

Preparación del cuidador para prevenir las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia

Training carers to prevent skin injuries related to dependency

DOI: S1134-928X2026000100008

Agustina Orozco-Cuadrado¹
 María del Carmen Rodríguez-Torres²
 María Piedad García-Ruiz³
 Rosa María Torres-Bautista⁴
 María Victoria Juan-Campos⁵
 Carmen María Sánchez-García⁵
 María Dolores López-Franco⁶
 Juana María Díaz-Martínez⁷
 Francisco Pedro García-Fernández^{6,*}

1. Enfermera Especialista en Enfermería de Familia y Comunitaria. UGC Linares C San José. Linares, Jaén, España.
2. Enfermera Gestora de Casos. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén, España.
3. Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas. AGS Jaén Norte. Jaén, España.
4. Enfermera Básica de Atención Primaria. UGC Linares C San José. Linares, Jaén, España.
5. Enfermera Residente en Enfermería de Familia y Comunitaria. UGC Linares C San José. Linares, Jaén, España.
6. Departamento Enfermería. Universidad de Jaén. Jaén, España.
7. TCAE. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén, España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fpgarcia@ujaen.es (Francisco Pedro García-Fernández).

Recibido el 27 de octubre de 2025; aceptado el 26 de noviembre de 2025.

RESUMEN

Objetivo: Comparar la influencia de 2 estrategias de preparación del cuidador familiar en la prevención de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia: el uso de la escala de valoración de cuidados preventivos de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia y la implementación de un programa de educación terapéutica. **Metodología:** Se diseñó un estudio de no inferioridad que incluyó a una muestra de cuidadoras (familiares y auxiliares de ayuda a domicilio) de pacientes inmovilizados en programas de atención domiciliaria. Se excluyeron del estudio a las personas cuidadoras que no entendían el castellano con un nivel adecuado o no supieran leer o escribir. Las participantes fueron asignadas a 2 grupos de intervención: formación en la escala de valoración de cuidados preventivos de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia o el programa de educación terapéutica. El nivel de conocimientos de las cuidadoras se evaluó al inicio y a las 8 semanas postintervención mediante el cuestionario validado COCU-LCRD 23. **Resultados:** Se observó una mejora significativa en el nivel de conocimientos en todos los grupos de forma global, alcanzando un incremento global promedio de +17,8% en la puntuación. Ambos modelos de preparación demostraron ser eficaces. Destaca que el subgrupo de cuidadoras familiares formadas con la escala de valoración de cuidados preventivos de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia mostró la mayor mejoría relativa, con un aumento del +26,6% en sus conocimientos, un incremento superior al obtenido por el grupo programa de educación terapéutica. Al inicio del estudio, el 46,8% de los pacientes cuidados presentaban al menos 1 lesión cutánea relacionada con la dependencia. **Conclusiones:** Ambas estrategias de preparación (escala de valoración de cuidados preventivos de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia y programa de educación terapéutica), son métodos eficaces para aumentar el nivel de conocimiento de las cuidadoras en la prevención de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. La formación basada en la escala de valoración de cuidados preventivos de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia se mostró como

ABSTRACT

Objective: To compare the influence of two strategies for preparing family carers in the prevention of dependency-related skin injuries: the use of the dependency-related skin injury prevention care assessment scale (DRSI-PCAS) and the implementation of a therapeutic education programme). **Methodology:** A non-inferiority study was designed that included a sample of carers (family members and home help assistants) of immobile patients in home care programs. Carers who did not have an adequate understanding of Spanish or who could not read or write were excluded from the study. Participants were assigned to two intervention groups: training in DRSI-PCAS or therapeutic education programme. The caregivers' level of knowledge was assessed at baseline and 8 weeks post-intervention using the validated COCU-LCRD 23 questionnaire. **Results:** A significant improvement in knowledge levels was observed in all groups overall, with an average overall increase of +17.8% in scores. Both training models proved to be effective. It is noteworthy that the subgroup of family caregivers trained with DRSI-PCAS showed the greatest relative improvement, with a +26.6% increase in their knowledge, which was higher than that obtained by the therapeutic education programme group. At the start of the study, 46.8% of the patients cared for had at least one dependency-related skin injuries. **Conclusions:** Both preparation strategies (assessment scale for preventive care of skin injuries related to dependency and therapeutic education program) are effective methods for increasing caregivers' knowledge of the prevention of skin injuries related to dependency. Training based on the assessment scale for preventive care of skin injuries related to dependency proved to be a very

un instrumento de gran utilidad para la preparación de las cuidadoras familiares, logrando reducir y en algunos casos superar la brecha de conocimiento que existía con las cuidadoras formales (servicios de ayuda a domicilio prestado por las auxiliares de ayuda a domicilio).

PALABRAS CLAVE: Cuidadoras familiares, conocimiento, úlceras por presión, lesiones relacionadas con la dependencia, cuidadoras formales, atención primaria.

useful tool for preparing family caregivers, reducing and in some cases overcoming the knowledge gap that existed with formal caregivers (home help services provided by home help assistants).

KEYWORDS: Family caregivers, knowledge, pressure ulcers, dependency-related injuries, formal caregivers, primary care.

INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas se han definido como “lesión de la piel con una escasa o nula tendencia a la cicatrización mientras se mantenga la causa que la produce”¹.

Existe una gran variedad de enfermedades que van a producir alteración del deterioro de la integridad cutánea y tisular dando lugar a diferentes clases de heridas crónicas, como señala Morton y Phillips en 2016². Hay diferentes autores que realizan una clasificación de las heridas crónicas, como la de Cacicedo González et al.³.

En esta necesidad de clasificar-categorizar lesiones, en 2014 surgió un nuevo modelo teórico⁴, en el que, además de explicar cómo se producen las úlceras por presión (UPP), se definen 7 lesiones diferentes que hasta ese momento se habían incluido y formaban parte de las UPP. El nexo en común de todas ellas es que aparecen en personas que presentan algún grado de dependencia. Por esta razón, una primera definición de estas lesiones fue el de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia (LCRD). En 2021, el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) introduce el término “cutánea”, así, el término acuñado actualmente “lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia”, sitúa mejor la identificación de estas y las incluye en el concepto de heridas crónicas⁵. Este mismo grupo define LCRD como “el daño de la piel y/o tejidos subyacentes que afecta a personas con limitación o pérdida (temporal o permanente) de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial debido a la discapacidad, edad, proceso o enfermedad y que requieren de ayuda para sus actividades básicas”.

