



22 ¹Araceli González-Valentín
²Carmen Gálvez-Romero

¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

²Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga.

Correspondencia:

Carmen Gálvez-Romero

C/ Petunia Urb. Bellavista 2, 14

29730-Rincón de la Victoria (Málaga)

Tfno.: 95 297 17 55/636 204 532

E-mail: cagaro@telefonica.net

Características sociodemográficas,
de salud y utilización de recursos
sanitarios de cuidadores de ancianos
atendidos en domicilio

15

*Socio-demographic characteristics
of health and use of sanitary resources
by elderly caregivers at home*

Proyecto financiado por la Junta de Andalucía. Expediente 145/02.

RESUMEN

La población de mayores es susceptible de padecer enfermedades crónicas e invalidantes que los confinan en su domicilio. Atención Primaria, desde sus programas específicos para estos pacientes, atiende sus necesidades. Sin embargo, la mayor parte de los cuidados son asumidos por las familias, generalmente por un cuidador principal, al que el hecho de cuidar repercute física y psíquicamente. Interesa conocer las características sociodemográficas y de salud, así como los factores que determinan el estado de salud y utilización de recursos sanitarios de estos cuidadores en el desempeño del rol de cuidadores de ancianos incapacitados atendidos en domicilio. Se realizó un estudio de corte transversal en estos cuidadores. Se estudiaron variables sociodemográficas, clínicas, de relación con el cuidado, percepción del estado de salud, estado psicopatológico, nivel de sobrecarga y utilización de recursos sanitarios.

El perfil demográfico del cuidador de nuestra área es mujer casada, que no trabaja, hija de la persona incapacitada, con estudios primarios, de una edad media de 56 años y la mayoría tiene su edad comprendida entre 47 y 63. Se mostraron determinantes de la percepción del estado de salud la edad y la relación de parentesco con la persona cuidada. También se obtuvo asociación significativa entre las variables Índices de Katz y Lawton y Brody con puntuación de la Escala de Zarit. Respecto a la utilización de los recursos sanitarios, se encontró significación estadística entre diagnóstico médico de depresión con las variables utilización de los servicios de urgencia y consulta médica por parte del cuidador.

PALABRAS CLAVE

Cuidadores, atención domiciliaria, sobrecarga, ansiedad y depresión, percepción de salud, utilización de servicios sanitarios.

SUMMARY

The population of old people may suffer of chronic diseases, with increasing incapacity and high level of dependency, which keep them at home. The Health Care Services offer them attention through its specific programs, adapted to their true needs. Although, most of the care is given by the families, in general by a main caregiver, who supports the effects of it, physically and psychically. It's important to know the sociodemographic and clinical characteristics, as well as the factors which determine the health condition, and the use of health care resources of these caregivers when attending elderly with high level of dependence at home. A cross-sectional study of these caregivers was undertaken. The sociodemographic and clinical variables were studied, in relation to the care, perception of the health condition, psychopathologic status, overload, and use of the health care resources.

The demographic profile of a caregiver in our area is a woman, married, unemployed, daughter of the impaired old person, with Primary Education, with an average age of 56 years old—the majority is between 47 and 63 years old—. Factors as the perception of the health condition, the age, and the family relation to the patient were shown as determinant. It was also obtained a significant relation between the Index variables of Katz, Lawton and Brody with Zarit's scale punctuation. Concerning the use of the health care resources, the statistics revealed prevailing the medical diagnosis of depression with its variables of using the emergency services and medical consultation from the caregiver.

KEY WORDS

Caregivers, home care, overload, anxiety and depression, perception of the health condition, use of health care resources.



