

Necesidades atendidas por las personas cuidadoras familiares de mayores dependientes en un hospital de media-larga estancia

Basic needs met by caregivers of older relatives in a long-term care hospital

Margarita Pérez-Cruz¹
 María de los Ángeles Muñoz-Martínez²
 Laura Parra-Anguita³
 Rafael del-Pino-Casado^{4,*}

1. Enfermera. Doctora por la Universidad de Jaén. Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, Cuidados Paliativos y Pluripatológicos, Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España.
2. Enfermera. Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, Cuidados Paliativos y Pluripatológicos, Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España.
3. Enfermera. Doctora por la Universidad de Jaén. Profesora del Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, Jaén, España.
4. Enfermero. Doctor por la Universidad de Jaén. Profesor del Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, Jaén, España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rdelpino@ujaen.es (Rafael del Pino Casado).

Recibido el 18 de febrero de 2019; aceptado el 9 de abril de 2019

RESUMEN

Objetivos: Identificar las características de las personas cuidadoras familiares de mayores dependientes en un hospital de media-larga estancia, conocer la intensidad del cuidado, describir la labor cuidadora que realizan dichas personas en el hospital e identificar su nivel de sobrecarga y ansiedad. **Método:** Estudio descriptivo transversal en el Hospital Universitario Dr. Sagaz de Jaén (Andalucía, España). Muestra no probabilística de 270 personas cuidadoras familiares de mayores dependientes. Mediciones principales: necesidades básicas atendidas por las personas cuidadoras familiares durante la estancia en el hospital (según índice de Barthel), sobrecarga subjetiva (índice Esfuerzo del cuidador) y ansiedad (escala de Hamilton). Análisis principales: análisis descriptivo mediante porcentajes, medias, desviaciones típicas e intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** la mayoría de las personas cuidadoras estudiadas eran mujeres (87%), hija o hijo de la persona cuidada (54%), que compartía residencia con esta (68%) y a la que cuidaba en el domicilio antes de ingresar en el hospital (73%). En el hospital atendieron una media de 4,87 actividades básicas de la vida diaria. Las necesidades básicas más atendidas fueron: alimentación (83%), micción (83%), aseo personal (73%), empleo de ducha o baño (69%). El 46,3% de las personas cuidadoras presentó sobrecarga subjetiva y el 60,7%, ansiedad. **Conclusiones:** La persona cuidadora hospitalaria es mujer, ama de casa, hija de la persona cuidada y comparte domicilio con esta. La intensidad del cuidado es alta. Las necesidades de alimentación, ducha o baño y aseo personal son las más prevalentes. Dichas cuidadoras presentan altos niveles de sobrecarga y ansiedad.

PALABRAS CLAVE: Cuidadores, ancianos dependientes, hospitalización, sobrecarga subjetiva, ansiedad.

ABSTRACT

Objectives: To identify the characteristics of family caregivers of elderly dependents in a hospital of medium-long stay, know the intensity of care, describe the care work performed by these caregivers and identify their level of subjective burden and anxiety. **Method:** Cross-sectional study in the Hospital Universitario Dr. Sagaz (Jaén, Andalusia, Spain). Non-probabilistic sample of 270 family caregivers of dependent elderly were recruited. Main measures: basic needs attended by family caregivers in the hospital (according to the Barthel Index), subjective burden (Caregiver Strain Index) and anxiety (Hamilton Anxiety Scale). Main analyses: descriptive analysis using percentages, means, standard deviations and 95% confidence intervals. **Results:** the majority of the caregivers studied were women (87%), daughter or son of the care recipient (54%) who shared a residence with him or her (68%) and already care for her or him at home before entering the hospital (73%). In the hospital, caregivers attended an average of 4.87 basic activities of daily life. The most frequently attended basic needs were: nutrition (83%), micturition (83%), personal hygiene (73%) and shower or bath use (69%). **Conclusions:** The hospital caregiver is a woman, housekeeper, daughter of the care recipient and shares home with him/her. The intensity of care is high. The needs of nutrition shower or bath and personal hygiene are the most prevalent. These caregivers have high levels of burden and anxiety.

KEYWORDS: Caregivers, frail elderly, hospitalization, burden, anxiety.

■ INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población, acaecido en los países industrializados en las últimas décadas, ha dado lugar a un notable aumento de las situaciones de dependencia y de los requerimientos de cuidados de

larga duración. En estos países, los cuidados de larga duración prestados a las personas mayores provienen del entorno familiar¹. Tradicionalmente, suele ser la mujer la persona que va a proporcionar la mayor parte de los cuidados a estas personas en el domicilio, sin recibir remuneración por ello, asumiendo el papel de cuidadora principal o primaria^{2,3}.

El cuidado familiar puede continuar cuando la persona mayor dependiente es hospitalizada. La persona que asume esta labor de cuidado en el ámbito hospitalario a menudo permanece junto al paciente durante la estancia en el hospital, asumiendo así el rol de cuidadora familiar hospitalaria y sirviendo de apoyo en la atención profesional que se le presta en el hospital^{4,5}. A pesar de los importantes cambios sociales que se han producido en los últimos años, tales como la incorporación de la mujer al mercado laboral, sigue siendo esta la que también asume esta labor de cuidado en el hospital⁶.

En el ámbito hospitalario se produce la confluencia entre el sistema informal y el sistema formal de cuidados. Ambos sistemas conviven y comparten un espacio marcado por relaciones de desigualdad en el uso del mismo y en reconocimiento social e institucional de los servicios que prestan a la comunidad. Por lo general, los servicios de salud y los servicios sociales se organizan alrededor de la persona dependiente y sitúan a la persona cuidadora en la periferia; lo ven como recurso y, consecuentemente, sus intervenciones suelen estar orientadas a mantenerlo en su rol^{7,8}.

En función del rol asignado a la persona cuidadora por el sistema formal pueden diferenciarse cuatro modelos teóricos⁹: a) el cuidador como recurso: donde solo se valora el beneficio que *aporta el cuidador*; b) el cuidador como cotrabajador: se le considera como coadyuvante para la mejora de los cuidados; c) el cuidador como cliente: paciente y cuidador son objeto de atención *por parte del profesional de la salud*, y d) el cuidador como elemento de la producción del bienestar: solo se valora su aportación por el ahorro que supone para el sistema de salud.

Los estudios centrados en las personas cuidadoras han sido ampliamente abordados en el ámbito domiciliario, pero son escasos en el ámbito hospitalario^{4,5}. No obstante, en nuestro país encontramos varios trabajos que describen el perfil de las personas que cuidan a familiares mayores dependientes en el área hospitalaria^{4,5,10-13} y la labor cuidadora que llevan a cabo^{6,11,13}, aunque no son exclusivos de unidades de media-larga estancia. Dichos estudios ponen de manifiesto que el perfil de las personas cuidadoras familiares hospitalarias corresponde a una mujer, hijo/a o cónyuge de la persona cuidada, con estudios primarios y que se dedica a las tareas del hogar. Este perfil coincide con el recogido en el informe del IMSERSO sobre cuidados a las personas mayores en los hogares españoles de 2004¹⁴.

Con respecto a la dedicación al cuidado en el hospital, los estudios consultados^{6,11,13} dejan patente la alta dedicación de las personas cuidadoras en este ámbito. Otras publicaciones dejan constancia de que las personas cuidadoras hospitalarias perciben que los profesionales las consideran como un recurso e incluso que son invisibles^{6,8,15}, ya que pasan desapercibidas para el sistema sanitario, tienen además baja calidad de vida y se encuentran en un medio hostil⁶.

Por otra parte, algunos autores¹⁶ exponen que la hospitalización es una experiencia cargada de estrés y desgaste, que coloca a las personas cuidadoras en una posición de gran incertidumbre.

En el contexto internacional, encontramos el trabajo realizado por Auslander¹⁷, el cual deja patente que el perfil de las personas cuidadoras es similar al descrito hasta ahora y que las tareas que realizan dichas personas en el hospital son numerosas.

Dada la escasez de estudios sobre el tema, conocer la intensidad del cuidado y la labor cuidadora que llevan a cabo en el ámbito hospitalario las personas cuidadoras familiares podría ayudar a visibilizarlas y favorecer que sean tratadas como usuarias del sistema sanitario.