Estas lesiones, por lo tanto, no solo afectan a personas de vida cama-sillón, encamados o personas con incontinencia, sino también a las que no pueden de manera autónoma realizar sus cuidados ellos mismos, así que dependen de otra persona para realizarlos, ya sea una persona cuidadora profesional o familiar.

La epidemiología y su posterior difusión, no solo de los datos, sino también de las repercusiones de las LCRD, se debería considerar una herramienta fundamental para el diseño de políticas sanitarias preventivas y terapéuticas⁶.

Al menos el 1% de la población, en los países del denominado primer mundo, padecerán heridas crónicas en algún momento de su vida; este resultado se obtuvo en una revisión sistemática realizada por Tricco et al. en 2015⁷. A lo largo de la vida, según Chatterjee, cerca del 10 % de la población a nivel mundial sufrirá una herida crónica, cuya tasa de mortalidad relacionada con esta es el 2,5%⁸.

Los datos reflejados en el 6º Estudio Nacional de prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en centros de atención primaria de salud de España, indica una prevalencia del 5,82% y que en el 79,8% de los casos dichas lesiones se originaron en el mismo domicilio del paciente⁶. Desde el punto de vista de la persona que dispensa los cuidados, encontramos:

- Las personas que se autocuidan, total o parcialmente.
- Los trabajadores del cuidado remunerados (cuidadores formales).
- Los cuidadores no remunerados (familiares, amigos, voluntariado).

Teniendo en cuenta que la mayoría de los cuidados que se prestan a personas con dependencia en España se realizan por parte de la familia, es interesante revisar el coste económico que implicaría. En el año 2008, se estudia el impacto económico de los cuidados informales en España⁹, este año se identifican más de 1 millón de cuidadores no profesionales de personas de 65 y más años con limitaciones en su autonomía. Dichos cuidadores generaron más de 3.000 millones de horas de cuidado, siendo 3 de cada 4 h realizadas por mujeres. El cálculo de impacto económico de este trabajo invisible se estimó entre 24.918 y 41.291 millones de euros. Este gasto se estimó entre el 2,29 y el 3,79% del producto interior bruto de España en el año 2008.

Se entiende como cuidado formal a los cuidados proporcionados por profesionales de servicios sanitarios y sociales, así como empleados de hogar, a las personas que precisan cuidados. Se trata de trabajadores con alta cualificación y habitualmente son profesionales asalariados del cuidado. La conocida como “Ley de la Dependencia” (2006), que es en realidad una ley para la autonomía, llamada Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia ha sido una de las leyes de más calado social de la democracia. A través de esta ley, se crea el Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD), un conjunto de servicios y prestaciones económicas destinadas a la atención, y hay 5 servicios diferentes¹⁰.

En la bibliografía científica, el estudio del conocimiento sobre heridas crónicas, como las LPP o UPP, se encuentra dividido entre cuidadores familiares (a veces denominados informales) y profesionales de salud o cuidadoras formales. Sin embargo, no encontramos ninguna referencia sobre los conocimientos de los servicios de ayuda a domicilio prestado por las auxiliares de ayuda a domicilio del SAAD. Estos servicios atienden a las necesidades diarias del dependiente en su propia vivienda, desde cuidados del hogar hasta cuidados personales, que incluyen atención para las actividades diarias, así como ayudas para la limpieza, higiene, alimentación, y cualquier actividad que mantenga la autonomía de la persona o supla su situación de dependencia.

Atendiendo a las cifras estimadas en la población española y a la alta proporción de LCRD que se generan en el domicilio según el último estudio nacional de prevalencia, es necesario analizar los conocimientos no solo de los cuidadores familiares sino también de las auxiliares de ayuda a domicilio. Una vez contemos con la información de los conocimientos sobre prevención, tanto de cuidadores informales como de las cuidadoras del SAAD, podremos determinar las necesidades de formación y nos permitirá poder diseñar intervenciones con mayor especificidad desde el centro de salud.

Un enfoque sistemático para el desarrollo de intervenciones de cambio de comportamiento implica la especificación de los constructos influ-

yentes, como el conocimiento, las habilidades y las creencias¹¹. Herramientas como el Marco de Dominios Teóricos y el modelo Capacidad, Oportunidad, Motivación y Comportamiento (COM-B) se utilizan para identificar y mapear los determinantes del comportamiento que afectan la adherencia a las pautas de prevención. En este contexto, el conocimiento se identifica frecuentemente como un factor clave¹¹.

La efectividad de los programas de formación para aumentar los conocimientos en prevención de lesiones relacionadas con la dependencia y las UPP en cuidadores, especialmente informales, no se resuelve con una única herramienta. La evidencia disponible sugiere que la combinación de métodos es la estrategia más prometedora¹². Los programas educativos estructurados y las intervenciones de formación son fundamentales para elevar el nivel de conocimientos de los cuidadores¹². A pesar de que la educación puede aumentar el conocimiento, este, por sí solo, no parece ser suficiente para garantizar la adherencia a las guías de prevención o para lograr cambios de comportamiento a largo plazo. Se ha identificado una “brecha conocimiento-comportamiento” (*knowledge-behaviour gap*), en que los participantes son conscientes de las actividades preventivas diarias necesarias, pero no siempre actúan en consecuencia^{11,13}. La forma más efectiva de aumentar los conocimientos y, crucialmente, de garantizar el cambio de comportamiento a largo plazo, es mediante una estrategia multifacética y centrada en la colaboración entre el cuidador y el profesional de la salud^{11,13}.

El GNEAUPP ha desarrollado una escala de valoración específica para cuidadores (basada en escalas clínicas como Braden y EMINA). Esta escala está diseñada para que la enfermera la use para enseñar a los cuidadores a identificar el nivel de riesgo del paciente (usando códigos de colores en lugar de puntuaciones numéricas) y aplicar medidas preventivas autónomas en función de ese riesgo. Esta herramienta transforma la evaluación en una guía de prevención práctica y ligada al riesgo real del paciente¹⁴. Un programa de educación terapéutica en que las intervenciones que se enfocan no solo en el conocimiento, sino también en el aumento de la autoeficacia y las habilidades de resolución de problemas (p. ej., mediante la entrevista motivacional), han demostrado mejorar significativamente el compromiso con las conductas preventivas^{11,15}.