16 INTRODUCCIÓN

Las personas mayores son el grupo de población de mayor crecimiento de las últimas décadas, como consecuencia de los cambios sociales y demográficos producidos en los países desarrollados (1-4). Esta población de mayores es susceptible de padecer enfermedades crónicas e invalidantes que los confinan en su domicilio, generando un aumento importante de consumo socio-sanitario. El 95% de estos pacientes residen en sus domicilios y su referente sanitario es el equipo multidisciplinario de Atención Primaria, que desde sus programas específicos les proporciona atención integral, contemplando aspectos sanitarios y sociales para que permanezcan en el domicilio como alternativa a la institucionalización (5). Sin embargo, de los cuidados que precisan las personas mayores dependientes, el 71,9% es asumido por los familiares y allegados, y de estos cuidadores el 83% son mujeres, declarando el 61,5% de ellas no recibir ayuda para la realización de este trabajo (6). El trabajo que los cuidadores llevan a cabo atendiendo a los enfermos impedidos crónicos recluidos en el domicilio, generalmente durante largos períodos de tiempo, determina un aumento de morbilidad en los cuidadores principales (7-9). Diferentes estudios describen las repercusiones psíquicas y físicas que tiene sobre los cuidadores su labor, tales como ansiedad y depresión, sobrecarga o cansancio en el desempeño del rol de cuidador, dolores musculares relacionados con el esfuerzo, percepción negativa de su estado de salud y en general una pérdida de la calidad de vida que se trasmite al grupo familiar (9-12). Determinados factores como el nivel de dependencia de la persona cuidada, el deterioro cognitivo, el tiempo dedicado al cuidado y las características propias del cuidador se han manifestado como determinantes de la aparición de repercusiones en el cuidador. Por lo que el objetivo de este estudio ha sido describir las características sociodemográficas y de salud de los cuidadores de pacientes incluidos en un programa de ancianos incapacitados atendidos en su domicilio, y establecer los factores determinantes del estado de salud y de la utilización de recursos sanitarios de estos cuidadores. Los datos que se presentan en este artículo completan el trabajo publicado anteriormente sobre la población de ancianos atendidos por estos cuidadores (13).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó en la Zona Básica de Salud Rincón de la Victoria. Fue un estudio de corte transversal y los sujetos de estudio fueron los cuidadores de pacientes incluidos en un Programa de Incapacitados, atendidos en domicilio. Se obtuvo el consentimiento informado, la aprobación de la Comisión de Investigación y se guardó la confidencialidad de los datos. El período de estudio fue de dos años, 2003 y 2004. El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 2003 y abril de 2004, se llevó a cabo mediante entrevista personal en el domicilio de los incapacitados. Se estudiaron variables sociodemográficas (edad, sexo, es-

tado civil, nivel de estudios, ocupación, parentesco); clínicas (diagnóstico médico, tratamiento); relacionadas con el cuidado (tiempo al cuidado, otros cuidadores, otras personas a su cargo, convivencia con la persona cuidada); pregunta sobre percepción del estado de salud; enfermedades relacionadas con el esfuerzo (cefaleas, dorsalgias, lumbalgias, cervicalgias, algias musculares); nivel de sobrecarga del cuidador (Escala de Zarit); ansiedad y depresión (Escala de Goldberg); utilización de recursos (hospitalización, urgencias, consulta médica, consulta de enfermería).

Respecto a los métodos estadísticos usados, se ha realizado un análisis descriptivo previo de todas las variables, usando la media y desviación estándar en el caso de las cuantitativas, y las frecuencias absolutas y relativas en las cualitativas. Para las relaciones entre variables cuantitativas de tipo causa-efecto, se ha realizado análisis de regresión lineal usando el método de estimación de mínimos cuadrados ordinarios, análisis de varianza de un factor y análisis discriminante. Se han cruzado variables categóricas mediante tablas de contingencia, se han realizado pruebas de independencia de tipo ji-cuadrado sobre las mismas, calculando medidas direccionales para el análisis de causalidad en este tipo de variables. Los análisis de correspondencia nos han permitido la construcción de mapas perceptuales de relación y proximidad entre categorías.

RESULTADOS

Se obtuvo respuesta de 128 (95,5%) cuidadores de los 135 pacientes incluidos en el programa de incapacitados, no tenían cuidador 6 (4,5%). Ciento once (91%) eran mujeres y 11 (9%) hombres. La media de edad del cuidador fue de $56,67 \pm 13,69$. Noventa (73,8%) eran menores de 65 años, 16 (13,1%) tenían de 65 a 74 años y 16 (13,1%), de 75 a 90 años. Ochenta y ocho (72,1%) eran casados, 22 (18%) solteros o separados y 12 (9,8%) viudos. En la relación de parentesco con la persona cuidada, 72 (59,5%) eran hijos -en su mayoría mujeres-, 28 (23,1%) cónyuges, 21 (17,4%) eran otros familiares (nueras, hermanos, nietos, sobrinos) y 3 (2,2%) personas contratadas.

Treinta y cinco (29,2%) eran analfabetos o sólo leían y escribían, 57 (47,5%) tenían estudios primarios siendo mujeres en mayor porcentaje y 28 (23,3%) tenían estudios secundarios o universitarios. Noventa y tres de los cuidadores (77,5%) no trabajaban, con ligero predominio de mujeres, y sólo 27 (22,5%) trabajaban.

Ciento seis cuidadores (89,8%) conviven con la persona cuidada. Sesenta y cuatro (54,7%) recibieron ayuda de cuidadores secundarios, de estos, 51 (52%) eran otros familiares y 12 (12,5%) personas contratadas. Ochenta (76,2%) cuidadores tenían otras personas a su cargo (niños 23,7%, adultos 77,1% y mayores de 65 años (13,3%).

