de población donde se analiza la distribución por edad y sexo de los cuidadores informales de personas dependientes en España. Extraída de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (26) realizada en el 2008 y citada también en el estudio de Mosquera Metcalfe et. al. (25). Representa de forma muy visual y clara los datos anteriormente mencionados. Podemos ver cómo la parte derecha del gráfico, que representa a las mujeres cuidadoras, es mucho mayor que la de los varones. Del mismo modo, las cifras más altas de mujeres cuidadoras se dan en el rango de edad anteriormente comentado, de 40 a 65 años (alcanzando casi las 20000). En el caso de los hombres, aun siendo menores las cifras en comparación con las mujeres, hay un aumento llamativo a partir de los 65 años con respecto a los rangos previos (alcanzando los 10000).

También es relevante analizar específicamente los posibles problemas de salud que puedan presentar los cuidadores informales en el ámbito rural debido a las particularidades que supone vivir en estas zonas. Además, con la actual despoblación rural, puede suceder que los cuidadores tengan una red social de apoyo menor o que esta no esté a su disposición cuando la necesiten. Por otra parte, los recursos sanitarios en algunas áreas rurales pueden ser limitados, lo que podría provocar que sus problemas de salud relacionados con el desarrollo de la tarea de cuidador se agraven. Se hace una aproximación en este sentido en el estudio de Lara-López et. al. (27) acerca de la sobrecarga de cuidadores en un área rural. Es un estudio con una muestra pequeña, con unos resultados en la misma línea de todos los mostrados anteriormente. Nuevamente, el perfil predominante es el de una mujer con edades comprendidas entre 25-75 años (edad media

de 47,3 años). Un inconveniente encontrado en este estudio es la falta de diferenciación entre cuidador formal y cuidador informal. Por ejemplo, se dice en el artículo que el 36,4% de las cuidadoras residían con la persona dependiente, pero no aclara si había algún tipo de vínculo familiar que justificara esta situación o eran cuidadoras contratadas a tiempo completo.

4. Principales problemas de salud que presentan los cuidadores informales

Cuidar a una persona dependiente es un trabajo que requiere una gran implicación por parte del cuidador, más todavía si hablamos del cuidador informal. Supone la dedicación de un gran número de horas, con numerosas tareas que, en muchos casos, conllevan un esfuerzo físico importante. Así mismo, hay muchos factores (externos y relacionados con la propia tarea de cuidado) a los que los cuidadores deben prestar atención, lo que significa no solamente trabajo físico, sino también mental. Todo ello tiene repercusiones en la salud de los cuidadores a varios niveles: aparición de factores de riesgo para la salud, descuido y empeoramiento de enfermedades ya presentes en el cuidador antes de iniciar el trabajo de cuidado, afectación de la salud física y mental, etc. En este apartado nos centraremos en principales factores de riesgo que presentan y en los aspectos de la salud física que más se ven afectados en los cuidadores.

Entre los factores de riesgo que aparecen con mayor frecuencia en los cuidadores informales se encuentran la disminución del tiempo de autocuidado. Si bien esto no es un factor de riesgo en sí mismo, puede dar lugar a la aparición de estos. Además, encontramos factores como la adopción de hábitos de vida insanos (sedentarismo, tabaquismo, ingesta de alcohol, dieta poco saludable, etc.), afectación del sueño y abandono o mal cumplimiento de los tratamientos médicos (24,25).

Las enfermedades y sintomatología que padecen los cuidadores son muy variadas. El trabajo de cuidado de una persona dependiente tiene unos grandes requerimientos físicos, ya que es necesaria, en muchas ocasiones, la movilización del paciente (sin que se cuente con herramientas que la faciliten), así como la realización de tareas domésticas. Ante estas situaciones, el cuidador puede presentar una falta de fuerza física que resulta en la aparición de cansancio, agotamiento (24) e incluso cefaleas, dolores musculares y enfermedades músculo-esqueléticas (las cuales son las más prevalentes en este grupo poblacional). Seguidas de los trastornos mentales (que se verán con más detalle en el apartado siguiente) y las enfermedades cardiovasculares (21,23,25). Así como una mayor incidencia de hipertensión arterial.

Tampoco es extraña la aparición de patología gastrointestinal, alteraciones del sistema inmune, trastornos respiratorios o enfermedades reumáticas. Así mismo, como resultado de todos

estos síntomas y patologías aumenta el uso de recursos sanitarios como visitas médicas, hospitalizaciones y medicación (24).

Un ejemplo de lo que se acaba de exponer se puede ver en la figura 4 extraída del estudio de Ruíz Robledillo et. al. (28) sobre la salud de los cuidadores informales de personas con autismo. En la gráfica se muestran agrupadas por aparatos y sistemas las distintas afecciones que padecen los cuidadores informales y se comparan con el grupo control. En todos los casos, los cuidadores informales padecen más patologías que el grupo control. Pero destacan especialmente las afecciones a nivel del aparato cardiovascular, respiratorio, neurológico y muscular. Datos compatibles con lo expuesto en líneas previas sobre los problemas de salud de los cuidadores informales.