OBJETIVOS

- **Objetivo principal.** Analizar la influencia de la preparación del cuidador familiar mediante el uso de la Escala de Valoración de Cuidados Preventivos de Lesiones Cutáneas Relacionadas con la Dependencia (EVCP-LCRD) y de un programa de educación terapéutica (PET), en la mejora del nivel de conocimientos de las cuidadoras y en la prevención de LCRD.
- **Objetivos específicos.**
 - Determinar el perfil sociodemográfico de las personas cuidadoras.
 - Delimitar las características globales de las personas cuidadas.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio de no inferioridad en el que inicialmente se realizó una valoración para determinar la incidencia de LCRD. Se midió la preparación inicial del cuidador familiar mediante el cuestionario COCU-LCRD 23 y se hizo una formación específica, a un grupo en el uso de la EVCP-LCRD y a otro grupo mediante un PET y se determinó su influencia en la aparición de LCRD.

Unidad de estudio

- **Población.** Cuidadoras familiares y auxiliares del SAAD de pacientes inmovilizados en programa de atención domiciliaria, de las unidades de Gestión Sanitaria Clínica de Linares (A, B, C y D).
- **Muestra.** Cuidadoras familiares y auxiliares de ayuda a domicilio del SAAD de pacientes inmovilizados en programa de atención domiciliaria de las Unidades de Gestión Clínica de Linares C.
- **Método de muestreo.** Se intentó obtener un número representativo de personas cuidadoras familiares y auxiliares de ayuda a domicilio del SAAD. En este caso particular, el número de cuidadoras familiares se identificaron mediante los últimos listados emitidos por servicios centrales del SAS. Se enumeraron a todas las cuidadoras y auxiliares del SAAD y se realizó un muestreo probabilístico generando números aleatorios sin repetición mediante un programa gratuito de acceso libre (alazar.info). En el caso de que alguna cuidadora no quisiera participar en el estudio se incluyó a la siguiente hasta completar el tamaño muestral.
- **Criterios de inclusión.** Se incluyó en el estudio a la persona mayor de edad que ejercía de cuidadora principal del paciente inmovilizado en programa de atención domiciliaria de las unidades de Gestión Sanitaria Clínica de Linares (A, B, C y D), que tuviese una experiencia como cuidadora de una persona dependiente como mínimo de 6 meses; en el caso de las auxiliares de SAAD estar en posesión del título de técnico en atención a personas en situación de dependencia o equivalente. Cuidadoras de pacientes cuyo pronóstico de vida estimado sea superior a 6 meses.
- **Criterios de exclusión.** Las personas cuidadoras que no entendían el castellano con un nivel adecuado o no supieran leer o escribir. Personas que se preveía su traslado durante el período de estudio fuera del área de gestión sanitaria o ingresaron en el hospital durante este.
- **Tamaño de la muestra.** Para conseguir una potencia del 80,00% en la comparación de medias para detectar una diferencia de 10 puntos para 2 muestras independientes en el índice de conocimientos, teniendo en cuenta que el nivel de significación es del 5,00%, asumiendo una desviación estándar común de 18,9¹⁶, fue necesario incluir 58 cuidadoras en el grupo escalas y otras 58 en el grupo programa de intervención terapéutica, totalizando incluir 116 cuidadoras en el estudio. Así se seleccionaron 58 cuidadoras (29 cuidadoras familiares y 29 del SAAD) y otras 58 cuidadoras (29 cuidadoras familiares y 29 del SAAD) en el grupo del PET. No se previeron pérdidas, puesto que en el caso de que alguna cuidadora o personal del SAAD abandonara el estudio se incluyeron nuevas personas para completar el tamaño muestral.

Variables a analizar

- **Variables sociodemográficas de la cuidadora.** Edad en años cumplidos, género, nivel de estudios (agrupado como sin estudios, estudios básicos, estudios medios o estudios superiores), tiempo de experiencia en el cuidado de la persona (agrupado en menos de 1 año, entre 1-3 años, de 3 a 5 años, más de 5 años), ocupación (agrupado como sin trabajo remunerado, trabajadora por cuenta propia, por cuenta ajena, jubilado, cuidadora profesional), experiencia previa como cuidadora (sí/no), dispone de más ayuda para el cuidado (sí/no), auxiliar SAAD (sí/no).
- **Variables relacionadas con el paciente.** Edad, género, presencia de alguna LCRD previa a la participación en el estudio (categorizada como sí/no), tipo de lesión y su categoría.
- **Nivel de preparación de las cuidadoras familiares y auxiliares SAAD.** Lo definimos como el nivel de conocimientos que los participantes poseen sobre LPP y otras LCRD, medido mediante el cuestionario COCU-LCRD 23¹⁶ al inicio y a las 8 semanas de haberse formado en el uso de las EVCP-LCRD o de haber participado en el PET.

Instrumentos de recogida de datos

- **Cuestionario COCU-LCRD 23.** Es un instrumento diseñado y validado ($\alpha = 0,852$)¹⁶ específicamente para evaluar los conocimientos de los cuidadores familiares sobre la prevención de UPP y otras LCRD mediante afirmaciones politómicas (sí/no/no sé). La forma de puntuar el test viene recogida en él. Como puntuación máxima se obtiene 23 puntos (lo que equivale a un índice de 100 en conocimientos). Para calcular la puntuación obtenida en índice de conocimientos, el mismo COCU-LCRD-23 nos indica la fórmula:

$$\text{Índice de conocimientos} = \text{puntuación obtenida} / 23 \times 100.$$

El cuestionario aborda una amplia gama de temas relacionados con la prevención de UPP y otras lesiones cutáneas, incluyendo: factores de riesgo, medidas preventivas e identificación temprana de lesiones, que se consideran en la escala EVCP-LCRD.

- **Escala de valoración de cuidadores y medidas preventivas del GNEAUPP.** Es un instrumento diseñado específicamente para evaluar el riesgo que tiene el paciente para desarrollar LCRD, así como para planificar intervenciones, las medidas preventivas vinculadas a ese riesgo que tiene que realizar la cuidadora para evitar la aparición de estas lesiones, se pretende evaluar mediante este estudio.
- **Taller de educación terapéutica.** Se impartió por enfermeras pertenecientes al centro de salud al que pertenecían las personas dependientes. El material utilizado para la formación será tanto de elaboración propia como el disponible de forma gratuita a través de la web del GNEAUPP (<https://gneaupp.info/>).

Entre las sesiones que se incluían contenidos, que serían como mínimo las destacadas en este manuscrito en el apartado de “Formación y educación a cuidadoras en prevención de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia”, además de una sesión, que, aunque no va destinada al objetivo del proyecto, se debe de incidir en la necesidad de que las propias cuidadoras deben de cuidarse.