El tiempo que los cuidadores llevaban cuidando a sus familiares en 56 casos (46,7%) fue de más de 8 años; 28 (23,3%) de 4 a 8 años; 21 (17,5%) de 2 a 4 años y 15 (12,5%) menos de dos años. Ciento dos cuidadores

(86,4%) dedicaban al cuidado más de 12 horas al día; 13 (11%) de 6 a 12 horas y 3 (2,5%) de 1 a 6 horas. Sólo 8 (7,1%) recibieron algún tipo de ayuda institucional, 4,5% ayuda económica y 5,5% ayuda socio-municipal (Tabla 1).

Ochenta y cinco (76,6%) refieren sentirse capacitados para llevar a cabo el cuidado y 26 (23,4%) poco o nada. Veintiséis (30,6%) de los cuidadores creen necesario recibir información y adiestramiento para el cuidado, y de estos, 30 (50%) manifestaron tener necesidad de adiestramiento en alimentación, 34 (56,7%) en higiene, 36 (60%) en movilidad, 26 (43,3%) en cambios posturales y 21 (35%) en cuidados especiales (sondas, curas y otros). Cincuenta y nueve (69,4%) no ven necesario recibir información (Tabla 2).

Respecto a las patologías más frecuentes de los cuidadores, 37 (34,3%) padecían HTA, 26 (24,1%) depresión, 14 (13%) diabetes y 43 (40,2%) otros diagnósticos. De las relacionadas con el cuidado, 53 cuidadores (44,9%) presentaron cefaleas, 86 (72,9%) lumbalgias, 69 (58,5%) dorsalgias y 75 (64,1%) cervicalgias. En cuanto al tratamiento de los cuidadores, 36 (33,6%) tomaban antihipertensivos, 26 (24,1%) antidepresivos/ansiolíticos, 12 (11,2%) antidiabéticos, 11 (10,2%) antiinflamatorios y 48 (44,4%) otros fármacos. Más de la mitad de los cuidadores, 61 (50,8%), describen su estado de salud como regular o malo y 59 (49,2%) como bueno o muy bueno.

En los últimos seis meses anteriores a la entrevista, 91 (75,8%) acudieron a la consulta de su médico de familia con una media de 5,27 visitas \pm 4,33 y a la consulta de enfermería 34 (28,8%) con una media de 5,36 visitas \pm 4,6; 42 (35,3%) utilizaron los servicios de urgencias de su centro de salud con una media de 2,71 \pm 2, 20; y 8 (5,9%) tuvieron ingresos hospitalarios (Tabla 3).

La media obtenida en la puntuación de la Escala de ansiedad de Goldberg fue de 5,1 \pm 3,03. Sobrepasaban esta media 63 (52,5%) cuidadores, y la media en la Escala de depresión fue de 3,82 \pm 2,82, sobrepasaban esta media 68 (56,7%) cuidadores. La media global de Goldberg (ansiedad + depresión) fue 8,84 \pm 5,54 (Fig. 1). La media de la Escala de Zarit fue 48,06 \pm 14,69 que corresponde a sobrecarga leve, con puntuación mínima de 22 y máxima de 86 (Fig. 2). Treinta y siete (30,8%) estaban en sobrecarga intensa, 25 (20,8%) sobrecarga leve y 58 (48,3%) no sobrecarga.

Factores sociodemográficos determinantes del estado de salud del cuidador

De las variables sociodemográficas estudiadas, se mostraron determinantes de la percepción del estado de salud la edad ($p < 0$) -de manera que, a mayor edad del cuidador, peor estado de salud- y la relación de parentesco con la persona cuidada ($p < 0,009$), siendo los cónyuges los que peor perciben su estado de salud.

En el análisis de varianza de un factor entre la variable sexo y las puntuaciones obtenidas en la Escala de ansiedad

Tabla 1. Características sociodemográficas de los 128 cuidadores que respondieron a la encuesta	
Variable	Valor
Sexo n (%)	
Varón	11 (9)
Mujer	111 (91)
Edad n (%)	
< 65 años	90 (73,8)
De 65 a 74	16 (13,1)
> 75 años	16 (13,1)
Estudios n (%)	
Analfabetos o sólo lee y escribe	35 (29,2)
Estudios primarios	57 (47,5)
Estudios secundarios o universitarios	28 (2,3)
Estado civil n (%)	
Viudos	12 (9,8)
Casados	88 (72,1)
Solteros y separados	22 (18)
Relación de parentesco con la persona cuidada n (%)	
Hijos	72 (59,5)
Cónyuges	28 (23,1)
Otros familiares	21 (17,4)
Personas contratadas	3 (2,2)
Trabajan n (%)	
Sí	27 (22,5)
No	93 (77,5)
Convive con la persona cuidada n (%)	
Sí	106 (89,8)
No	12 (10,2)
Dedicación al cuidado n (%)	
De 1 a 6 horas	3 (2,5)
De 6 a 12 horas al día	13 (11,0)
> 12 horas al día	102 (86,4)
Tiempo al cuidado n (%)	
Hasta 2 años	15 (12,5)
De 2 a 4 años	28 (23,3)
De 4 a 8 años	28 (23,3)
> de 8 años	56 (46,7)
Cuida a más de un incapacitado el cuidador n (%)	
Sí	4 (3,3)
No	118 (96,7)
Tiene otras personas a su cargo n (%)	
Sí	80 (76,2)
No	25 (23,8)
Recibieron ayuda de otros cuidadores n (%)	
Sí	64 (54,7)
No	53 (45,3)
Recibe ayuda o prestación social n (%)	
Sí	8 (7,1)
No	104 (92,9)