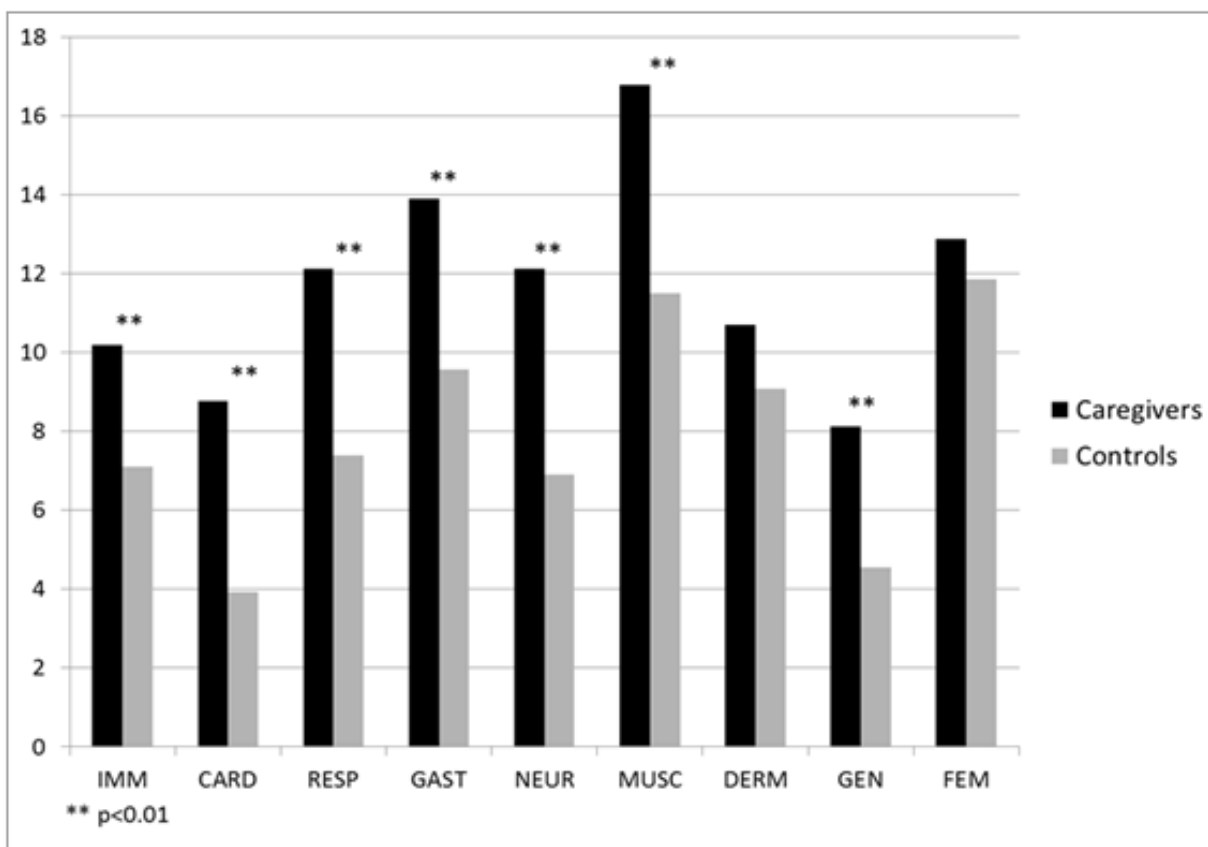


Figura 4: Problemas de salud en cuidadores y grupo control. **FUENTE:** Ruíz Robledillo et. al. (28). IMM: inmunológico; CARD: cardiovascular; RESP: respiratorio; GAST: gastrointestinal; NEUR: neurológico; MUSC: muscular; DERM: dermatológico; GEN: genital-urinario; FEM: female reproductive system (aparato reproductor femenino).

Los propios cuidadores son conscientes de su situación, ya que muchos declaran haber percibido un empeoramiento en su estado de salud general o en patologías y síntomas previos. Es decir, que si bien ya tenían alguna enfermedad antes de comenzar su trabajo como cuidadores, al realizar este, la patología ha empeorado (25,28).

5. Problemas de salud mental que presentan los cuidadores informales

La salud mental es una de las esferas más importantes a analizar en los cuidadores informales. Como ya se ha comentado en el apartado anterior, los trastornos mentales tienen una gran prevalencia entre los cuidadores informales. De modo que su conocimiento detallado permite ser conscientes de la realidad de los cuidadores y servir de base para el diseño de futuras estrategias de apoyo. En este apartado se analizarán las principales patologías psicológicas y psiquiátricas que presentan los cuidadores informales.

5.1. SOBRECARGA

Una de las más importantes es la sobrecarga. A lo largo del tiempo se ha ido cambiando su definición. Como síntesis, se podría decir que es un estado psicológico con consecuencias negativas para el cuidador en diferentes ámbitos (físico, emocional, social y económico) a causa de la labor que desempeña como cuidador de una persona dependiente (17,27,29). En algunos de los estudios revisados alrededor del 15% de la muestra presentaba sobrecarga intensa (19,21). Y era frecuente la asociación de sobrecarga con otras patologías mentales (depresión, ansiedad, estrés, etc.) y físicas, así como una percepción de una peor calidad de vida y un deterioro de sus cualidades como cuidador (21,25,30). Los factores de riesgo que pueden influir en la aparición o agravamiento de la sobrecarga son (17,18,21,22,30) :

- Presentar, por parte del cuidador, una o más enfermedades, tanto agudas como crónicas.
- Tener enfermedades mentales. Que, además, se ven agravadas por la presencia de sobrecarga (15,21,25,30). Con lo cual, estamos ante un círculo vicioso. La persona, que ya tiene una enfermedad mental, empeora sus niveles de sobrecarga a causa de la tarea de cuidador, lo que influye en un empeoramiento de su patología de base.
- Agresividad de la persona dependiente.
- Grados de dependencia altos por parte de la persona cuidada. Ya que esto implica una mayor dedicación de horas al cuidado.
- Personas dependientes con enfermedades que afectan a la conducta, por la mayor dificultad de manejo.
- Grado de parentesco lejano. A pesar de que en un primer momento pueda parecer que un grado de parentesco cercano puede intensificar la sobrecarga, la realidad demuestra todo lo contrario. Ya que una relación familiar más intensa permite una actitud más altruista por parte del cuidador.
- Apoyo social insuficiente o ineficaz.
- Realización de actividades laborales, además del papel de cuidador.
- Menor nivel de estudios del cuidador.
- Carencias económicas que dificulten hacer frente a las necesidades básicas (alimentación, vestimenta, aseo, etc.) tanto de la persona dependiente como del cuidador.

El cuidador no solamente puede presentar sobrecarga cuidando al familiar en casa, sino que el tener al familiar institucionalizado también puede ser fuente de conflicto. Esto lo vemos por ejemplo en el estudio de Martell et. al. (26). Lo que cabría esperar es que, tras la institucionalización, los cuidadores mejoraran los índices de salud mental, pero esto no es así. Durante un período variable de tiempo, la sobrecarga y el deterioro de la salud mental siguen presentes, aunque en menor medida a como lo hacían antes de la institucionalización. Estos cuidadores presentan, sobre todo, sentimiento de culpa y miedo anticipatorio. Y también estrés ante las limitaciones que la institucionalización de su familiar les supone. Además, la patología del paciente institucionalizado o la conflictividad en la decisión de ingreso pueden ser estresores para el cuidador, y provocar que permanezcan los síntomas de sobrecarga en este (21). Sin embargo, a mayor tiempo de ingreso de su familiar y una mejor atención e información por parte del centro a los cuidadores, se produce una mejoría de los índices de salud mental.

Por último, con respecto a la sobrecarga, es interesante comentar el estudio de Navarro-Abal et. al. (19). En él se ve una importante vinculación entre la pertenencia del cuidador informal a alguna asociación formada por otros cuidadores y una disminución significativa de la sobrecarga. Esto tiene implicaciones en posibles actividades de apoyo y terapias dirigidas a cuidadores informales que se tratarán más adelante.

