



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2019-2020

Trabajo de Fin de Grado

**NIVEL DE ESTRÉS EN CUIDADORES
FORMALES E INFORMALES DE
PERSONAS DEPENDIENTES Y SU
REPERCUSIÓN EN SALUD MENTAL**

Autora: Covadonga Merino López

Tutora: Lucía Pérez Pérez

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora, Lucía Pérez Pérez, por orientarme de forma constante en la realización de este trabajo y ayudarme a superar las dificultades en la consecución de mis objetivos.

A Agustín Mayo Íscar por el asesoramiento estadístico.

A la Fundación Personas de Valladolid por colaborar en el estudio.

A todas las personas que de alguna forma me han apoyado a lo largo de esta etapa.

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento de la población y el aumento de personas en situación de dependencia, la reforma de los servicios sanitarios, y las transformaciones sociales, ponen en riesgo la disponibilidad de los cuidadores informales, tomando cada vez más relevancia el cuidador formal. Diversos estudios evidencian que el cuidado puede provocar estrés crónico e influir en la salud psíquica, pero pocos analizan ambos grupos de cuidadores.

Objetivo: Conocer el nivel de estrés experimentado por los cuidadores formales e informales de personas dependientes y su repercusión en su salud mental.

Metodología: Estudio observacional descriptivo transversal en una muestra de 23 cuidadores de la Fundación Personas de Valladolid, empleando un cuestionario compuesto por datos sociodemográficos, el GHQ28 y el MBI.

Resultados: El perfil de cuidador es el de una mujer, de la generación intermedia, con nivel de estudios alto, residente en la ciudad, sin parentesco con la persona dependiente y que se dedica al cuidado. El 57,1% de las personas cuidadas sufría Gran Dependencia. Se obtuvo una media de 16 (DT 11,02) años de cuidado y de 79,02 (DT 57,35) horas dedicadas a la semana. Se observaron niveles medios-altos de Burnout en cada dimensión del MBI y un 52,2% de posibles trastornos psíquicos en el GHQ28. Se encontraron relaciones estadísticamente significativas solamente entre las diferentes subescalas y el total de los cuestionarios.

Conclusión: La tarea de cuidar ocasiona repercusiones en la esfera psicológica del cuidador por lo que se deberían estudiar en profundidad las intervenciones que ayudarían a paliar las consecuencias derivadas del cuidado.

Palabras clave: cuidador formal, cuidador informal, dependencia, salud mental, estrés.

ABSTRACT

Introduction: The aging of the population and the increase of the people in a situation of dependency, the health services reform, and social transformations, put the availability of informal caregivers at risk, becoming the formal caregiver increasingly relevant. Several studies show that care can cause chronic stress and influence mental health, but just a few of them analyze both groups of caregivers.

Objective: To know the stress level experienced by formal and informal caregivers of dependent people and its repercussion on mental health.

Methodology: Observational descriptive cross-sectional study in a sample of 23 caregivers from the Fundación Personas in Valladolid, using a questionnaire composed of sociodemographic data, the GHQ28 and the MBI.

Results: The caregiver profile is a woman, of the intermediate generation, with a high level of education, resident in the city, unrelated to the dependent person and dedicated to care. 57.1% of the cared people suffered from Great Dependency. An average of 16 years of care (SD 11.02) and 79.02 (SD 57.35) hours devoted to caring per week was obtained. Medium-high levels of Burnout in each dimension of the MBI and 52.2% of possible psychic disorders in the GHQ28 were observed. Statistically significant relationships were found only between the different subscales and the total of the questionnaires.

Conclusion: The task of caring causes repercussions in the psychological sphere of the caregiver, therefore, interventions that would help to alleviate the consequences derived from care should be studied in depth.