y depresión de Goldberg se encontraron diferencias significativas, con una probabilidad de padecer ansiedad de 9,77 veces más en mujeres que en hombres ($p < 0,034$); y



Tabla 2. Capacitación y necesidades de formación para el cuidado

Variable	Valor
Se siente capaz para el cuidado n (%)	
Muy capaz	20 (18)
Capaz	65 (58,6)
Poco capaz	22 (19,8)
Nada capaz	4 (3,6)
Alimentación	30 (50)
Higiene	34 (56,7)
Movilidad	36 (60)
Cambios posturales	26 (43,3)
Administración de fármacos	16 (26,7)
Cuidados especiales	21 (3)
No ve la necesidad	59 (69,4)

una probabilidad de padecer depresión de 4,61 veces más en mujeres ($p < 0,002$). También se dio relación significativa entre las variables trabajo del cuidador y puntuación global de la Escala de Goldberg ($p < 0,05$), dando la media de la Escala de Goldberg más alta en los cuidadores que no trabajaban. Ninguna otra variable sociodemográfica se mostró determinante del estado de salud.

Factores de dependencia del incapacitado determinantes del estado de salud del cuidador

En el análisis de correspondencia entre las variables “índice de Katz y puntos de corte de Zarit se observa una relación entre ambas variables ($p < 0,04$) que se traduce en una relación entre funciones de las actividades básicas de la vida diaria y sobrecarga del cuidador.

El gráfico del análisis de correspondencia (Fig. 3) muestra proximidad entre las categorías del índice de Katz, D (dependencia para lavarse y vestirse) y E (dependencia para lavarse, vestirse, ir al retrete y otra más) y “sobrecarga intensa”. La “no sobrecarga” está más próxima a las categorías de menor dependencia A (independiente en todas las funciones) y B (independiente en todas las funciones salvo una). Hay más distancia entre “no sobrecarga” y “sobrecarga leve” que entre “sobrecarga leve” y “sobrecarga intensa”, y más distancia entre A y B que entre C (dependiente para lavarse y otra más) y F (dependiente para lavarse, vestirse, ir al retrete y otra más). Tanto “sobrecarga leve” como “sobrecarga intensa” se relacionan con funciones dependientes de las actividades básicas de la vida diaria del incapacitado.

En el mismo modelo de correspondencia se da relación entre el Índice de Katz y la variable “Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?” (pregunta 22 del cuestionario de Zarit) $p < 0,004$.

También se obtuvo asociación entre las variables puntuación total Lawton y Brody, y puntuación total de la Escala de Zarit ($p < 0,000$). El Índice de Katz se relacionó con la puntuación global de Goldberg, aunque con una significación débil ($p < 0,284$). Sin embargo, la variable es-

Tabla 3. Problemas de salud, frecuencia y utilización de los servicios socio-sanitarios en los seis últimos meses anteriores a la entrevista

Variable	Valor
Problemas de salud n (%)	
HTA	37 (34,3)
Diabetes	14 (13)
Depresión	26 (24,1)
Otros diagnósticos	43 (40,2)
Enfermedades relacionadas con el cuidado n (%)	
Cefaleas	53 (44,9)
Lumbalgias	86 (72,9)
Dorsalgias	69 (58,5)
Cervicalgias	75 (64,1)
Estado de salud n (%)	
Malo o muy malo	10 (8,3)
Regular	51 (42,5)
Bueno o muy bueno	59 (49,2)
Fármacos más consumidos n (%)	
Antihipertensivos	36 (33,6)
Antidiabéticos	12 (11,2)
Antidepresivos	26 (24,1)
Antiinflamatorios/analgésicos	11 (10,2)
Otros tratamientos	48 (44,4)
Servicios sanitarios n(%)	Valor Media ± DE
Urgencias	42 (35,3) 2,71 ± 2,2
Ingresos hospitalarios	8 (5,9) 1
Acudió a consulta de su médico	91 (75,8) 5,27 ± 4,33
Acudió a consulta de su enfermera	34 (28,8) 5,36 ± 4,6
Actividades de enfermería	
Toma de constantes	79 (88,8)
Administración de tratamiento	35 (38,9)
Extracción sangre	19 (21,1)
Curas	19 (20,9)
Sondajes	1 (1,1)
Servicios sociales	
Ayuda o prestación social	17 (13,3)

tado mental del incapacitado (Test de Pfeiffer) no se mostró determinante del estado de salud del cuidador.