Métodos de recogida de datos

Los datos sociodemográficos se recogieron mediante un cuestionario *ad hoc* creado para este estudio. En él se incorporaron las variables antes indicadas.

Previo a la formación sobre el uso de la EVCP-LCRD se entrevistó a la cuidadora para registrar si la persona a la que cuida ha tenido lesiones en las 8 semanas previas y se le pidió que rellenara el cuestionario COCU-LCRD 23 anotando la puntuación final.

A continuación, se realizó una sesión de entre 30-60 min (según las necesidades de la cuidadora) sobre el uso de la EVCP-LCRD o según el protocolo del PET.

Posteriormente se hizo una comprobación a los 30 días sobre el uso por parte de la cuidadora de la EVCP-LCRD para comprobar el uso adecuado. Asimismo, se midió si había aparecido algún tipo de LCRD.

Luego se realizó un seguimiento cada 2 semanas hasta completar las 8 semanas posrealización de la instrucción del uso de la EVCP-LCRD para determinar si había aparecido LCRD, y si era así, el tipo y categoría de estas.

Finalmente, en este último día se volvió a pedir que rellenara el cuestionario COCU-LCRD 23 anotando la puntuación final obtenida.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis secuencial. En un primer lugar se realizó un análisis de tipo descriptivo, en que las variables cuantitativas se presentan como media y desviación estándar si tienen una distribución normal o como mediana y rango intercuartílico si no la tienen. Los criterios de

normalidad se obtuvieron al realizar el contraste de hipótesis mediante la prueba de Kolmorov-Smirnov. Las variables cualitativas se presentan como frecuencias y porcentajes. Para la comparación de medias de las variables cuantitativas por grupo de tratamiento se emplearon medidas paramétricas (test de la t de Student para muestras independientes) tras comprobar la normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de χ^2 , o con la prueba exacta de Fisher en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5. La diferencia de conocimientos de las cuidadoras se realizó mediante la t de Student para muestras relacionadas.

Para el contraste de la hipótesis se calculó la diferencia de conocimientos entre ambos grupos de tratamiento con su intervalo de confianza del 95% (aunque por ser una hipótesis de no-inferioridad, la literatura recomienda un intervalo del 90%, en estos casos hemos afinado un poco más en el estudio)¹⁷. El intervalo de confianza obtenido se contrastará con el margen de no-inferioridad del 7% para ver si se acepta o rechaza la hipótesis nula. En el resto de los casos se considerará significativa una $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Este estudio compara el nivel de conocimientos de las cuidadoras, por lo que realmente no supone daño alguno ni para ellas ni para las personas a las que atienden.

Antes de comenzar el estudio, las cuidadoras firmaron un consentimiento libre e informado. El modelo de consentimiento informado se presenta en un documento en el que en la primera parte se explica en qué consiste el estudio, su objetivo, la importancia de su participación, las implicaciones para el participante y la confidencialidad de los datos.

Se mantuvo el anonimato de todos los datos tratados, que solo se emplearán para fines de la investigación. Se respetará la libre participación y se garantizan los derechos ARCO en función de la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de datos. Las cuidadoras podían solicitar cualquier tipo de información complementaria además de la suministrada con la hoja informativa. En el reverso del documento de consentimiento informado se encontraba el consentimiento escrito, con el que aceptaba la participación en el estudio.

El estudio fue aprobado por del Comité de Ética de la Investigación de la Provincia de Jaén (Código SICEIA-2025-000686).

RESULTADOS

Perfil de las personas cuidadoras

En el estudio se han incluido un total de 77 cuidadoras, 36 cuidadoras familiares y 41 en el grupo SAAD, lo que supera la muestra estimada de 58 cuidadoras (29 cuidadoras familiares y 29 del SAAD).

En la tabla 1 se presentan las características globales y de ambos grupos (PET y escala) para comparar la homogeneidad de la distribución. Como podemos observar, el perfil de la persona cuidadora es el de una mujer que sobrepasa levemente los 50 años, en más de la mitad de los casos con estudios secundarios o de FP, que ejerce mayoritariamente su profesión y, donde en porcentajes similares de 4 de cada 10, llevan entre cero y 3 años o más de 5 cuidando. Dos de cada 3 han cuidado antes, y en torno a la mitad de ellas recibe algún tipo de ayuda, principalmente de otro familiar. Casi dos tercios, han recibido alguna formación o han aprendido de la experiencia.

Ambos grupos son completamente homogéneos al inicio del estudio en todas las variables por lo que asumimos que la distribución de la muestra ha sido adecuada y son comparables ambas.

Tabla 1. Características de las cuidadoras global y por grupos

Variable	Valor global	Grupo PET	Grupo escala	p
Edad	51,8 años (IC95%: 48,1-55,5)	53,2 años (IC95%: 48,6-57,8)	50,7 años (IC95%: 44,9-56,5)	0,49 ns
Sexo	90,9% mujeres 9,1% hombres	95,1% mujeres 4,9% hombres	86,1% mujeres 13,8% hombres	0,17 ns
Nivel de estudios	1,3% sin estudios 33,3% primarios 20,0% secundarios 28,0% FP 17,3% universitarios	0,0% sin estudios 42,9% primarios 17,1% secundarios 22,9% FP 17,1% universitarios	2,5% sin estudios 25,0% primarios 22,5% secundarios 32,5% FP 17,5% universitarios	0,47 ns
Ejerce la profesión	69,9% sí 30,1% no	70,3% sí 29,7% no	69,4% sí 30,6% no	0,93 ns
Tiempo de cuidadora	20,8 (< 1 año) 22,2 (1-3 años) 12,5 (3-5 años) 20,8 (5-10 años) 23,6 (> 10 años)	29,7 (< 1 año) 24,3 (1-3 años) 13,5 (3-5 años) 10,8 (5-10 años) 23,6 (> 10 años)	11,4 (< 1 año) 20,2 (1-3 años) 11,4 (3-5 años) 31,4 (5-10 años) 26,6 (> 10 años)	0,14 ns
Había cuidado antes	64,0% sí 36,0% no	66,7% sí 33,3% no	61,1% sí 38,9% no	0,62 ns
Recibe ayuda	52,1% sí 47,9% no	47,5% sí 53,5% no	57,1% sí 42,8% no	0,40 ns
Quién le ayuda	39,5% cuidadora remunerada 48,8% otro familiar 2,3% ambos 9,3% otros	42,1% cuidadora remunerada 52,6% otro familiar 5,3% ambos 0,0% otros	37,5% cuidadora remunerada 45,8% otro familiar 0,0% ambos 16,7% otros	0,21 ns
Dónde ha aprendido	26,0% ns/nc 35,1% experiencia 38,9% formación	24,4% ns/nc 36,6% experiencia 39,0% formación	27,8% ns/nc 33,4% experiencia 38,8% formación	0,93 ns

FP: formación profesional; IC95%: intervalo de confianza del 95%; PET: programa de educación terapéutica.