■ OBJETIVOS

Objetivo general: identificar las características de las personas cuidadoras familiares de mayores dependientes receptoras de cuidados en el Hospital Universitario de media-larga estancia Dr. Sagaz de Jaén.

Objetivos específicos:

- Conocer la intensidad del cuidado realizada por dichas personas cuidadoras.
- Describir la labor cuidadora de las personas cuidadoras familiares en el mencionado hospital.
- Identificar el nivel de sobrecarga y ansiedad en las mencionadas personas cuidadoras.

■ MÉTODOS

Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal.

Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por personas cuidadoras de familiares mayores dependientes que se encontraban ingresados en el Hospital Universitario de media-larga estancia Dr. Sagaz de Jaén.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. cuidar de manera permanente,
2. no recibir remuneración económica por el cuidado,
3. cuidar a un familiar mayor de 65 años,
4. la persona cuidada tiene que ser dependiente en al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. personas cuidadoras menores de 18 años,
2. personas cuidadoras que declinaron de forma voluntaria participar en el estudio.

Selección de la muestra

La selección de la muestra se llevó a cabo mediante muestreo por conveniencia. El estudio fue ofertado a 285 personas cuidadoras que cumplían los criterios de inclusión, de las cuales aceptaron participar 270, este fue finalmente el tamaño muestral alcanzado.

Tamaño de la muestra

El tamaño muestral se calculó para poder estimar una proporción con una prevalencia esperada del 50% y una precisión del 5,8%, y para poder estimar una media con una precisión de ± 2 unidades y una desviación típica de hasta 17 unidades, todo ello con una seguridad del 95%; resultó un tamaño muestral de 270.

Variables analizadas

a) *Variables sociodemográficas* de la persona cuidadora (cuestionario *ad hoc*): edad, sexo, parentesco (cónyuge, hija/o y otros), nivel de estudios (no lee ni escribe, sin estudios, estudios primarios, secundarios, superiores), situación laboral (activo/a, desempleado/a, jubilado/a, ama de casa, otra), residencia en común con la persona receptora de cuidados (sí, no) e inicio en el cuidado (sí, no).

- b) *Intensidad del cuidado* (cuestionario *ad hoc*): número de horas diarias asistiendo ABVD, número de ABVD atendidas (al día), número de horas de vigilancia a la persona cuidada diurnas y nocturnas (al día).
- c) *Necesidades básicas atendidas* (cuestionario *ad hoc*) por las personas cuidadoras familiares durante el ingreso de la persona mayor dependiente por tipo de atención (en lugar del paciente, ayuda al paciente, colabora con los profesionales, vigilancia y no atiende).
- d) *Sobrecarga subjetiva* de la persona cuidadora.
- e) *Ansiedad* de la persona cuidadora.
- f) Capacidad funcional de la persona cuidada.

Instrumentos de medida

Fueron utilizados los siguientes:

- Para la recogida de datos sociodemográficos, intensidad de cuidado y necesidades atendidas por las personas cuidadoras, se realizó un cuestionario tipo *ad hoc*.
- La sobrecarga subjetiva de las personas cuidadoras se midió con el índice de esfuerzo del cuidador de Robinson¹⁸, mediante la versión española, validada por López y Moral¹⁹. El mencionado cuestionario es heteroadministrado, consta de 13 afirmaciones sobre aspectos relacionados con el proceso de cuidado y sus consecuencias, y proporciona un rango de 0 a 13, donde la carga subjetiva es directamente proporcional a la puntuación. El punto de corte para detectar sobrecarga subjetiva se sitúa en 7¹⁸. Presenta buenas cualidades psicométricas, con una consistencia interna medida con el alfa de Cronbach de 0,808, y de constructo.
- Se utilizó la escala de ansiedad de Hamilton²⁰ para medir la ansiedad de las personas cuidadoras. Es una escala heteroadministrada que consta de 14 ítems con un rango de 0 a 56. La ansiedad es directamente proporcional a la puntuación. Se ha propuesto un punto de corte de 14 para detectar la ansiedad clínica manifiesta²¹. Esta escala fue validada por Lobo et al.²², con buenos indicadores clinimétricos: consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,89), fiabilidad test-retest y entre observadores (coeficiente de correlación intraclase de 0,98 y 0,92).
- La capacidad funcional se midió con el índice de Barthel²³, que es una escala de 10 ítems con un rango teórico de 0 a 100. Ha sido validada en España por Baztán et al.²⁴, con adecuadas propiedades psicométricas (coeficiente de correlación kappa ponderado de 0,98 intraobservador y de 0,88 interobservador).