Respecto a las patologías relacionadas con el esfuerzo, se dio significación estadística entre la variable lumbalgia y puntuación total de Lawton y Brody ($p < 0,007$) y Test de Pfeiffer ($p < 0,029$). Las dorsalgias se relacionaron con Índice de Katz ($p < 0,031$), con Lawton y Brody ($p < 0,003$).

Factores relacionados con el cuidado determinantes del estado de salud del cuidador

En el análisis de regresión entre las variables “Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?” (pregunta 22 del cuestionario de Zarit) y puntuación global de la Escala de Goldberg (ansiedad + de-

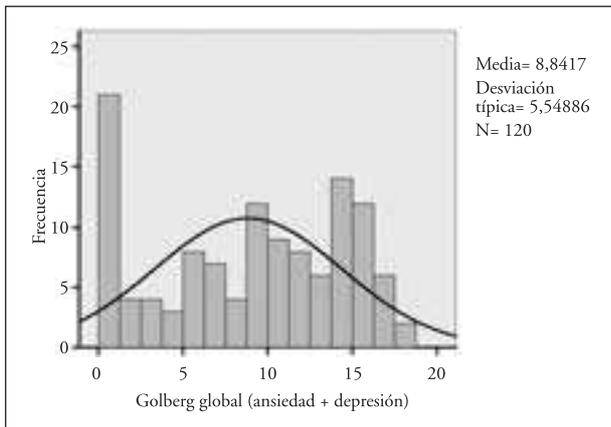


Fig. 1. Golberg global (ansiedad + depresión).

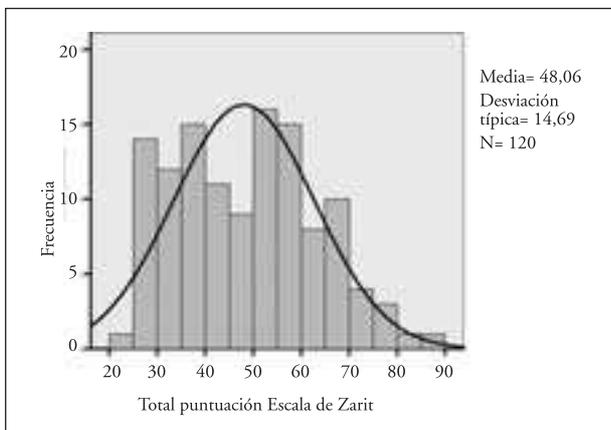


Fig. 2.

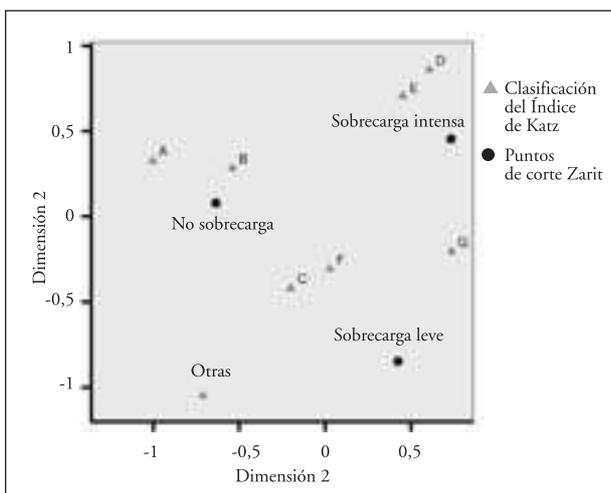


Fig. 3. Análisis de correspondencia.

presión) se obtuvo una asociación estadísticamente significativa ($p < 0$) entre ambas variables.

Sólo se dio significación estadística entre el tiempo que el cuidador lleva cuidando y cefalea ($p < 0,035$), in-

dicando tendencia a sufrirlas con el incremento de años al cuidado. 19

Factores clínicos

Respecto a las variables clínicas del cuidador, los cuidadores con diagnóstico de depresión tienen 17,19 veces más probabilidad de dar puntuaciones más altas en la Escala de ansiedad de Goldberg y 14,60 veces más en la de depresión, con una significación de $p < 0$ ambas. Del mismo modo aquellos que estaban en tratamiento con antidepresivos/ansiolíticos tenían una probabilidad de 8,75 veces ($p < 0,004$) de obtener mayor puntuación en ansiedad y 7,09 ($p < 0,009$) veces en depresión.