Perfil de las personas cuidadas

En la tabla 2 se presentan las características globales y de ambos grupos (PET y escala) de las personas atendidas. En cuanto a las características de los pacientes, sí observamos diferencias entre grupos en 3 elementos: en edad, que es superior en el grupo PET; en sexo, que también tiene más mujeres, y en el tipo de vida, que tiene más vida cama-sillón y otros frente al grupo escala, que tiene más pacientes encamados y sillón. Esta variable no es controlable *a priori*.

Descripción de las lesiones que tenían los pacientes incluidos en el estudio

El 46,8% de los pacientes cuidados presentaban una LCRD. De ellos, el 58,3% estaba en el grupo PET y el 41,7% en el grupo escalas, sin que estas diferencias sean estadísticamente significativas ($p = 0,40$). Más de la mitad de todos los pacientes presenta una LCRD al inicio del estudio y, aunque hay una reducción en ambos programas, se mantienen en cifras muy altas, sin encontrar diferencias significativas entre grupos de formación antes y después. Como se observa en la tabla 3, prácticamente la mitad de las lesiones eran LPP seguidas de otro tipo de lesiones, siendo las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH) el tercer tipo de lesión por

frecuencia. En la figura 1 se muestra como 1 de cada 3 corresponde a eritema sin rotura, más de la mitad a rotura superficial y solo algo más de un 15% son lesiones profundas.

Las localizaciones se presentan en la figura 2. La principal localización (como corresponde al principal tipo de lesión: LPP) es la zona de sacro-coxis y talones. Otras localizaciones que se corresponden con otro tipo de lesiones (fricción y desgarros) son lesiones en glúteos y zona perigenital en las LESCAH.

Nivel de conocimientos de las cuidadoras

El nivel de conocimientos global de las cuidadoras y el de los 2 grupos (PET y escala) de las cuidadoras se presenta en la tabla 4. La tabla muestra que la mejora del conocimiento ha sido significativa de forma global e intragrupos (tanto en el grupo PET como en el grupo escalas), con una significación muy potente ($p < 0,0001$). Se aprecia que, aunque el grupo escalas partía de un mejor nivel de conocimientos, el incremento ha sido levemente superior (+1,4%) respecto al grupo PET. Por tanto, de forma global podemos contrastar la hipótesis nula, con un porcentaje inferior al 7%, y decir que ambos modelos de preparación son eficaces para mejorar el conocimiento de las cuidadoras con una leve mejor preparación en el grupo escala. En este caso, nos ha parecido interesante subdividir el nivel

Tabla 2. Características de las personas cuidadas global y por grupos

Variable	Valor global	Grupo PET	Grupo escala	p
Edad	84,3 años (IC95%: 81,4-87,2)	87,4 años (IC95%: 84,8-90,0)	80,3 años (IC95%: 74,8-87,8)	0,021*
Sexo	76,3% mujeres 23,7% hombres	82,5% mujeres 17,5% hombres	69,5,1% mujeres 30,5% hombres	0,018*
Parentesco	29,9% padre/madre 3,9% pareja 2,6% hijo/a 2,6% abuelo/a 1,3% hermano/a 1,3% amigo/a 1,3% suegro/a 44,2% remunerado 13,0% otros	22,0% padre/madre 7,3% pareja 2,4% hijo/a 4,9% abuelo/a 0,0% hermano/a 2,4% amigo/a 2,4% suegro/a 48,8% remunerado 9,9% otros	38,9% padre/madre 0,0% pareja 2,8% hijo/a 0,0% abuelo/a 2,8% hermano/a 0,0% amigo/a 0,0% suegro/a 38,9% remunerado 16,6% otros	0,25 ns
Tipo de enfermedad	48,1% ns/nc 31,2% neurodegenerativa 3,9% ACVA 16,9% otras	43,9% ns/nc 29,3% neurodegenerativa 4,9% ACVA 21,9% otras	52,8% ns/nc 33,3% neurodegenerativa 2,8% ACVA 11,1% otras	0,58 ns
Tipo de vida	15,6% encamado 37,7% sillón 37,6% cama-sillón 9,1% otros	14,6% encamado 24,4% sillón 48,8% cama-sillón 12,2% otros	16,7% encamado 52,8% sillón 25,0% cama-sillón 9,1% otros	0,047*
Incontinencia urinaria	71,4% sí 28,6% no	75,6% sí 24,4% no	66,6% sí 33,4% no	0,39 ns
Incontinencia fecal	41,6% sí 58,4% no	36,6% sí 63,4% no	47,2% sí 52,8% no	0,35 ns

ACVA: accidente cerebrovascular agudo; IC95%: intervalo de confianza del 95%; PET: programa de educación terapéutica. *Significación estadística.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de las lesiones identificadas en el estudio

Lesión	n	%
LPP	18	47,4
LESCAH	5	13,2
Fricción	4	10,5
Desgarro	2	5,3
Otra	9	23,7
Total	38	100,0

LESCAH: lesiones cutáneas asociadas a la humedad; LPP: lesiones por presión.

de conocimientos también por el tipo de las cuidadoras de cada grupo, y los datos se presentan en la tabla 5. Lo primero que queremos destacar es nuevamente que la formación recibida es efectiva y mejora el nivel de conocimientos tanto en las cuidadoras formales (SAAD) como en los familiares, tanto de forma global como por subgrupos. Como era de esperar, el nivel de conocimientos el grupo formal (SAAD) es más elevado que el del grupo familiar, y aunque mejora lo hace en menor medida que en el grupo familiar. Respecto al tipo de formación recibida es destacable que la mejora más importante se produce en el grupo de cuidadores familiares del grupo escalas, con una diferencia de casi un 27% de mejora.