5.2. ESTRÉS:

Otra de las afectaciones que se presenta frecuentemente en los cuidadores es el estrés (24,25). Este viene desencadenado por los agentes estresores (todo hecho que cause problemas al cuidador), primarios o secundarios (figura 5). Los estresores primarios se derivan de la situación de la persona dependiente y sus problemáticas. Mientras que los secundarios se derivan de situaciones relacionadas con el cuidado, pero no de este directamente. A su vez, los estresores secundarios se dividen en estresores de rol (problemas de conciliación entre la tarea de cuidar y otras esferas de la vida del cuidador) y estresores intrapsíquicos (consecuencias mentales del propio estrés) (Figura 5).

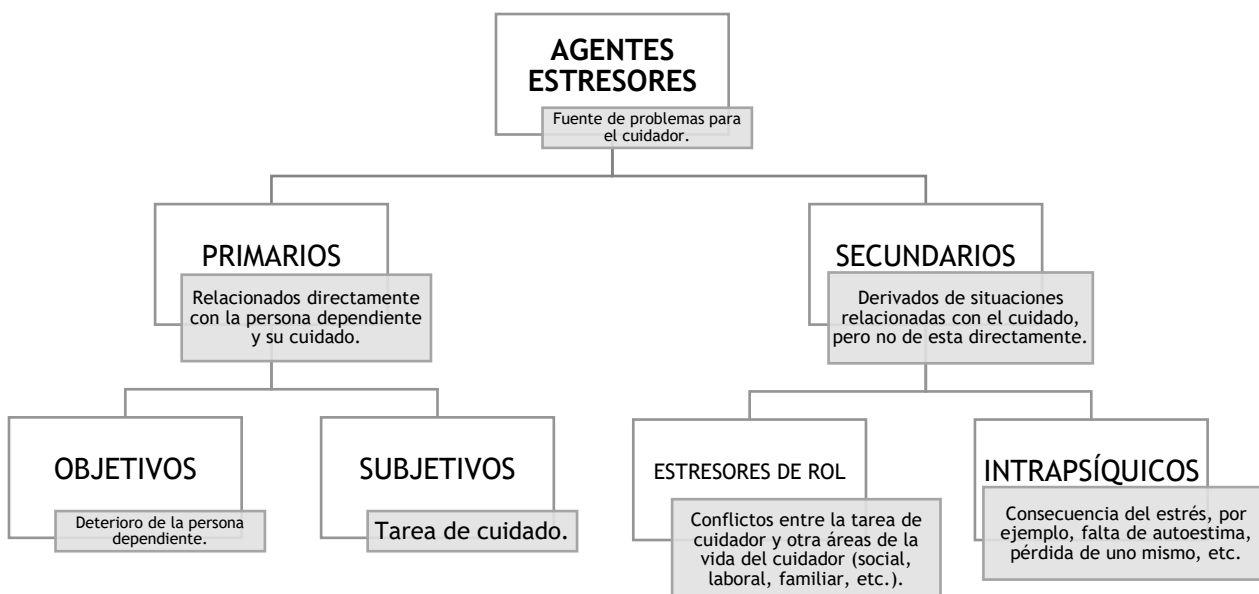


Figura 5: Clasificación de los agentes estresores. **FUENTE:** Elaboración propia a partir de los datos del estudio de Mosquera Metcalfe et. al. (25).

Relacionado con el estrés, en el estudio de Ruíz Robledillo et. al. (28) se busca un análisis más objetivo de esta variable. De tal modo, a parte de los cuestionarios, donde los cuidadores informales reflejan su percepción del estrés que sufren, también se realiza una medición de los niveles de cortisol en ellos. Para justificar la validez de este método como valoración del estrés, el trabajo recoge una serie de estudios que avalan la relación del aumento de los niveles de cortisol con estados de estrés. Los resultados son los siguientes (figura 6):

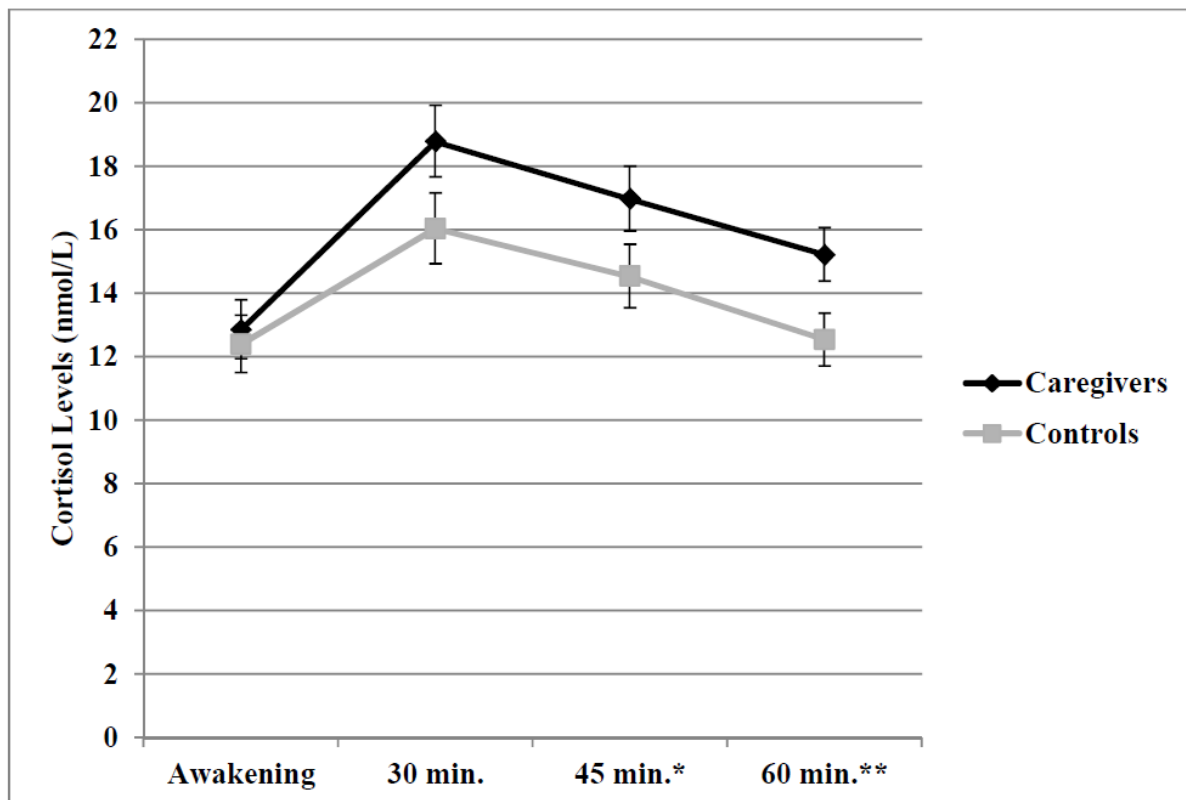


Figura 6: Niveles de cortisol en el momento de despertarse, a los 30 minutos, a los 45 minutos y a los 60 minutos en un grupo de cuidadores informales y en el grupo control. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$. FUENTE: Ruíz Robledillo et. al. (28).