Factores determinantes de la utilización de los recursos sanitarios

En la relación entre las variables sobre recursos sanitarios, sólo se encontró significación estadística entre diagnóstico médico de depresión con las variables de utilización de los servicios de urgencias del cuidador ($p < 0,003$) (Fig. 4) y la utilización de la consulta de su médico de cabecera ($p < 0,011$), en los últimos seis meses anteriores a la entrevista (Fig. 5).

DISCUSIÓN

Podemos establecer que el perfil demográfico del cuidador de nuestra área es mujer casada, que no trabaja, hija de la persona incapacitada, con estudios primarios, de una edad media de 56 años comprendida entre 47 y 63 años, y la mayoría convive con la persona cuidada; datos que coinciden con los de otros estudios de nuestro entorno nacional (7-9,12,14-22).

Generalmente estas cuidadoras tienen otras cargas familiares; en nuestro estudio, tres cuartas partes de estas cuidadoras tienen otras personas a su cargo, niños, adultos y mayores de 65 años, datos similares a los que refieren otros autores (21). La proporción de hombres que cuidan es sustancialmente más baja, también lo observan otros autores (8, 24). Algo más de la mitad reciben ayuda de otros cuidadores que en su mayoría son familiares, un pequeño porcentaje recibe la ayuda de personas contratadas, siendo escasa la ayuda socio-municipal en el período en que se realizó nuestro estudio. Otros estudios de nuestro entorno sanitario, publicados recientemente, también observan bajos porcentajes de ayuda social (15, 20, 21). Es de esperar que futuros estudios muestren mejoras en la prestación de ayudas sociosanitarias en el marco de la Ley de Dependencia.

Casi la mitad de las cuidadoras llevaban más de ocho años cuidando a su familiar y una cuarta parte, de cuatro a ocho años. Otros autores refieren dedicación al cuidado hasta de 15 años (18,25). Un alto porcentaje dedica al cuidado más de 12 horas al día (15,21).

Nuestros cuidadores se sienten capacitados en su mayoría para llevar a cabo el cuidado (23), no obstante, algo más de la cuarta parte cree necesario recibir información

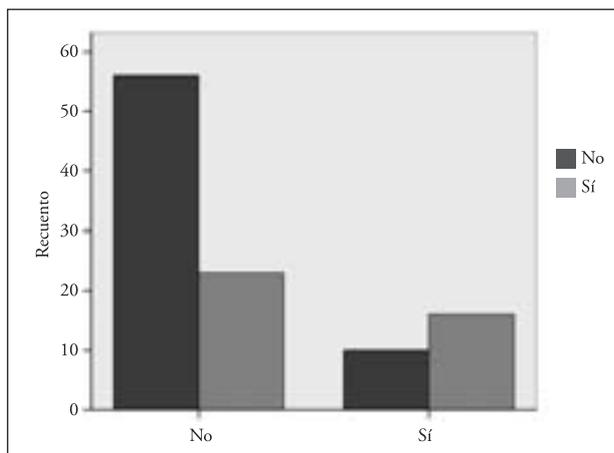


Fig. 4. ¿En los últimos seis meses el cuidador utilizó los servicios de urgencia?

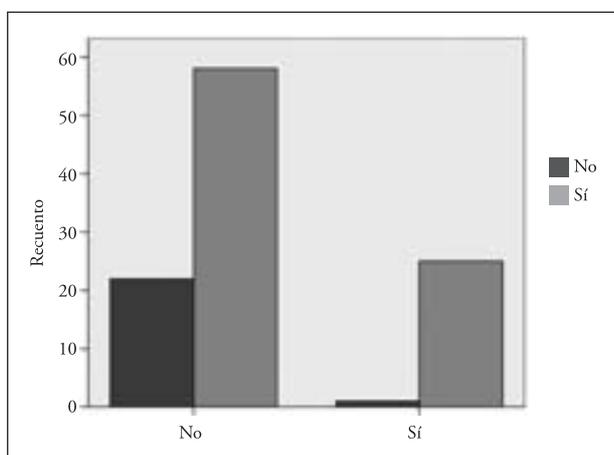


Fig. 5. ¿En los últimos seis meses el cuidador acudió a consulta médica?

y adiestramiento en alimentación, higiene, movilidad, cambios posturales y cuidados especiales, hecho que manifiesta la demanda de formación de estos cuidadores. Otros autores observaron que un alto porcentaje de las cuidadoras de su estudio no tenían ninguna formación en cuidados específicos dirigidos a las personas mayores (21, 26).