Key words: formal caregiver, informal caregiver, dependency, mental health, stress.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 2. JUSTIFICACIÓN..... | 3 |
| 3. OBJETIVOS..... | 4 |
| 4. MATERIAL Y MÉTODOS | 5 |
| 4.1. Diseño | 5 |
| 4.2. Población y muestra..... | 5 |
| 4.3. Criterios de inclusión y exclusión..... | 5 |
| 4.4. Duración del proyecto..... | 5 |
| 4.5. Recursos utilizados | 5 |
| 4.6. Procedimiento | 6 |
| 4.7. Variables y análisis estadístico | 6 |
| 4.8. Consideraciones ético-legales | 7 |
| 5. DESARROLLO DEL TEMA | 8 |
| 5.1. Concepto de dependencia | 8 |
| 5.2. Tipos de cuidados: Cuidado formal e informal..... | 9 |
| 5.3. Repercusiones sobre el cuidador..... | 11 |
| 5.4. Salud mental: ansiedad y depresión..... | 12 |
| 5.5. Síndrome de Burnout | 13 |
| 5.6. Cuidado y género | 14 |
| 5.7. El problema del cuidador desde la práctica enfermera | 15 |
| 6. RESULTADOS | 17 |
| 7. DISCUSIÓN..... | 21 |
| 7.1. Fortalezas | 23 |
| 7.2. Limitaciones..... | 23 |
| 7.3. Aplicaciones a la práctica clínica..... | 23 |

| | |
|--|----|
| 7.4. Futuras líneas de investigación | 25 |
| 8. CONCLUSIONES | 26 |
| 9. BIBLIOGRAFÍA..... | 27 |
| 10. ANEXOS | 31 |
| ANEXO I. CUESTIONARIO EMPLEADO EN EL ESTUDIO | 31 |
| ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 35 |
| ANEXO III. INFORME FAVORABLE DE LA COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE VALLADOLID | 36 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Cronograma de las actividades del estudio | 6 |
| Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables cuantitativas | 17 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Nivel Burnout CE de la muestra | 19 |
| Figura 2. Nivel Burnout DP de la muestra | 19 |
| Figura 3. Nivel Burnout RP de la muestra..... | 19 |
| Figura 4. Resultados cuestionario GHQ..... | 20 |
| Figura 5. Matriz de correlaciones de las subescalas MBI | 20 |
| Figura 6. Matriz de correlaciones de las subescalas GHQ | 20 |

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- AE/CE: Agotamiento/cansancio emocional.
- AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
- AVD: Actividades de la Vida Diaria.
- BVD: Baremo de Valoración de la Dependencia.
- CLD: Cuidados de Larga Duración.
- DP: Despersonalización.
- DT: Desviación Típica.
- EDAD: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia.
- EGB: Enseñanza General Básica.
- FPO: Formación Profesional Ocupacional.
- GHQ/GHQ28: Cuestionario de Salud General de Goldberg.
- IC95%: Intervalo de Confianza al 95%.
- IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- MBI: Maslach Burnout Inventory.
- NANDA: North American Nursing Association.
- p25, p50 y p75: percentil 25, 50 y 75.
- RP: Realización personal.

1. INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población y la mayor esperanza de vida de personas con enfermedades crónicas y discapacidades en las últimas décadas, conlleva un aumento del número de personas que necesitan cuidados, que además va acompañado de una mayor exigencia en su prestación ⁽¹⁾.

La Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) de 2008 establece que el número de personas con discapacidad en España alcanza los 3,8 millones, lo que supone el 8,5% de la población. Por sexo, más de 2,30 millones de mujeres afirman tener una discapacidad, frente a 1,55 millones de hombres. Este predominio no afecta por igual a todos los grupos de edad ya que en los tramos de edad inferiores a 44 años las tasas de los varones superan a las de las mujeres. También muestra una correlación entre la prevalencia de discapacidad y la edad, siendo 64,3 años la edad media de las personas con discapacidad ⁽²⁾. Un informe de 2017 recogido en la base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad aporta datos similares ⁽³⁾.

Por otra parte, las reformas de los servicios sanitarios ponen un mayor énfasis en la atención a la salud en el propio entorno, convirtiendo el hogar en un escenario de la atención sanitaria donde confluyen el sistema profesional y el informal ⁽¹⁾.