Método de recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo durante el segundo semestre de 2015.

Se hizo mediante entrevista estructurada, para la que se realizaron preguntas *ad hoc*, y fue llevada a cabo por dos enfermeras con alta cualificación, con más de 15 años de experiencia en el cuidado de personas cuidadoras de mayores dependientes, enfermeras que recibieron una sesión formativa de 5 horas, que incluyó recomendaciones sobre la realización de entrevistas y la codificación de los datos, para garantizar la calidad y uniformidad de la recogida de los mismos, así como controlar el posible sesgo del observador que supone la recogida de datos por parte del investigador.

Análisis de los datos

En cuanto al análisis estadístico, se llevó a cabo el cálculo de frecuencias, medias y desviaciones típicas, así como de los correspondientes

intervalos de confianza (IC) al 95% de porcentajes y medias; cálculos con SPSS v. 19.0, excepto para los IC de proporciones que se realiza con EpiDat 3.1.

Aspectos éticos

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Jaén (Sistema Sanitario Público de Andalucía). Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes en la investigación.

RESULTADOS

La muestra estudiada estuvo constituida por 270 personas cuidadoras familiares en el hospital. En la tabla 1 se exponen las características de la muestra estudiada. El perfil de las personas cuidadoras familiares de personas mayores dependientes en el Hospital Universitario de media-larga estancia Dr. Sagaz de Jaén correspondió a una mujer (87%) con una edad media de 58 años, hija (54%) de la persona cuidada, que no supera los estudios primarios (75%) y es ama de casa (54%). Comparte residencia con la persona cuidada (68%), realizaba el cuidado del mayor dependiente en el domicilio antes de ingresar en el hospital (73%) y cuida de la persona mayor dependiente desde hace unos 38,77 ± 47,68 meses.

En cuanto a la intensidad en el cuidado de las personas cuidadoras familiares en el hospital, dedicaron una media de 2,07 ± 11,36 horas diarias a la asistencia de las ABVD y atendieron una media de 4,89 ± 2,74 ABVD al día, de manera que el 95,2% (IC: 92,44-97,92) de las personas cuidadoras atendieron al menos una necesidad básica de su familiar dependiente y el 71,5% (IC: 65,91-77,05), al menos cuatro necesidades básicas. Dedicaron a la vigilancia diurna de la persona mayor dependiente una media de 11,10 ± 3,52 horas al día, siendo de 6,97 ± 4,51 horas diarias de media empleadas a la supervisión o vigilancia nocturna.

En la tabla 2 se muestran las ABVD atendidas por la persona cuidadora en el hospital. Sumando los porcentajes correspondientes a las actividades de vigilancia, colaboración con los profesionales, ayuda al paciente y atención en lugar del paciente se obtiene el porcentaje total de las distintas actividades que realizan las personas cuidadoras. De mayor a menor frecuencia, las actividades atendidas son las siguientes: alimentación, el 83% (IC: 78,70-87,96); empleo ducha o baño un 73% (IC: 67,48-78,44); aseo personal un 73% (IC: 67,48-78,44); vestirse, el 71% (IC: 65,52-76,70); deposición, el 64% (IC: 58,16-69,98); micción, un 54% (IC: 47,94-60,20); uso del retrete, el 46% (IC: 39,79-52,05); traslado cama-sillón, un 19% (IC: 14,37-24,14); desplazamientos, el 6% (IC: 3,21-9,37); subir/bajar escaleras, un 4% (IC: 1,26-6,14).

En la tabla 3 se muestran los resultados sobre la salud emocional de las personas cuidadoras en el hospital que reflejan altos niveles de sobrecarga y ansiedad.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha definido el perfil tipo de la persona cuidadora en el hospital de media-larga estancia Dr. Sagaz de Jaén, a la vez que se ha dado a conocer la intensidad de cuidado, se ha descrito la labor que llevan a cabo dichas cuidadoras y valorado el nivel de sobrecarga y ansiedad que poseían.