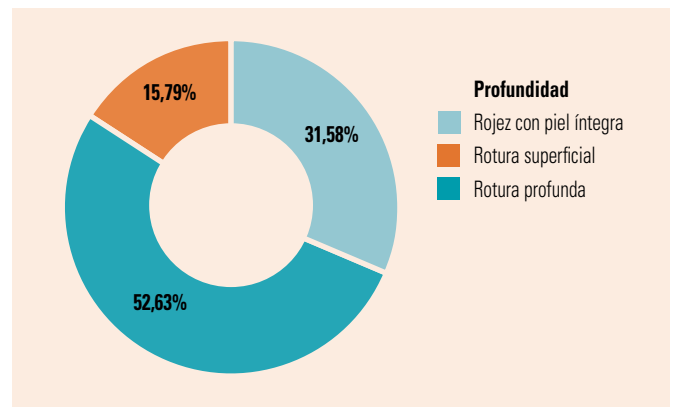


Figura 1. Características de las lesiones identificadas en cuanto a profundidad.

Para corroborar esta hipótesis se ha realizado un análisis para muestras independientes, que nos muestra como el nivel de conocimientos en el grupo SAAD es significativamente mayor ($p = 0,006$) que en el grupo familiar. Sin embargo, al acabar ambos tipos de formaciones las diferencias ya no son significativas ($p = 0,24$), pero destaca como la formación de las cuidadoras familiares pasa de ser de $-2,6$ puntos inferior en el grupo PET al inicio a $-2,3$ tras la formación, es decir, apenas reduce 3 décimas las diferencias en el grupo PET, mientras que en el grupo escalas pasa de

Tabla 4. Nivel de conocimientos global e intragrupos

Variable	Antes de la formación	Después de la formación	Puntos de diferencia	% de diferencia	p
Nivel conocimiento global en todos los grupos	16,2 puntos (IC95%: 15,4-17,0)	20,3 puntos (IC95%: 19,8-20,9)	+4,1	+17,8	< 0,0001
Nivel de conocimientos grupo PET	15,9 puntos (IC95%: 15,4-17,0)	19,8 puntos (IC95%: 19,8-20,9)	+3,9	+16,9	< 0,0001
Nivel de conocimientos grupo escala	16,7 puntos (IC95%: 15,4-17,0)	20,9 puntos (IC95%: 19,8-20,9)	+4,2	+18,3	< 0,0001

IC95%: intervalo de confianza del 95%; PET: programa de educación terapéutica.

Tabla 5. Nivel de conocimientos por grupo de cuidadoras (SAAD y familiares) global y por tipo de formación recibida

Grupo de cuidadoras	Antes de la formación	Después de la formación	Puntos de diferencia	% de diferencia	p
SAAD global	17,5 puntos (IC95%: 16,6-18,4)	20,7 puntos (IC95%: 20,1-21,4)	+3,2	+13,9	< 0,0001
Cuidadoras familiares global	14,7 puntos (IC95%: 13,4-16,1)	19,9 puntos (IC95%: 19,8-20,9)	+5,2	+22,6	< 0,0001
SAAD-PET	17,0 puntos (IC95%: 15,0-18,7)	21,0 puntos (IC95%: 19,9-22,1)	+3,7	+16,1	< 0,0001
Familiar-PET	14,4 puntos (IC95%: 12,3-16,4)	18,7 puntos (IC95%: 17,2-20,2)	+4,3	+18,7	< 0,0001
SAAD-escala	18,1 puntos (IC95%: 17,4-18,8)	20,6 puntos (IC95%: 19,9-21,4)	+2,5	+10,9	< 0,0001
Familiar-escala	15,2 puntos (IC95%: 13,3-17,1)	21,3 puntos (IC95%: 20,3-22,4)	+6,1	+26,6	< 0,0001

IC95%: intervalo de confianza del 95%; PET: programa de educación terapéutica; SAAD: servicios de ayuda a domicilio prestado por las auxiliares de ayuda a domicilio.

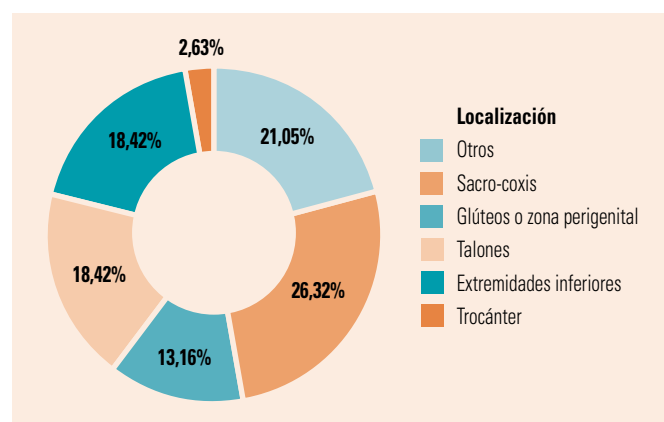


Figura 2. Principales localizaciones de las lesiones de los pacientes.

ser de -2,9 puntos inferior al inicio a +0,7 puntos superior tras la formación (un 3,1%), es decir, no solo reduce los conocimientos sino que incluso los supera y esto es estadísticamente significativo ($p = 0,0002$), por tanto, se muestra como un instrumento muy útil para la preparación de las cuidadoras familiares.

DISCUSIÓN

Perfil de la persona cuidadora

En nuestra muestra, 9 de cada 10 de las cuidadoras eran mujeres, con una media de edad próxima a los 52 años. Esta preponderancia de mujeres como cuidadoras va en consonancia e incluso supera los datos del Instituto Nacional de Estadística que en su última evaluación de marzo de 2024 determinó que 2 de cada 3 de las cuidadoras eran mujeres, y el grupo de edad más afectado fue el de 45-64 años¹⁸⁻²⁰. Las cuidadoras de nuestro estudio llevan la responsabilidad sin ayuda externa en casi la mitad de los casos. Otros estudios de análisis sobre personas dependientes en sus autocuidados destacan también una cifra de hasta el 38,8% de no recibir asistencias por otras personas ajenas/no residentes del domicilio del cuidador¹⁸. Este perfil predominante de la mujer a la hora de responsabilizarse del rol cuidador es bien conocido. Hay estudios que reportan en torno al 84% del colectivo en España¹⁹ y otros trabajos llegan 89,90%⁹, como en nuestros hallazgos. Para la atención de las personas mayores de 65 años en situación de dependencia, el 72,75% de los cuidadores son convivientes, que residen en el mismo hogar⁹. Hay estudios que reportan que el vínculo familiar más común es el de hija, seguido por el de cónyuge (o pareja) y, finalmente, los padres²¹, lo que también se confirma en nuestro estudio en el mismo orden. Así el porcentaje mayor de parentesco en las

cuidadoras formales ha sido el cuidado de los padres, seguido de la pareja y, por último, los hijos.