En Europa se observan diversas tendencias en cuanto a la distribución de la responsabilidad de cuidar entre los servicios formales e informales. Los modelos van desde considerar a la familia como el único proveedor de cuidados, pasando por completar y apoyar este cuidado familiar de forma profesional, hasta proveer a las personas los cuidados que precisan exclusivamente desde el sistema formal ⁽⁴⁾.

En España se está evolucionando de un modelo de cuidado informal a un modelo de cuidado formal desde la aprobación de la Ley de Dependencia 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (de aquí en adelante Ley de Dependencia). Sin embargo, la puesta en marcha de esta ley está siendo gradual y parcial, conviviendo aún ambos modelos de cuidado a personas dependientes ⁽⁵⁾. El sistema formal participa en la prestación de atención en la medida que el sistema informal es incapaz de responder a la demanda de cuidados de la persona dependiente ⁽⁴⁾.

En esta ley, se diseñan prestaciones y servicios que buscan mejorar las condiciones de vida de las personas reconocidas en situación de dependencia. Según los datos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria en 2014: “La preferencia de cuidadores y cuidadoras a favor de una prestación económica para retribuir los cuidados (61% en 1994) ha experimentado un vuelco en la última década. Actualmente las familias prefieren (64%) recibir el apoyo de los poderes públicos en forma de servicios, especialmente de ayuda a domicilio ⁽⁶⁾.”

A este hecho se unen las transformaciones sociales y familiares (disminución del tamaño familiar, cambios en la estructura y funcionamiento de la familia y creciente participación femenina en el mercado laboral) que incrementan las dificultades para la prestación de cuidados cotidianos a personas dependientes ⁽⁷⁾. Las nuevas estructuras familiares, en las que la mujer ejerce un trabajo remunerado fuera del hogar, plantean modalidades de cuidado en las que esta tarea no recae únicamente sobre el cuidador principal informal que, hasta ahora, es el más representativo ⁽⁸⁾.

Aunque los patrones de cuidado están cambiando en línea con las normas familiares, existe una fuerte dimensión de género en el cuidado. Según la EDAD-2008 tres de cada cuatro cuidadores principales son mujeres ⁽⁶⁾. Este hecho constituye una variable a explorar, debido a la desigualdad que la carga de cuidados comporta y por la asunción diferencial de roles de cuidado entre hombres y mujeres, socialmente marcados y frecuentemente impuestos ⁽⁸⁾.

La conjunción de estos factores pone en riesgo la disponibilidad de los cuidadores informales, por lo que toma cada vez más relevancia la figura del cuidador formal. Pese a esto, no existen muchos estudios comparativos que hayan analizado las principales semejanzas y diferencias en las consecuencias de los cuidados de personas dependientes en los colectivos de cuidadores familiares y profesionales ⁽⁹⁾.

Comprender cuándo y cómo el cuidado afecta al deterioro de su salud es importante para identificar y proporcionar apoyo a sus cuidadores. En las últimas dos décadas se han realizado diversas investigaciones sobre la relación entre la salud psicofísica y el cuidado, evidenciándose que el cuidado puede provocar estrés crónico e influir en la salud, predominando la morbilidad psíquica sobre la física ⁽¹⁰⁾.

2. JUSTIFICACIÓN

La realización de este trabajo de campo está plenamente justificada ya que pretende contribuir a incrementar los conocimientos referentes a la relación entre la prestación de cuidados y el impacto en el estrés y la salud mental del cuidador, incluyendo ambas modalidades de cuidado. Esto puede suponer un triple beneficio: proporcionar una ayuda al propio cuidador, sobre el que se podrán llevar a cabo intervenciones que mejoren su situación; al paciente, que se beneficiará indirectamente al recibir una mejor atención si su cuidador no está sometido a malestar; y al equipo asistencial, que podrá compenetrarse con el cuidador de forma más adecuada para mantener una continuidad en los cuidados.

3. OBJETIVOS

El **objetivo general** de este trabajo es conocer el nivel de estrés experimentado por los cuidadores formales e informales de personas dependientes y su repercusión en su salud mental.