Con respecto a las características de las personas cuidadoras familiares, los resultados del presente estudio son similares a los encontrados a nivel nacional por Costa-Requena et al.¹⁰, Navarro Arquelladas¹², Villar et al.¹³ y Hanzelíková et al.⁴. Aunque los estudios de estos autores no se

Tabla 1. Descripción de la muestra estudiada

		N (%)	M (DT)	IC 95%	
Persona cuidadora	Edad		58,4 (12,7)	56,90-59,97	
	Sexo	Femenino	234 (86,7%)		82,42-90,90
		Masculino	36 (10,3%)		9,09-17,57
	Relación de parentesco	Cónyuge	102 (37,8%)		31,81-43,74
		Hija/o	145 (53,7%)		43,14-59,83
		Otros	23 (8,5%)		5,00-12,03
	Nivel de estudios	No sabe leer, ni escribir	9 (3,3%)		1,00-5,66
		Sin estudios	86 (31,9%)		26,10-37,59
		Estudios primarios	107 (39,6%)		33,61-45,64
		Estudios secundarios	53 (19,6%)		14,70-24,55
		Estudios superiores	15 (5,68%)		2,63-8,473
	Situación laboral	Activo/a	52 (19,3%)		14,37-24,14
		Desempleado/a	29 (10,7%)		6,86-14,61
		Jubilado/a	35 (13%)		8,77-17,55
		Ama de casa	152 (56,3%)		50,19-62,39
Otra		2 (0,7%)		0,09-2,65	
Residencia común	Sí	138 (69,7%)		63,04-76,35	
	No	60 (30,3%)		23,64-36,95	
Antigüedad en el cuidado (meses)			38,77 (47,68)	33,06-44,48	
Inicio en el cuidado	Sí	72 (26,7%)		21,20-32,12	
	No	198 (73,3%)		67,87-78,79	
Receptor de cuidados	Edad		78,9 (8,1)	77,99-79,94	
	Sexo	Masculino	149 (55,2%)		44,06-61,30
		Femenino	121 (44,8%)		36,69-50,93
	Diagnostico principal	ACV	83 (30,7%)		25,05-6,43
		Cáncer	64 (23,7%)		18,44-28,96
		Deterioro cognitivo	19 (7%)		3,80-10,27
		Deterioro físico	26 (9,6%)		5,92-13,33
Otros		78 (28,9%)		23,29-34,49	
Capacidad funcional: Barthel (Rango 0-90)			13,64 (17,68)	11,53-15,76	

ABVD: actividades básicas vida diaria; ACV: accidente cerebrovascular; DT: desviación típica; IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

llevaron a cabo en hospitales de media-larga estancia, todos están centrados en personas mayores dependientes. Así mismo, los resultados de López-Casanova et al.¹¹ corroboran el perfil de las personas cuidadoras de la muestra de este estudio. Sin embargo, estos autores¹¹ no describen el perfil de las personas mayores dependientes incluidas en su estudio. Por ello, los resultados del mencionado estudio¹¹ los tomamos con cautela a la hora de compararlos con los nuestros, ya que podría no ajustarse a la muestra descrita en esta investigación.

A nivel internacional, los resultados de este trabajo son coincidentes con los encontrados por Auslander¹⁷, aunque la edad y el porcentaje de mujeres cuidadoras son inferiores a los descubiertos en el este trabajo. Esto podría deberse a la heterogeneidad de la muestra estudiada por este autor, ya que incluye pacientes desde 18 años a pacientes dependientes y

podría no ajustarse a la muestra estudiada en nuestra investigación; por ello, estos resultados los tomamos con precaución.