Se encuentra una relación estadísticamente significativa entre ser cuidador informal y niveles superiores de cortisol a los 45 minutos y a los 60 minutos de despertarse ($p < 0,05$ y $p < 0,01$ respectivamente). En la gráfica se ve cómo en el momento de despertarse los niveles de cortisol son prácticamente iguales en ambos grupos. Pero a medida que pasa el tiempo se van elevando de una forma más acentuada en el grupo de los cuidadores que en el de los controles. Hasta llegar a la media hora, momento a partir del cual descienden, pero permanecen más altos en el grupo de los cuidadores que en el otro. Permitiendo establecerse una relación entre ser cuidador informal y niveles más altos de cortisol. Esto, relacionado con el estrés, permite deducir que el hecho de ser cuidador informal implica unos niveles de estrés más elevados que la población general. Los resultados obtenidos en este estudio (28) son importantes, ya que no solamente se basan en criterios subjetivos según la percepción del cuidador para establecer la relación entre su actividad y el estrés. Sino que introducen una prueba objetiva y cuantificable, de modo que refuerzan sólidamente la asociación entre la actividad de cuidador informal y problemas psicológicos como el estrés.

5.3. ANSIEDAD:

También se aprecia una mayor prevalencia de ansiedad y depresión (18,22,24,28,30). La ansiedad es uno de los motivos principales de consulta en Atención Primaria por parte de los cuidadores. Los factores de riesgo que influyen a la hora de padecer ansiedad por parte de los cuidadores son (24):

- Alta percepción de sobrecarga por parte de los cuidadores.
- Mayor presencia de afectaciones físicas.
- Incapacidad funcional y deterioro mental de la persona cuidada.
- Mayor número de horas dedicadas al cuidado.
- Apoyo social insuficiente o menor satisfacción con el mismo.
- Menor número o eficacia de estrategias de afrontamiento emocional (afrontamiento desadaptativo).

5.4. DEPRESIÓN:

Por su parte la depresión es una patología frecuente entre los cuidadores, variando en prevalencia, gravedad y duración entre los diferentes estudios revisados. Los factores de riesgo que influyen en la aparición de depresión en los cuidadores son (15,16,22,24,30):

- Alto porcentaje de horas dedicadas al cuidado.
- Presencia de sobrecarga. Es uno de los factores de riesgo más señalados. Solamente en el estudio de Hernández-Gómez et. al. (20) un alto porcentaje de cuidadoras tenían depresión sin percibir signos de sobrecarga. Sin embargo, en el resto de los estudios revisados sí que aparece una relación significativa entre sobrecarga y depresión.
- Baja autoestima.
- Insuficiente apoyo social.
- Percepción de obligación de cuidar o presión social relacionada con la tarea de cuidado.
- Alta dependencia funcional del dependiente a causa de un deterioro funcional importante.
- Menor nivel cognitivo de la persona dependiente y mayor número de síntomas neuropsiquiátricos del mismo.
- Percepción de una situación económica delicada que no permite cubrir las necesidades básicas para el cuidado.

Como ejemplo de lo que hemos visto a lo largo de este apartado tenemos los resultados del estudio de Viñas Díez. et. al. (30) sobre una muestra de 127 cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer de Girona. En él se analizaron los factores que se asocian con la presencia de sobrecarga y depresión en los cuidadores. En la figura 7 encontramos un esquema que resume los resultados del estudio.

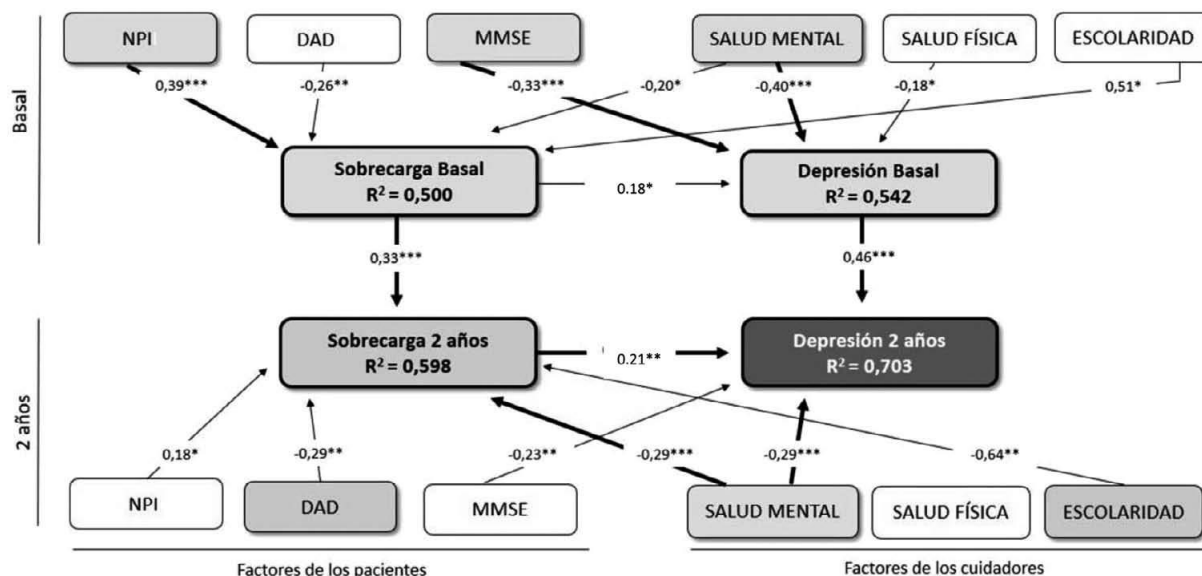


Figura 7: Efectos directos de diferentes factores relacionados con el paciente y el cuidador sobre la sobrecarga y la depresión en este último. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Tamaño del efecto: pequeño ($< 0,1$), moderado (0,3), fuerte ($> 0,5$). FUENTE: Viñas Díez et. al. (30). NPI: Neuropsychiatric inventory; DAD: Disability Assessment for Dementia; MMSE: Minimental State Examination