Los **objetivos específicos** son:

- Analizar las consecuencias psicopatológicas que puede tener el ejercicio de cuidar para el cuidador a través del inventario validado Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ28).
- Examinar diferentes variables relativas al rol del cuidador y de la persona con dependencia y determinar cómo pueden influir en su salud mental.
- Promover la creación de estrategias de apoyo a los cuidadores y potenciar la colaboración entre el sistema formal y el sistema informal.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño

Para la consecución de los objetivos expuestos se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

4.2. Población y muestra

La población a la que se dirige el estudio es el conjunto de cuidadores pertenecientes a la Fundación Personas de Valladolid. La muestra estuvo compuesta finalmente por 23 sujetos.

4.3. Criterios de inclusión y exclusión

Para seleccionar la misma se tuvieron en cuenta los siguientes criterios. Se incluyeron en la población de estudio aquellas personas que eran cuidadoras en el periodo de tiempo en que se realizó el estudio y formaban parte de la Fundación Personas. También fue necesario que aceptaran la participación voluntaria mediante la firma del consentimiento informado. Fueron excluidos aquellos que no comprendían el castellano y que no eran mayores de 18 años. También se excluyeron las encuestas con errores de cumplimentación.

4.4. Duración del proyecto

El proyecto se realizó de noviembre de 2019 a mayo de 2020.

4.5. Recursos utilizados

Los medios requeridos para la realización del estudio fueron:

- **Recursos humanos:** cuidadores y director de la Fundación Personas, alumna de 4º curso de enfermería y su correspondiente tutora.
- **Recursos materiales:** fotocopias de papel para los cuestionarios (Anexo I) y los consentimientos informados (Anexo II), bolígrafos y aula con mesas y sillas. También los siguientes programas informáticos: Word 2010, Excel 2010 y IBM SPSS Statistics versión 24.

4.6. Procedimiento

En el siguiente cronograma se muestran las diferentes etapas del estudio (Tabla 1).

Tabla 1. Cronograma de las actividades del estudio. Fuente: elaboración propia.

| ACTIVIDADES | MESES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|---|---|---|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|---------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|
| | NOVIEMBRE | | | | DICIEMBRE | | | | ENERO | | | | FEBRERO | | | | MARZO | | | | ABRIL | | | | MAYO | | | |
| | SEMANAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Búsqueda bibliográfica | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Diseño del estudio | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solicitud de permisos | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicación de cuestionarios | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Análisis de los resultados y conclusiones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |

A lo largo de la investigación se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica continua, tanto en un primer momento para conocer el estado del problema a investigar, como posteriormente para la discusión de los resultados. Se utilizaron bases de evidencia científica como Pubmed, Dialnet, Google Académico y el repositorio UVaDOC para la búsqueda de las palabras clave: dependencia, cuidador formal e informal, estrés y salud mental, añadiendo los operadores booleanos AND y OR. También se ha consultado la información disponible en las bases de datos y publicaciones del INE (Instituto Nacional de Estadística) y el IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales).

Tras la elaboración del proyecto y la consecución de los permisos necesarios se procedió a la recogida de datos. El cuestionario empleado estaba compuesto por un bloque de datos sociodemográficos, el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ28) y el Maslach Burnout Inventory (MBI). Se aplicó de forma autoadministrada en presencia de un entrevistador. Previamente se expuso al cuidador la finalidad del estudio, se solicitó su colaboración y se garantizó la confidencialidad de sus respuestas.

4.7. Variables y análisis estadístico

Las variables recogidas a través del cuestionario fueron:

- **Datos sociodemográficos:** edad, sexo, nivel de estudios, profesión, domicilio.

- **Datos relativos al rol de cuidador:** tiempo que lleva desempeñando dicho rol y horas dedicadas a la semana, parentesco con la persona con dependencia y existencia de ayudas.
- **Datos relativos a la persona cuidada:** nivel de dependencia.
- **Nivel de Burnout:** a través del inventario MBI validado al castellano, el cual consta de 22 ítems con una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta.
- **Presencia de trastornos psiquiátricos menores:** mediante el GHQ28, compuesto por cuatro subescalas de siete preguntas cada una, planteadas en escala Likert con valores de 0 a 3 en las categorías de respuesta.