Como señalábamos en el apartado de resultados al describir las características de la muestra, un pequeño porcentaje de personas cuidadoras se iniciaron en el cuidado de su familiar en el momento del ingreso. Sin embargo, la mayoría de las personas cuidadoras ya atendían al paciente en el domicilio antes de ser ingresado. Este hecho podría justificar la similitud de los resultados de la presente investigación en cuanto al perfil de las personas cuidadoras con los recogidos en el informe del IMSERSO de 2004¹⁴ sobre cuidados a las personas mayores en los hogares españoles, exponiendo que el 83% de las personas cuidadoras son mujeres con una media de edad de 52,9 años, hija de la persona cuidada (57%), con estudios primarios (43%), que se dedican a las tareas del ho-

Tabla 2. Actividades básicas de la vida diaria atendidas por la persona cuidadora en el hospital

		N (%)	IC 95%
Alimentación	No atiende ninguna actividad	45 (16,7%)	12,03-21,29
	Vigilancia	3 (1,1%)	0,23-3,21
	Colabora con los profesionales	10 (3,7%)	1,26-6,14
	Ayuda al paciente	108 (40%)	33,97-46,02
	En lugar del paciente	104 (38,5%)	32,52-44,50
Empleo de ducha o baño	No atiende ninguna actividad	73 (27%)	21,55-32,52
	Vigilancia	11 (4,1%)	1,53-6,61
	Colabora con los profesionales	130 (48,1%)	42,00-54,29
	Ayuda al paciente	31 (11,5%)	7,49-15,46
	En lugar del paciente	25 (9,3%)	5,61-12,90
Vestirse	No atiende ninguna actividad	78 (28,9%)	23,29-34,48
	Vigilancia	11 (4,1%)	1,53-6,61
	Colabora con los profesionales	111 (41,1%)	35,05-47,16
	Ayuda al paciente	40 (14,8%)	10,39-19,23
	En lugar del paciente	30 (11,1%)	7,17-15,04
Aseo personal	No atiende ninguna actividad	73 (27%)	21,55-32,52
	Vigilancia	9 (3,3%)	1,00-5,66
	Colabora con los profesionales	109 (40,4%)	34,33-46,40
	Ayuda al paciente	40 (14,8%)	10,39-19,23
	En lugar del paciente	39 (14,4%)	10,06-18,82
Micción	No atiende ninguna actividad	125 (46,3%)	40,16-52,42
	Vigilancia	11 (4,1%)	1,53-6,61
	Colabora con los profesionales	87 (32,2%)	26,46-37,98
	Ayuda al paciente	25 (9,3%)	5,61-12,90
	En lugar del paciente	22 (8,1%)	4,70-11,59
Deposición	No atiende ninguna actividad	96 (35,6%)	29,66-41,45
	Vigilancia	11 (4,1%)	1,53-6,61
	Colabora con los profesionales	106 (39,3%)	32,2-45,26
	Ayuda al paciente	31 (11,5%)	7,49-15,46
	En lugar del paciente	26 (9,6%)	5,92-13,33
Uso del retrete	No atiende ninguna actividad	146 (54,1%)	47,94-60,20
	Vigilancia	12 (4,4%)	1,80-7,08
	Colabora con los profesionales	67 (24,8%)	19,47-30,15
	Ayuda al paciente	27 (10%)	6,23-13,76
	En lugar del paciente	18 (6,7%)	3,50-9,82
Traslado cama-sillón	No atiende ninguna actividad	218 (80,7%)	75,85-85,63
	Vigilancia	16 (5,9%)	2,92-8,92
	Colabora con los profesionales	18 (6,7%)	3,50-9,82
	Ayuda al paciente	14 (5,2%)	2,35-8,01
	En lugar del paciente	4 (1,5%)	0,40-3,75
Desplazamientos	No atiende ninguna actividad	253 (93,7%)	90,62-96,78
	Vigilancia	2 (0,7%)	0,09-2,65
	Colabora con los profesionales	2 (0,7%)	0,09-2,65
	Ayuda al paciente	10 (3,7%)	1,26-6,14
	En lugar del paciente	3 (1,1%)	0,23-3,21
Subir/bajar escaleras	No atiende ninguna actividad	260 (96,3%)	93,85-98,73
	Vigilancia	2 (0,7%)	0,09-2,65
	Colabora con los profesionales	2 (0,7%)	0,09-2,65
	Ayuda al paciente	6 (2,2%)	0,27-4,16
	En lugar del paciente	0	0

IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla 3. Salud emocional de las personas cuidadoras

	M (DT)	IC 95%
Sobrecarga subjetiva: Robinson (Rango 0-13)	5,98 (2,78)	5,65-6,31
Ansiedad: Hamilton (Rango 0-56)	18,98 (10,76)	17,69-20,27

DT: desviación típica; IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

gar (44,2%) y comparten residencia con la persona cuidada (48%). Por tanto, la muestra de este estudio podría considerarse altamente representativa de las personas cuidadoras de mayores dependientes en España.