Como factores del paciente se valoraron el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI: Neuropsychiatric inventory) de Cummings que valora la gravedad de los síntomas relacionados con la demencia. La escala Disability Assessment for Dementia (DAD) que valora la capacidad funcional de los enfermos. Y el test Minimental (MMSE: Minimental State Examination) para determinar el deterioro cognitivo de los pacientes. Por parte del cuidador, se ha valorado su salud mental (historia clínica y enfermedades mentales que padece), salud física (alteraciones y patologías del cuidador) y su grado de escolaridad. Los resultados obtenidos indican que el factor del paciente que más implicación tiene en la aparición de sobrecarga en el cuidador es la gravedad de la demencia (a mayor presencia de síntomas valorados en el NPI mayor presencia de sobrecarga basal). Mientras que el nivel cognitivo del paciente tiene mayor efecto sobre la depresión. En el caso del cuidador, la presencia de problemas mentales tiene una gran relación con la aparición de sobrecarga y depresión. Mientras que los problemas de salud físico no tuvieron una relación tan directa. En cuanto al grado de escolaridad, en el estudio se recoge que un nivel alto influye en la aparición de sobrecarga al inicio, pero a largo plazo los niveles acaban siendo inferiores al de los cuidadores con un nivel académico menor. Por otra parte, también se puede observar cómo la presencia de sobrecarga influye en la aparición y persistencia de la depresión.

5.5. OTROS:

Otros signos y síntomas psicopatológicos presentes en los cuidadores informales son: sentimientos de insatisfacción, soledad, ira, vergüenza, impaciencia, miedo anticipatorio, negativismo y culpa. Así como un mayor consumo de psicofármacos. Un ejemplo es el estudio de Martínez-Espejo et. al. (24) donde el 38% de la muestra estudiada consumía psicofármacos, frente al 12% de la media de la población española.

También es relevante señalar que el cuidado informal no es una tarea homogénea, sino que se puede ver influenciada por diferentes aspectos. Uno de ellos puede ser el tipo de patología padecida por el familiar dependiente (23,24,28). De esta forma enfermedades como la demencia o la esclerosis múltiple aumentan la probabilidad de causar afecciones mentales a los cuidadores. En el caso de la demencia, los cuidadores de estos pacientes tienen más probabilidades de padecer enfermedades mentales como la depresión, y que esta se correlacione con la gravedad de la demencia. Cabe señalar especialmente el Alzheimer, que no solamente tiene todas las implicaciones que conlleva cualquier tipo de cuidado, sino que, el hecho de que la persona afectada no reconozca los lazos afectivos con su cuidador supone, a mayores, un impacto psicológico muy fuerte (23). En el caso de los cuidadores de pacientes con esclerosis múltiple, la “teoría del espejo” (24) explica de una forma muy clara el grado de afectación que puede llegar a tener el cuidador. Se basa en que la persona que cuida se mimetiza con la persona dependiente, de forma que se vuelve un reflejo del paciente y vive con él la enfermedad y todas sus etapas, pero sin sufrir la propia enfermedad. Esto nos da una idea de lo relevantes y profundas que pueden ser las afectaciones mentales que experimente el cuidador.

De nuevo, es importante señalar las particularidades de las zonas rurales. En este sentido, el ya comentado estudio de Lara-López et. al. (27) muestra cómo los cuidadores informales presentan sobrecarga, con algún grado de despersonalización y agotamiento emocional. También presentan alteraciones del sueño y del descanso. Así como poco tiempo para el ocio, ya que las tareas de cuidado les ocupan la mayor parte del tiempo.

6. Desigualdades de género en los cuidadores informales:

A lo largo de este trabajo se ha podido ver cómo la mujer es la principal dispensadora de cuidados ante familiares dependientes. Esto no es un hecho aleatorio, sino que responde a un modelo tradicional de familia donde existen roles de género diferenciados, percibiéndose como algo negativo que los cuidados a una persona dependiente no sean dispensados por la familia. Y además es a la mujer a quien se le asigna el deber de cuidado (16).

Pero no solamente existen diferencias entre ambos géneros a la hora de asignar o no la tarea de cuidado, sino que el modo de realizar la tarea de cuidado también presenta diferencias. Normalmente, las mujeres presentan una mayor implicación en el cuidado, con un mayor número de horas, lo que explica la observación de más sobrecarga en ellas frente a los hombres (16,20). Una muestra de esto la encontramos en el estudio de Peña-Ibáñez et. al. (18) donde se encuentra una relación significativa entre sexo femenino y mayor grado de sobrecarga, ya que en este estudio todas las mujeres cuidadoras obtienen puntuaciones más altas que los hombres en todas las escalas utilizadas para conocer el grado de afectación de la salud mental.

Además, las mujeres, asumen un mayor número de tareas instrumentales y de atención personal, así como más acompañamiento a la persona dependiente. Que son las tareas que, por otra parte, implican una mayor vinculación emocional con la persona dependiente. Esto puede explicar resultados como los del estudio de Mosquera-Metcalf et. al (20) donde se observa una fuerte relación entre ser mujer cuidadora, presencia de cansancio y toma de psicofármacos. O los observados en el estudio de Martínez-Espejo et. al. (24), donde se observa que las mujeres cuidadoras asisten en mayor medida a consultas psicológicas o psiquiátricas que los hombres cuidadores junto a un mayor consumo de psicofármacos.

7. Terapias con cuidadores informales:

7.1. REVISIÓN DE INTERVENCIONES:

Las intervenciones que más se han llevado a cabo hasta el momento y que más utilidad han demostrado son (25,31,32):

7.1.1. Grupos de ayuda y soporte:

Formados por personas en similares situaciones, que comparten sus conocimientos y experiencias. Permiten que sus integrantes se sientan más acompañados y entendidos. Y aporta soporte emocional. Son grupos creados en base a la igualdad y simetría entre sus componentes, guiados por personas formadas en este tipo de terapias. Pueden estar formados por los cuidadores informales, otros miembros de la familia de la persona dependiente o de la red social del cuidador (19).

7.1.2. Psicoeducativas:

Dirigidas a aportar conocimientos útiles para el desarrollo del cuidado. Incluye desde información general sobre la patología del familiar dependiente (e incluso detalles más técnicos o concretos), hasta habilidades para el manejo emocional de situaciones estresantes. Este es el caso, por ejemplo, del programa EDUCA-III-OSA (29). Donde se pone en práctica un programa psicoeducativo, basado en una aproximación cognitivo-conductual, a un grupo de cuidadores informales, en los que el objetivo era aumentar el conocimiento sobre la enfermedad de esquizofrenia que padecían sus familiares, cuidado de estos y el autocuidado del cuidador informal. El resultado fue positivo ya que se obtuvo una mejora en la percepción de sobrecarga, preocupación y presión por parte de los cuidadores informales. Siendo esta mejora mayor a lo largo del tiempo (16 meses).