Tradicionalmente el nivel educativo general tiende a ser bajo, predominando los estudios primarios¹⁹, en que las mujeres con menos instrucción (o inactivas laboralmente) son más propensas a creer que el cuidado debe recaer fundamentalmente en la familia, en comparación con las mujeres más instruidas o activas²¹. Los hallazgos de nuestro estudio denotan un cambio en este perfil, donde más de la mitad de los casos de cuidadores tenían estudios secundarios o de formación profesional. Quizás estos datos vayan más en consonancia con estudios posteriores como la revisión de Farzan et al., en la que el 49,61% de los cuidadores tenían un diploma o estudios superiores²².

Perfil de la persona cuidada

Nuestro estudio muestra que la persona cuidada en 8 de cada 10 casos también es una mujer de edad avanzada (próxima a los 85 años) y dependiente. Son personas con patología o deterioro de la movilidad que acaba afectando a la capacidad de sus autocuidados, por lo que son un grupo de riesgo para la aparición de LCRD. En la muestra analizada, casi la mitad presentó una LPP, como LCRD más frecuente, seguida de las LESCAH en un 13,2%, dato que no es de extrañar dado que el 71,4% tenía incontinencia urinaria y en un 41,6% además también coexistía la incontinencia fecal, por lo que son un riesgo para desarrollar LESCAH. En un estudio sobre adultos mayores (65 años o más) en sus hogares con riesgo de LPP debido a la movilidad reducida, el 48,6% desarrollaba una lesión¹⁹. Las tasas de prevalencia de LPP varían entre el 1,2 y el 26,9% entre personas con deterioro cognitivo añadido²³. En un estudio descriptivo en unidades de cuidado especial para demencia en Australia se encontró que el desgarro de piel fue el tipo de herida más prevalente, identificando 33 desgarros de piel en 14 residentes (en comparación con solo 4 residentes con LPP)²³. Para nosotros, en cambio, los desgarros cutáneos solo estuvieron presentes en un 5,3% del total, aunque es cierto que el entorno no era mismo ya que nuestros pacientes residían en sus propios hogares.

Dada la fragilidad y dependencia de las personas cuidadas y el riesgo de desarrollar LCRD prevenibles en su inmensa mayoría de las veces, discutir en el siguiente punto qué tipo de formación, tanto para cuidadores formales e informales, es más efectivo para este perfil de pacientes y cuidadoras, resulta de especial relevancia.

Tasas de conocimiento tras el programa EVCP-LCRD y PET

De este estudio destacamos el avance en la investigación que supone la distinción entre cuidadoras familiares y formales. Gran parte de la investigación existente únicamente se centra en cuidadoras familiares²⁴. Aunque presumiblemente, y así se corrobora en nuestros test de conocimiento inicial, las cuidadoras formales tienen un mayor conocimiento en prevención de LCRD (17,5 frente a 14,7 puntos), al llevar a cabo 2 tipos de formación diferente (EVCP-LCRD frente a PET), se pueden adaptar los modelos formativos sobre la base de la formación previa que dispongan las cuidadoras. El grupo de cuidadoras familiares que recibió la formación mediante la EVCP obtuvo una diferencia de mejora de casi un 27%, que al recibirla mediante un PET. Diferencias quizás promovidas por la síntesis de conceptos clave y esquematizados que transmite la EVCP, que evita la dispersión de información en las personas que tenga una base más baja de conocimientos en prevención de LCRD.

Una revisión sistemática de 8 estudios (con 927 cuidadores) reportó que el conocimiento promedio de los cuidadores sobre la prevención de LPP fue de 53,70 sobre 100 (desviación estándar = 14,09), lo que sugiere un nivel

de conocimiento moderado²². En otro estudio con una muestra de 173 cuidadores familiares en Andalucía, la puntuación global media de conocimientos fue de 72,6 (con una mediana de 73,9 y un rango entre 22 y 100)¹⁶.

En España, un estudio observacional reciente publicado este mismo año reporta un índice de conocimientos global de 69,25 (sobre 100) en el programa de atención domiciliaria (ATDOM), y concluye que los cuidadores familiares presentan déficits de conocimientos sobre los cuidados de prevención¹². En pacientes en cuidados paliativos, también se ha reportado tener un conocimiento pobre o promedio de las directrices de prevención¹¹. El grado de conocimientos del cuidador tiene una influencia en la eficacia para evitar la aparición de estas lesiones. El hecho de que el conocimiento se considere entre moderado e insuficiente en ciertas áreas subraya la necesidad de realizar intervenciones educativas específicas para formar y empoderar a los cuidadores familiares^{12,16,25}.

Ante esta necesidad sentida de empoderar a los cuidadores, los profesionales de enfermería en atención primaria a menudo perciben los déficits de conocimiento de los cuidadores como una barrera que dificulta la comunicación sobre cambios en la piel y el uso correcto de medidas preventivas de LCRD¹¹.

En el contexto de la atención domiciliaria, los profesionales de la salud (cuidadores formales) son cruciales en el proceso de atención y en la interacción con el cuidador familiar, las enfermeras de atención primaria son percibidas como las profesionales que más promueven activamente la participación de pacientes y cuidadores. Su cercanía y su confianza facilitan la formación, aunque esto es una medida de actitud y relación, no necesariamente de conocimiento técnico²⁶. Debiendo prestar cuidados sin caer en una actitud paternalista, adaptándonos a cada cuidador, ya sea con formación mediante un programa estructurado terapéutico o mediante herramientas para cuidadoras de validez demostrada¹⁴ buscando el objetivo final de empoderar a las cuidadoras en todo lo que tenga que ver, entre otras cosas, como la prevención de LCRD en pacientes dependientes.