En cuanto a las necesidades atendidas por las personas cuidadoras familiares en el hospital, el presente estudio pone de manifiesto que las necesidades atendidas (por orden de frecuencia) son: alimentación, micción, aseo personal, empleo de ducha o baño y deposición. Las actividades que se realizan con menor frecuencia son aquellas que requieren de fuerza física para llevarlas a cabo, como son: el traslado cama-sillón, los desplazamientos y subir/bajar escaleras. Estos resultados coinciden con los encontrados por López-Casanova et al.¹¹. Apoyamos la hipótesis defendida por estos autores de que, en el hospital, las actividades que suponen esfuerzo físico para movilizar al paciente se realizan con menor frecuencia por seguridad del paciente y de la persona cuidadora.

Este trabajo muestra la alta dedicación de las personas cuidadoras familiares en el hospital. Esta elevada dedicación evidencia que las personas cuidadoras son utilizadas como un recurso y no como usuarios del sistema. Por otro lado, nuestro estudio revela altos niveles de sobrecarga subjetiva y de ansiedad en estas personas cuidadoras.

No hemos encontrado estudios que cuantifiquen la dedicación al cuidado de las personas cuidadoras en el hospital.

En cuanto a la salud emocional, solo hemos localizado los estudios de Bradshaw et al.²⁵, y de Pérez Mármol et al.⁵, que muestra una alta prevalencia de tensión y angustia psicológica entre los cuidadores hospitalarios. Así, nuestro estudio aporta luz sobre estas cuestiones y justifica la necesidad de comenzar a ver en el hospital a estas personas cuidadoras como usuarios del sistema más que como recursos del sistema.

Resaltamos la escasez de estudios sobre personas cuidadoras familiares en el hospital que aborden la labor cuidadora realizada en dicho ámbito, lo que acentúa la invisibilidad de dichas personas cuidadoras y el no reconocimiento por parte del sistema sanitario. Este estudio pone de manifiesto la importante labor que desarrollan estas personas en el hospital y, por tanto, la necesidad del reconocimiento de dicha labor y de que sean consideradas como usuarios del sistema y no como recursos.

La limitación de este estudio se debe a la utilización de muestreo no probabilístico por conveniencia, lo cual puede acarrear problemas de representatividad de la muestra, y puede existir un sesgo de selección. No obstante, la similitud de la muestra estudiada con muestras representativas a nivel nacional permite reducir esta limitación.

CONCLUSIONES

A pesar de la limitación mencionada podemos concluir que:

- El perfil tipo de la persona cuidadora en el Hospital Universitario de media-larga estancia Dr. Sagaz de Jaén es el de una mujer de 58 años, sin estudios primarios, ama de casa, hija de la persona cuidada, que vive con la persona cuidada, lleva 3 años cuidándola y

ejerce su labor cuidadora en el domicilio antes del ingreso en el hospital. Este perfil coincide plenamente con el modelo mediterráneo de sistema informal de cuidados donde la participación familiar y femenina es alta.

- La intensidad de cuidado de las personas cuidadoras es alta y las actividades realizadas por dichas personas cuidadoras son variadas, destacando la vigilancia tanto diurna como nocturna.
- La persona cuidadora hospitalaria atiende las siguientes necesidades

(por orden de frecuencia): alimentación, ducha o baño, aseo personal, vestirse, deposición, micción, uso del retrete, traslado cama-sillón, desplazamientos y subir/bajar escaleras.