7.1.3. **Cognitivo-conductuales:**

Están basadas en modelos psicológicos cognitivos. El foco se pone en modificar pensamientos y conductas ligadas a ciertas situaciones estresantes para así modificar la respuesta a estas (28).

7.1.4. **Mindfulness:**

Su práctica puede aportar beneficios como la disminución de las rumiaciones sobre hechos ya pasados o anticipaciones futuras gracias a la práctica de los ejercicios de atención plena en el momento presente. También ayuda a una mayor relativización de las circunstancias presentes. Además, su carácter flexible, protocolizado, transdiagnóstico, de corta duración y poco ligado a estigmas psiquiátricos lo reafirman como una buena terapia, con mucho campo de mejora y de investigación en el futuro (28,31).

La combinación de estas actividades con una asistencia continuada a los servicios de salud y la realización y puesta en práctica de las herramientas adquiridas en estas actividades han demostrado producir una mejora en los cuidadores (29).

Un ejemplo de la puesta en práctica de muchas de estas medidas son los programas “Sendian” o “Cuidarse” en el País Vasco. Estos programas combinan varias vías de actuación: formación de grupos de soporte formados por los cuidadores informales y dirigidos por personal formado en dirigir este tipo de grupos; formación teórica y práctica de los cuidadores informales; terapia psicológica e ingreso de las personas dependientes en residencias durante períodos de tiempo (normalmente cortos) para facilitar el descanso del cuidador, aliviar su sobrecarga y fomentar sus actividades de ocio (25).

7.2. **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN:**

Por todo lo expuesto anteriormente se debería llevar a cabo un plan integral con varias líneas de actuación para el apoyo y atención al cuidador. Es importante que se plantee una estrategia multidimensional y no actuaciones aisladas, ya que lo primero ha demostrado mejores resultados (28). Entre sus componentes más importantes estarían(18,21,22,25,30):

- Identificación de los cuidadores informales.
- Prevención de los factores de riesgo ligados a la actividad como cuidador.
- Búsqueda activa, con programas de cribado de síntomas y patologías mentales y físicas en el cuidador, puestos en marcha por los centros de Atención Primaria. Es importante que estas medidas se lleven a cabo a este nivel, ya que este es el primer escalón de acceso sanitario de los pacientes. Además de permitir una atención más personal y estrecha en el tiempo, con una relación médico-paciente más profunda. Los programas de cribado deben estar basados principalmente en valorar la sobrecarga y otros síntomas y patologías más frecuentes en el cuidador informal (ya comentados a lo largo del estudio) en base a herramientas como test, entrevistas clínicas, exámenes médicos, etc.
- Apoyo por parte de la Administración en diferentes niveles: económico; aportación de recursos; diseño y puesta en marcha de políticas sanitarias enfocadas a los cuidadores informales y a sus necesidades; reconocimiento de la labor de cuidado como un trabajo esencial para la sociedad; profesionalización de la labor de cuidado (incluido el informal); facilitación de la conciliación para los cuidadores; etc.

- Puesta en marcha de programas como “Cuidarse” o “Sendian”, que se basen en la formación de grupos de apoyo para los cuidadores, educación teórica y práctica, terapia psicológica, práctica activa de Mindfulness, etc.

8. **Discusión:**

Durante el siglo XX se han ido produciendo una serie de cambios demográficos que se han consolidado en el siglo XXI. Entre ellos, los más importantes son el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la sociedad española, con un crecimiento de la población por encima de los 65 años. Esto repercute en la dependencia, ya que un mayor número de personas ancianas supondrá una mayor necesidad de cuidados (ya sean formales o informales). Aún así, los recientes acontecimientos vividos con la pandemia de Covid-19 suponen un freno a esta tendencia, ya que el aumento de la mortalidad, especialmente en las personas mayores, implica una disminución de la esperanza de vida y del porcentaje de población por encima de los 65 años. De todas formas, tal y como sucedió con la pandemia de gripe a comienzos del siglo XX (1), es de esperar que esto suponga una excepción en la tendencia al alza de la esperanza de vida.

Si bien la mayor parte de las personas dependientes en nuestro país reciben cuidados informales desempeñados por mujeres entre los 40-65 años, la incorporación al mercado laboral de estas y los cambios sociales con respecto a los roles de género están provocando un cambio en este aspecto. Cada vez es más frecuente recurrir a los cuidados formales, sobre todo de tipo institucional. Además, hoy en día no es infrecuente encontrar otros perfiles de cuidadores informales, como mujeres que compaginan su vida laboral con la tarea de cuidado, u hombres jubilados que ejercen la tarea de cuidador informal. Esto pone de relieve la necesidad de fortalecer el sistema de cuidados a las personas dependientes. Con la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia se dio un importante paso en el reconocimiento de derechos de las personas dependientes, en su visibilización y en la remuneración a los cuidadores informales, así como alternativas a estos. Pero desde entonces la situación ha cambiado. Y hoy en día, con vistas a las necesidades de la sociedad futura, tras la pandemia de Covid-19 del año 2020, se hace patente el menester, por ejemplo, de reevaluar el sistema de cuidados formales en residencias de ancianos. Y modificarlo para garantizar la seguridad y calidad asistencial de sus usuarios.

Con relación al cuidador informal, el grueso de sus consultas es por afecciones de la salud mental (sobrecarga, estrés, ansiedad, etc.). Pero no se puede despreciar los problemas físicos que sufren, sobre todo relacionados con el aparato locomotor, debido a las propias tareas del cuidado como movilizar a la persona dependiente y a las tareas domésticas.

Y en lo relativo al apoyo que reciben. Si bien se han puesto en marcha algunos proyectos de atención y terapia a cuidadores informales por parte de algunas administraciones, este tipo de actividades surgen, en su mayor parte, por iniciativa de asociaciones de cuidadores sin ánimo de lucro o de centros de salud de forma particular y aislada. Esto tiene sus ventajas, como un contacto más estrecho y personal con los cuidadores que si por ejemplo lo hiciera la administración. Pero, si el objetivo es alcanzar unos estándares sanitarios en términos de prevención, terapia y seguimiento, es necesario el diseño de políticas públicas basadas en el conocimiento de la problemática de los cuidadores informales, que consideren medidas preventivas y de cribado en este grupo poblacional. Con la implantación de guías de actuación y programas estructurados que contemplen la creación de grupos de apoyo en todas las áreas sanitarias que así lo requieran (o distribución sanitaria que se contemple, por ejemplo, en los centros de atención primaria); disposición de personal sanitario que asista a los cuidadores en sus requerimientos y redes de cuidado formal sólidas a las que pueda recurrir el cuidador en caso de necesidad.