Además de ser cuidadoras de pacientes crónicos, padecen patologías crónicas y otras patologías relacionadas con el cuidado porcentajes similares a otros estudios (7, 12, 15, 23, 27). La mitad de nuestras cuidadoras percibían su estado de salud como regular o malo, otros autores relacionan esta percepción del estado de salud con el hecho de cuidar (22). Estos cuidadores constituyen un grupo de riesgo susceptible de padecer enfermedades psíquicas y, en ocasiones, son considerados como pacientes ocultos (20).

Acuden con frecuencia a consulta médica, la media de visitas es ligeramente más alta que la referida en otros estudios en período similar (25). En menor frecuencia visitan a su enfermera, más de una cuarta parte utilizó el servicio de urgencias de su centro de salud y un escaso porcentaje tuvo ingresos hospitalarios, datos que parecen

poco estudiados al no hallarse reflejados en la bibliografía revisada. 27

El resultado de la Escala de Goldberg muestra una media por encima de los puntos de corte de esta Escala, tanto para ansiedad como para depresión, detectándose ansiedad y depresión en más de la mitad de las cuidadoras. Otros autores encontraron malestar psíquico mediante esta Escala en la mitad de los cuidadores encuestados (23). El grado de sobrecarga de nuestras cuidadoras es alto, datos que diferentes estudios ponen de manifiesto (20, 27, 28).

Respecto a los factores determinantes del estado de salud, las cuidadoras de nuestro estudio perciben peor estado de salud a medida que aumenta su edad, también en la relación de parentesco los cónyuges percibían peor estado de salud, Roca Roger y cols. observan el factor edad como determinante, pero no estadísticamente significativo (7). Nuestras mujeres cuidadoras tienen puntuaciones más altas en la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg que los hombres, destacando mayor probabilidad de padecer ansiedad que depresión. Un estudio de revisión también observa que los síntomas ansiosos parecen presentar características diferentes en función del sexo (8). En nuestro estudio, las cuidadoras que no tenían trabajo remunerado presentaban mayor riesgo de padecer ansiedad depresión, hecho que se da también en otros estudios (19).

En cuanto a los factores determinantes del estado de salud de las cuidadoras en relación al grado de dependencia de la persona cuidada, cabe destacar que nuestros incapacitados eran en su mayoría octogenarios, una cuarta parte de ellos dependientes en las seis actividades básicas de la vida diaria, según Índice de Katz, y más de la mitad dependientes en siete o más actividades instrumentales, medidas con Lawton y Brody (14). También destaca que el grado de dependencia tanto en las actividades básicas como instrumentales se relacionó con sobrecarga de las cuidadoras, patologías relacionadas con el cuidado (dorsalgia y lumbalgia) y puntuación global de Goldberg, aunque esta última con significación débil. Otras publicaciones encuentran que la limitación física de la persona cuidada es un factor positivamente relacionado con la depresión del cuidador (8, 19).

En nuestro estudio las cuidadoras tienen tendencia a sufrir cefalea con el incremento de los años dedicados al cuidado. Aquellas que experimentan mayor grado de carga por el hecho de cuidar a su familiar y las que presentan diagnóstico médico de depresión tenían más probabilidad de dar puntuaciones altas en la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg, del mismo modo que las que estaban con tratamiento antidepressivo.

En relación a los recursos sanitarios sólo encontramos significación estadística entre diagnóstico médico de depresión y la utilización de los servicios de urgencias y las visitas a la consulta de su médico.

Como conclusión, nuestras cuidadoras tienen un alto grado de sobrecarga, padecen ansiedad y depresión, y per-