- El nivel de sobrecarga y ansiedad de las personas cuidadoras de familiares dependientes en el ámbito hospitalario es alto ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. OECD. Health at a Glance 2017: OECD indicators. París: OECD Publishing; 2017.
2. López-Martínez C, Frías-Osuna A, Del-Pino-Casado R. Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión en personas cuidadoras de familiares mayores. *Gac Sanit*. 2019;33(2):185-90.
3. Pérez-Cruz M, Muñoz-Martínez MA, Parra-Anguila L, Del-Pino-Casado R. Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Aten Primaria*. 2017;49(7):281-88.
4. Hanzelíková Pogránýivá A, López Muñoz F, Fusté Moreno R. Perfil socio-demográfico de los cuidadores de los pacientes geriátricos hospitalizados mayores de 75 años y su relación con la satisfacción. *Enfermería Global*. 2017;16(2):375.
5. Pérez Marmol JM, Flores Antiguada ML, Castro Sánchez AM, Tapia Haro RM, García Ríos MDC, Aguilar Ferrandiz ME. Inpatient dependency in activities of daily living predicts informal caregiver strain: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2018;27(1-2):e177-e85.
6. Martín Burriel MÁ, Perera Solans P, Altarribas Bolsa E, Serrano Trillo I. Necesidades de los cuidadores familiares de los pacientes ingresados en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza. *Biblioteca Lascasas* [revista en Internet]. 2009 [acceso 15/06/2018];5(6). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0490.php>
7. Abajo M, Rodríguez-Sanz M, Malmusi D, Salvador M, Borrell C. Gender and socio-economic inequalities in health and living conditions among co-resident informal caregivers: a nationwide survey in Spain. *J Adv Nurs*. 2017;73(3):700-15.
8. Pérez Ordóñez F, Quero Rufián A, Alonso Cuenca RM. La invisibilidad de las personas cuidadoras: Un enfoque discursivo del personal de enfermería del hospital de Antequera. *Ética de los cuidados* [revista en Internet]. 2012 [acceso 20/06/2018]; jul-dic;5(10). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n10/et7919.php>
9. Twigg J. Models of carers: how do social care agencies conceptualise their relationship with informal carers? *J Soc Policy*. 1989;18(1):53-66.
10. Costa-Requena G, Cristofol R, Canete J. Caregivers' morbidity in palliative care unit: predicting by gender, age, burden and self-esteem. *Support Care Cancer*. 2012;20(7):1465-70.
11. López-Casanova P, Rodríguez-Palma M, Herrero-Díaz MA. Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche. *Gerokomos*. 2009;20(4):167-71.
12. Navarro Arquelladas MA. Relación entre personalidad, sobrecarga y estrategias de afrontamiento en cuidadoras de pacientes mayores dependientes en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. *NURE Inv* [revista en Internet]. 2011 [acceso 20/06/2018]; Mar-Abr;8(51). Disponible en: https://colegaslujan.files.wordpress.com/2012/05/nure_51_original_apocuid.pdf
13. Villar Dávila R, Pancorbo Hidalgo PL, Jiménez Díaz MC, Cruz Lendínez A, García Ramiro P. Qué hace el cuidador familiar en el hospital: Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. *Gerokomos*. 2012;23(1):7-14.
14. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles: el entorno familiar. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2005.
15. Mora López G, Ferré-Grau C. La invisibilidad del cuidador familiar en el hospital. *Ética de los Cuidados* [revista en Internet]. 2013 [acceso 22/06/2018]; ene-jun;6(11). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n11/et8024.php>
16. Marrojo-Pérez KJ, Berumen-Burciaga LV, Mejía-Mejía Y, Palacios-Ceña D. El significado de la hospitalización desde la mirada del cuidador: estudio cualitativo. *Enferm Clin*. 2016;26(2):102-10.
17. Auslander GK. Family caregivers of hospitalized adults in Israel: a point-prevalence survey and exploration of tasks and motives. *Res Nurs Health*. 2011;34(3):204-17.
18. Robinson BC. Validation of a Caregiver Strain Index. *J Gerontol*. 1983;38(3):344-8.
19. López Alonso S, Moral Serrano M. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Comun*. 2005;1(1):12-7.
20. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50-5.
21. Kobak KA, Reynolds WM, Greist JH. Development and validation of a computer-administered version of the Hamilton Rating Scale. *Psychol Assess*. 1993;5(4):487-92.
22. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)*. 2002;118(13):493-9.
23. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
24. Baztan JJ, Pérez J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993;28:32-40.
25. Bradshaw LE, Goldberg SE, Schneider JM, Harwood RH. Carers for older people with co-morbid cognitive impairment in general hospital: characteristics and psychological well-being. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28(7):681-90.