9. Conclusiones:

Debido a los cambios demográficos vividos en los últimos años en España se espera que aumente el número de personas en situación de dependencia. Si bien, cada vez es más común un cuidado profesional de estas personas (bien mediante la institucionalización o mediante el cuidado por parte de un cuidador formal en el propio hogar de la persona dependiente), el modelo más extendido a nivel nacional y más aceptado tradicionalmente es el modelo de cuidados informales.

Hay un perfil del cuidador informal que destaca por encima de todos los demás. Es el de una mujer, de edad comprendida entre los 40 y los 65 años. Con algún tipo de relación familiar o sentimental con la persona cuidada (lo más habitual es que sean las hijas o cónyuges quienes se hagan cargo). Con dedicación prácticamente exclusiva al trabajo doméstico y de cuidado (aunque en los últimos años cada vez es mayor el número de cuidadoras informales que compaginan el cuidado con alguna otra actividad laboral). El nivel de estudios suele ser básico (educación primaria o inferiores). Normalmente conviven en la misma vivienda con la persona a la que cuidan. Y, habitualmente, realizan este trabajo durante un periodo largo de tiempo, siendo ellas la figura principal, y a veces, exclusiva, de cuidado. Otro grupo representativo de cuidadores, aunque en mucha menor proporción que el mencionado anteriormente, es el de hombres por encima de los 65 años que ya están jubilados.

El trabajo de cuidado no es una tarea sencilla. Conlleva una serie de actividades físicas y responsabilidades que tienen un fuerte impacto en la salud del cuidador. Identificar los factores de riesgo, síntomas y patologías asociadas a esta actividad es importante para actuar a varios niveles para su resolución. Por una parte, permite realizar labores preventivas identificando los grupos de cuidadores más susceptibles de sufrir morbilidad física o psicológica. De modo que

se pueda actuar sobre los factores de riesgo y prevenir la aparición de patologías. Por otra parte, en caso de enfermedades ya instauradas en el cuidador, facilita su diagnóstico y la puesta en marcha de medidas para su resolución. Y, en líneas generales, identificar los factores estresantes para el cuidador informal y trabajar para aliviarlos, permitirá mejorar su calidad de vida, e, indirectamente, también la de la persona cuidada.

Entre las principales limitaciones de este trabajo se encuentran un número reducido de estudios revisados, muestras pequeñas en algunos de los estudios incluidos y acceso, solamente, a estudios de acceso libre.

Ya metiéndonos en el ámbito sanitario. Dividiremos las afecciones de salud padecidas por los cuidadores informales en físicas y mentales. A nivel físico, la sintomatología y patogenia que más predomina es aquella relacionada con las tareas de cuidado: dolor, patologías óseo-musculares, cansancio y cefaleas. Así como enfermedades cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales y reumáticas. Además, son frecuentes los hábitos de vida poco saludables (tabaquismo, consumo de alcohol, dieta poco saludable, etc.) y el insomnio.

La afectación de la salud mental también es muy prevalente entre los cuidadores. Y, después de las afecciones musculares, es la más representada. La sobrecarga es una de las comorbilidades mayoritarias. Siendo causada por factores estresores relacionados con las tareas de cuidado y afectando a todos los ámbitos de la vida del cuidador (económico, social, laboral, de salud, etc.). Entre los principales factores de riesgo susceptibles de provocar sobrecarga se encuentran: las horas dedicadas al cuidado de la persona dependiente; la agresividad o rechazo que esta pueda presentar a ser cuidada o al cuidador; la presencia de otras enfermedades físicas o psiquiátricas (como ansiedad o depresión); un alto grado de dependencia por parte de la persona cuidada o con afectación de la conducta; un apoyo social insuficiente; conciliación de vida laboral con trabajo de cuidado; bajo nivel económico; etc. Otras patologías como la depresión y la ansiedad también están muy presentes. Y comparten gran parte de los factores de riesgo de la sobrecarga, siendo esta misma un factor de riesgo importante para su aparición.

A lo largo de la revisión de los diferentes estudios incluidos en este trabajo ha sido relevante la brecha de género existente con respecto al cuidado. A parte de la mayor representación de las mujeres como cuidadoras informales, estas sufren más consecuencias negativas al realizar dicha tarea que los hombres cuidadores como: niveles más altos de sobrecarga, mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas y un mayor consumo de psicofármacos.

Todo este análisis del perfil y la morbilidad de los cuidadores es importante para diseñar planes de prevención y tratamiento de sus afecciones. Entre las terapias y actividades más eficaces para aliviar la sintomatología y sobrecarga de los cuidadores están las terapias con grupos de apoyo (en los que un número de cuidadores informales se reúnen para compartir experiencias y conocimiento. Son dirigidos por profesionales formados en dicha tarea. Y permiten una red de apoyo y comprensión para los cuidadores). También están las terapias psicológicas cognitivo-conductuales, la educación en la tarea de cuidado (que permite adquirir conocimientos generales y/o específicos sobre la enfermedad de la persona dependiente y cómo llevar a cabo su cuidado de una forma más eficaz) y terapias de reducción del estrés basadas en el Mindfulness, que también han dado resultados positivos en diversos estudios.

Pero la atención al cuidador informal no debe basarse en medidas esporádicas e individualizadas, sino que se debe realizar una planificación estudiada y longitudinal, preferentemente a nivel de Atención Primaria, con campañas de cribado para detectar a los cuidadores informales en situaciones de riesgo y que involucre a diversos profesionales para su tratamiento y a la propia administración para reconocer su labor como cuidadores y poner en marcha políticas públicas que mejoren las condiciones en las que realizan esa actividad.

En resumen, el trabajo de cuidador no solo aporta beneficios a la persona cuidada, sino a toda la sociedad en su conjunto. Tradicionalmente ha sido una tarea invisibilizada y poco gratificada. Pero está en nuestras manos, especialmente a nivel sanitario, darle la importancia que se merece y poner en el punto de mira sus necesidades y requerimientos. Trabajar para mejorar las condiciones de los cuidadores y las personas dependientes no solo permite mejorar su calidad de vida, sino que ayuda a crear una sociedad más solidaria, empática e igualitaria.