ciben su estado de salud como regular o malo. Durante años dedican mucho tiempo al cuidado. Sufren patologías relacionadas con el cuidado y requieren formación adecuada, que se corresponda con lo que ellas estimen más oportuno a sus necesidades y las de la persona cuidada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Envejecer en España. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Abril 2002. Naciones Unidas. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMERSO) 2002. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
2. Las personas mayores en España. Informe 2000. Subdirección General del Plan Gerontológico y Programa de Mayores (CSIC, UAM, IMERSO) Observatorio de Mayores. [http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/estadísticas/informe-mayores/2000\(5/3/08\)](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/estadísticas/informe-mayores/2000(5/3/08)).
3. Polo Luque ML, Martínez Ortega MP, Ruiz Torres MP. Teorías sobre el envejecimiento: una visión actual. *Gerokomos* 2002; 13 (2): 70-4.
4. Arriola Manchola E. Envejecimiento, anciano frágil y atención socio-sanitaria. *Gerokomos* 1999; 10 (2): 69-72.
5. Salvà A. Suma de esfuerzos para la atención de las personas mayores. *Rv Esp Geriatr Gerontol* 2004; 39 (1): 6-8.
6. Yanguas Lezaun JJ, Leturia Arrazola FJ, Leturia Arrazola M. Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del Psicólogo* 2000; nº 76, pp. 23-32.
7. Roca Roger M, Úbeda Bonet I, Fuentelsanz Gallego C, López Pisa R, Pont Ribas A, García Viñets L, Pedreny Oriol R. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares *Aten Primaria* 2000; 26 (4): 217-23.
8. Zabalegui A, Juando C, Izquierdo MD, González-Valentín A, Gallart A, Díaz M, Corrales E, Cabrera E, Bover A, Sáenz de Ormijana A, Ramírez A, Pulpón A, López L, Jones C. Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Gerokomos* 2004; 5 (4): 199-208.
9. Alonso Babarro A, Garrido Barral A, Díaz Ponce A, Casquero Ruiz R, Riera Pastor M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en programa de ALOIS. *Aten Primaria* 2004; 33 (2): 61-8.
10. Moro Tejedor N, Carbajosa Cobaleda D, Bravo Vicente C, Álvarez Martín MI. Valoración de la ansiedad en los cuidadores informales. *Enfermería Clínica* Num 184-185. Julio-Agosto 1997.
11. Montorio Cerrato I, Izal Fernández de Trocóniz M, López López A, Sánchez Colodrón M. La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología* 1998; 14 (2): 229-48.
12. Lara Pérez L, Díaz Díaz M, Herrera Cabrera E, Silveira Hernández P. Síndrome del "cuidador" en una población atendida por el equipo multidisciplinario de atención primaria. *Rev Cubana Enfermer* 2001; 17 (2): 107-11.
13. Gálvez-Romero C, González-Valentín MA, De Ramón Garrido E. Estado de salud y utilización de recursos sanitarios de una población de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos* 2007; 18 (3): 117-26.

AGRADECIMIENTOS

A las cuidadoras de pacientes incapacitados, por su generosa colaboración que ha hecho posible este trabajo y a D. José Antonio Camuñez Ruiz, por su ayuda imprescindible en el análisis estadístico.

14. Peón Sánchez MJ. Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. Prevención y cuidados en el "Síndrome del cuidador". *Enfermería Científica* 2004; Nº 264-265 (marzo-abril); 17-22.
15. Ríos Ortiz AM, Rueda López G, Valverde Orrego AH, Mohamed Hadu F. Cansancio en el desempeño de rol del cuidador. *Revista Metas de Enfermería* 2001; 38: 30-6.
16. García Hernández M. La responsabilidad de la formación de los cuidadores informales. *Gerokomos* 2001; 12 (2): 67-70.
17. Martín Carrasco M, Artaso B. La sobrecarga de los familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer. <http://www.scn.es/cursos/demencias/aspfam/alzhfam.htm>.
18. Aramburu I, Izquierdo A, Romo I. Análisis comparativo de necesidades psicosociales de cuidadores informales de personas afectadas de Alzheimer y ancianos con patología no invalidante. *Rev Mult Gerontol* 2001; 11 (2): 64-71.
19. Moral Serrano MS, Juan Ortega J, López Matoses MJ, Pellicer Magrner P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria* 2003; 32 (2): 77-87.
20. Frias Osuna A, Pulido Soto A. Cuidadores familiares de pacientes en el domicilio. *Index Enferm (Gran)* 2001; 34: 27-32.
21. Moncleón Just M, Dávalos Alvarado RK, Polo Gutiérrez A, Villacañas Novillo E. Perfil sociocultural del cuidador principal de la persona mayor dependiente y su formación específica en cuidados. *Enfermería Comunitaria* 2007; 3 (1): 20-5.
22. Escudero Rodríguez B, Díaz Álvarez E, Pascual Cortés O. Cuidadores informales. Necesidades y ayudas. *Rev ROL Enf* 2001; 24 (3): 183-9.
23. Segura Noguera JM, Bastida Bastús N, Martí Guadaño N, Riva Romeva M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. *Aten Primaria* 1998; 21 (7): 431-6.
24. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl): 132-9.
25. Santiago Navarro P, López Mederos O, Lorenzo Riera A. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio *Aten Primaria* 1999; 24 (7): 404-10.
26. Toronjo Gómez AM. Cuidador formal frente a cuidador informal. *Gerokomos* 2001; 12 (2): 59-66.
27. Badía Llach X, Lara Suriñach N, Roset Gamisans M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria* 2004; 34 (4): 170-7.
28. Artaso B, Goñi A, Biurrun A. Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38 (4): 212-8.