CONCLUSIONES

- El perfil de la cuidadora incluida en el estudio es una mujer (90%), de edad media de 52 años, con estudios primarios o secundarios, que trabaja fuera de casa, que lleva más de 5 años de cuidadora, que ya ha cuidado antes, que suele recibir ayuda de otro familiar y que ha aprendido mediante alguna formación y por la experiencia.
- La persona cuidada es una mujer (3 de cada 4) con casi 85 años, que es padre/madre, que sufre una enfermedad neurodegenerativa y que está en sillón o cama-sillón, y presenta incontinencia urinaria y más de un 40% además incontinencia fecal.
- Casi la mitad de ellas tiene una LCRD, fundamentalmente LPP en estadio II (rotura de la piel con lesión superficial) cuya principal localización es sacro-coxis.
- La investigación ha servido para formar a cuidadores profesionales y familiares a través de 2 estrategias distintas, un PET ampliamente contrastado en la literatura científica, y de una herramienta más sencilla creada específicamente para cuidadoras de pacientes con LCRD o riesgo de desarrollarlas, sin una preparación previa o conocimientos previos en la materia.
- El nivel de conocimientos de la cuidadora se ve mejorado en casi un 18% con la formación recibida de media, siendo 1,5 puntos superior en el grupo escala que en el PET.
- Dentro de los 2 subgrupos de cuidadoras (formales y familiares), las cuidadoras formales que ya tienen una formación previa, el programa tienen un aumento de conocimientos del 14%, y es mayor la mejora con la formación mediante el PET.

- Las cuidadoras familiares son las que más aumentan sus conocimientos con casi un 23% de media, y aunque aumentan con ambos tipos de formación, es sin duda la escala la que más mejora sus conocimientos, con casi un 27%.
- Además, las cuidadoras familiares que parten de un menor conocimiento con respecto a las cuidadoras formales, al finalizar el estudio no solo se han igualado, sino que las superan en casi 1 punto, lo que equivale a un 3% más de conocimiento que las cuidadoras SAAD ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todas las personas cuidadoras que todos los días y durante sus 24 horas dan lo mejor de sí mismas para cuidar a otras personas, sin cuya labor el sistema sanitario no sería sostenible ni posible. Y, en especial, a las que han aceptado participar en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- García-Fernández FP, López-Casanova P, Segovia-Gómez T, Soldevilla-Agreda JJ, Verdú-Soriano J. Unidades multidisciplinares de heridas crónicas: Clínicas de heridas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño; 2012.
- Morton LM, Phillips TJ. Wound healing and treating wounds: Differential diagnosis and evaluation of chronic wounds. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74:589-605.
- Cacicedo R, Castañeda C, Cossío F, Delgado A, Fernández B, Gómez MV. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. Cantabria: Servicio Cántabro de Salud; 2011.
- García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Verdú Soriano J, Pancorbo-Hidalgo PL. A new theoretical model for the development of pressure ulcers and other dependence-related lesions. *J Nurs Scholash.* 2014;46:28-38.
- García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú-Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M, et al. Clasificación-categorización de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. 3.ª ed. Logroño; 2021.
- López-Franco MD, Soldevilla-Agreda JJ, Torra-Bou JE, Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP. Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en centros de atención primaria de salud de España: resultados del 6.º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022. *Gerokomos.* 2023;34:260-8.
- Tricco AC, Cogo E, Isaranuwatthai W, Khan PA, Sanmugalingham G, Antony J, et al. A systematic review of cost-effectiveness analyses of complex wound interventions reveals optimal treatments for specific wound types. *BMC Med.* 2015;13:90.
- Chatterjee Sasanka S. Venous ulcers of the lower limb: Where do we stand? *Indian J Plast Surg.* 2012;45:266-74.
- Oliva J, Vilaplana C, Osuna R. El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España. *Gaceta Sanitaria.* 2011;25:108-14.
- López JM, Valero MJ. Ley de dependencia y recursos de proximidad como avance social. El caso de los centros de noche para personas mayores en España y Europa. *La Razón histórica: revista hispanoamericana de historia de las ideas políticas y sociales.* 2016;34:188-204.
- Heywood-Everett S, Henderson R, Webb C, Bland AR. Psychosocial factors impacting community-based pressure ulcer prevention: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2023;146:104561.
- González Muñoz PF, López Sánchez JA, López Sánchez E. Evaluación del grado de conocimientos para la prevención de lesiones relacionadas con la Dependencia en cuidadores/as informales. *RqR Enfermería Comunitaria.* 2025;13:41-56.
- Sahay A, Willis E, Yu S. Pressure injury education for older adults and carers living in community settings: A scoping review. *Int Wound J.* 2024 ;21:e14894.
- Rodríguez Torres MC, Díaz Martínez JM. Herramientas para cuidadores de pacientes con heridas crónicas. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP nº 13. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas; 2016.
- O'Connor T, Moore ZEH, Patton D. Patient and lay carer education for preventing pressure ulceration in at-risk populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;(2):CD012006.
- Arboledas Bellón J, Pancorbo-Hidalgo J. Cuestionario de conocimientos de cuidadores familiares sobre la prevención de úlceras por presión y lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia: desarrollo y validación. *Gerokomos.* 2016;27:73-9.
- Committee on Proprietary Medical Products (CPMP). Points to consider on switching between superiority and non-inferiority. European Agency for the Evaluation of Medicinal Products; 2000.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de Hipotecas (EH). Últimos datos. Madrid: INE; 2024.
- Navarro V. Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación del trabajo social. *Trabajo Social Hoy.* 2016;77:63-83.
- Sanjuán-Quiles A, Alcañiz-Garrán MM, Montejano-Lozoya R, Ramos-Pichardo JD, García-Sanjuán S. La perspectiva de las personas cuidadoras desde un análisis de género. *Rev ROL Enferm.* 2023;46:e1-15.
- Zueras P, Spijker J, Blanes A. Evolución del perfil de los cuidadores de personas de 65 y más años con discapacidad en la persistencia de un modelo de cuidado familiar. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018;53:66-72.
- Farzan R, Yarali M, Mollaei A, Ghaderi A, Takasi P, Sarafi M, et al. A systematic review of caregivers' knowledge and related factors towards pressure ulcer prevention. *Int Wound J.* 2023;20:3362-70.
- Sefcik JS, McLaurin EJ, Bass EJ, DiMaria-Ghalili RA. Chronic wounds in persons living with dementia: An integrative review. *Int J Older People Nurs.* 2022;17:e12447.
- Urián-Peña YT, Fuentes-González N, Quemba-Mesa MP. Conocimientos de los cuidadores informales acerca de la prevención de lesiones por presión en pacientes domiciliarios dependientes de Tunja, Colombia. Estudio transversal con fase psicométrica. *Univ Salud.* 2023;25:B1-8.
- Arboledas Bellón J. Elaboración y validación de un instrumento para medir conocimientos de la persona cuidadora en prevención de úlceras por presión. NURE investigación: Revista Científica de Enfermería. 2014;11:3.
- García-Sánchez FJ, Martínez-Vizcaino V, Rodríguez-Martín B. Patients' and caregivers' conceptualisations of pressure ulcers and the process of decision-making in the context of home care. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16:2719.