10. Bibliografía:

1. González JMG. ¿Por qué vivimos más? Descomposición por causa de la esperanza de vida española 1980 a 2009. REIS Rev Esp Investig Sociológicas. 2014;(148):39-60.
2. Solsona M, Viciano F. Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio. Gac Sanit. 13 de mayo de 2004;18(Supl.1):8-15.
3. Díaz JP, García AA. Envejecimiento demográfico y vejez en España. Panor Soc. 2018;(28):11-47.
4. Herreros ÓP, Garvi MG. La longevidad globalizada: un análisis de la esperanza de vida en España (1900-2050). Scr Nova Rev Electrónica Geogr Cienc Soc. 2008;(12):260.
5. Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. 31 de enero de 2017 [citado 12 de junio de 2020]; Disponible en: <https://digital.csic.es/handle/10261/164387>
6. Rogero García J. Los tiempos del cuidado, El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus fundadores.
7. Rodríguez Castedo Á, Cobo Gálvez P, Duque Gómez JM, Fernández Muñoz JN, Herrero Portela A, Madrigal Muñoz A, et al. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. 2004.
8. Kane RL, Ouslander JG, Resnick B, Malone ML. Evaluación del paciente geriátrico. En: Principios de geriatría clínica, 8e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2018 [citado 12 de junio de 2020]. Disponible en: accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1165433954
9. Querejeta González M. Discapacidad y dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación [Internet]. IMSERSO; 2012 [citado 12 de junio de 2020]. Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3397>
10. <https://sid.usal.es> S de I sobre D usal es-. Recomendación N° (98) 9 del Comité de Ministros a los ... (SID) [Internet]. [citado 12 de junio de 2020]. Disponible en: <https://sid.usal.es/10476/3-3>
11. Jefatura del Estado. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE-A-2006-21990, 39/2006 dic, 2006.
12. Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev Esp Salud Pública. junio de 2009;83(3):393-405.
13. Toronjo Gómez AM. Cuidador formal frente a cuidador informal. Gerokomos. 2001;12(2):59-66.
14. López-Martínez C, Serrano-Ortega N, Moreno-Cámara S, del-Pino-Casado R. Association between Sense of Coherence and Mental Health in Caregivers of Older Adults. Int J Environ Res Public Health [Internet]. octubre de 2019 [citado 14 de junio de 2020];16(20). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6843852/>
15. Del-Pino-Casado R, Palomino-Moral PA, Pastor-Bravo MDM, Frías-Osuna A. Determinants of depression in primary caregivers of disabled older relatives: a path analysis. BMC Geriatr. 23 de 2017;17(1):274.

16. Rojas MQ. Factores asociados a la calidad de vida del cuidador informal de pacientes terminales: impacto de la información sanitaria [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad de Murcia; 2017 [citado 15 de junio de 2020]. p. 1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=154877>
17. Gracia L, Virtudes M. Las crisis de salud mental y los cuidados familiares: un estudio cualitativo. 2017 [citado 15 de junio de 2020]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/72992>
18. Peña-Ibáñez F, Álvarez Ramírez MÁ, Melero Martín J. Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmovilizados en un zona de salud urbana. *Enferm Glob*. julio de 2016;43:100.
19. Navarro-Abal Y, López-López MJ, Climent-Rodríguez JA, Gómez-Salgado J. Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gac Sanit*. 2019;33(3):268-71.
20. Mosquera Metcalfe I, Larrañaga Padilla I, Del Río Lozano M, Calderón Gómez C, Machón Sobrado M, García Calvente MDM. [Gender inequalities in the impacts of informal elderly caregiving in Gipuzkoa: CUIDAR-SE study]. *Rev Esp Salud Publica*. 28 de enero de 2019;93.
21. Rodríguez-González AM, Rodríguez-Míguez E, Duarte-Pérez A, Díaz-Sanisidro E, Barbosa-Álvarez Á, Clavería A. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Aten Primaria*. 2017;49(3):156-65.
22. Hernández Gómez MA, Fernández Domínguez MJ, Blanco Ramos MA, Alves Pérez MT, Fernández Domínguez MJ, Souto Ramos AI, et al. Depresión y sobrecarga en el cuidado de personas mayores. *Rev Esp Salud Pública*. 2019;93(1):e1-10.
23. Cantero Corredor I. La salud mental en cuidadores de pacientes con demencia. *Enferm Integral Rev Científica Col Of Enferm Valencia*. 2017;17:33-6.
24. Sánchez M-E, Dolores M. Calidad de vida en personas con esclerosis múltiple y relación con la salud de su cuidador principal. *Proy Investig* [Internet]. 10 de febrero de 2016 [citado 12 de junio de 2020]; Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/47829>
25. Metcalfe IM. El cuidado informal de mayores: impactos en la salud y calidad de vida de las personas cuidadoras [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea; 2017 [citado 12 de junio de 2020]. p. 1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=211415>
26. INEbase / Sociedad /Salud /Encuestas sobre discapacidades / Resultados/ Encuesta 2008 [Internet]. INE. [citado 7 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736194716&idp=1254735573175#!tabs-1254736194716
27. López AL, Rey CS, González JG, Maldonado LD, Sánchez AIC. Sobrecarga del cuidador en el ámbito rural, una intervención en Otero. *Rev Electrónica Ter Ocupacional Galicia TOG*. 2018;(28 (V.15):211-24.
28. Ruiz Robledillo N. Health in informal caregivers of people with Autism Spectrum Disorder: intervention effects = Salud en cuidadores informales de personas con Trastorno del Espectro Autista: efectos de la intervención. 2015 [citado 14 de junio de 2020]; Disponible en: <http://roderic.uv.es/handle/10550/44153>

29. Fraile EG, Bastida-Loinaz MT, Carrasco MM, Domínguez AI, Iruín Á. Efectividad de una intervención psicoeducativa en la reducción de la sobrecarga del cuidador informal del paciente con esquizofrenia (EDUCA-III-OSA). *Psychosoc Interv*. 2018;27(3):113-21.
30. Díez VV, Sala JLC, Garriga OT, Bayarri JG, Ramírez RR. Síntomas depresivos y sobrecarga en los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer: un modelo de ecuaciones estructurales. *Rev Neurol*. 2019;69(1):11-7.
31. Viladrich CM. Programas de intervención basados en mindfulness: ¿por qué utilizarlos con cuidadores? *Inf Psiquiátricas Publ Científica Los Cent Congregac Hermanas Hosp Sagrado Coraz Jesús*. 2018;(234):47-64.
32. Jaime Jiménez F. Efectividad de un programa de intervención psicoeducativa enfermera en la mejora de conocimientos, afrontamiento familiar y sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes diagnosticados de psicosis temprana. 2016 [citado 15 de junio de 2020]; Disponible en: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/14289>