La recogida de las variables se realizó mediante una base de datos diseñada en el programa informático Microsoft Excel. El análisis estadístico se llevó a cabo con IBM SPSS Statistics versión 24. A partir de los datos cualitativos se extrajeron frecuencias, porcentajes e intervalos de confianza al 95%. Las variables cuantitativas fueron resumidas en media, desviación típica, percentil 25, 50 y 75. Algunas de estas variables se reconvirtieron a su vez en cualitativas, llevando a cabo el procedimiento anterior. Para estudiar relaciones entre variables se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Se consideraron como estadísticamente significativos p-valores inferiores a 0,05.

4.8. Consideraciones ético-legales

Para la ejecución de la investigación se consideraron los criterios establecidos en la Declaración de Helsinki. Se solicitó permiso únicamente a la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid (Anexo III) ya que Fundación Personas no poseía Comité de Ética propio. Los sujetos participantes fueron informados convenientemente tanto sobre el propósito del estudio como sobre la voluntariedad y anonimato de las encuestas y firmaron el correspondiente consentimiento informado. Los datos fueron tratados con absoluta confidencialidad, según la Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

No existe conflicto de intereses ni se dispone de financiación por organismos públicos o privados.

5. DESARROLLO DEL TEMA

5.1. Concepto de dependencia

La dimensión del problema de la dependencia es tan crítica que el Estado Español se ha visto en la necesidad de crear la ya mencionada, Ley de Dependencia, para dar respuesta a las necesidades de este colectivo.

Dicha ley entiende por dependencia el “estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”⁽⁹⁾.

La dependencia implica la atención a las actividades de la vida diaria (AVD) que los individuos incapacitados crónicamente necesitan durante un período de tiempo prolongado⁽¹¹⁾. Las AVD se dividen tradicionalmente en dos grupos.

Por un lado, las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) incluyen acciones de autocuidado (aseo, vestirse, alimentación, continencia, etc.) y de movilidad y desplazamiento (transferencia de la cama-silla, moverse por el domicilio, etc.). El ejemplo clásico para su valoración es el Índice de Katz de Independencia en Actividades de la Vida Diaria⁽¹²⁾.

Por otro lado, las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) recogen funciones más complejas como preparación y toma de la medicación, deambulación fuera de la casa, realización de tareas y economía doméstica, transporte, uso del teléfono, relación social, etc. Para la evaluación de las AIVD es frecuente emplear la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, diseñada por Lawton y Brody⁽¹²⁾.

A través de una valoración de la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las ABVD y de la necesidad de ayuda para su realización, la Ley de Dependencia establece los tres grados que existen de dependencia⁽¹³⁾:

- **Dependencia moderada (Grado I):** la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente

o limitado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD (Baremo de Valoración de Dependencia) de 25 a 49 puntos.

- **Dependencia severa (Grado II):** la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 50 a 74 puntos.
- **Gran dependencia (Grado III):** la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos.

La existencia de personas dependientes, por tanto, supone la necesidad de una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados ⁽⁹⁾. Estos cuidados constantes durante un largo período de tiempo han sido denominados cuidados de larga duración (CLD) ⁽¹¹⁾ y pueden ser proporcionados por cuidadores formales y/o informales.

5.2. Tipos de cuidados: Cuidado formal e informal.

Los cuidadores son aquellas personas que contribuyen en las actividades de la vida diaria de personas que no pueden desempeñar estas funciones de forma autónoma, asegurando la calidad de vida de las personas en situaciones de dependencia ⁽¹⁴⁾. A partir de esta definición general de cuidadores, se puede establecer una diferencia entre los cuidadores formales o profesionales y los informales o no profesionales ⁽⁸⁾.

En este trabajo se ha considerado que debe denominarse cuidador formal a toda aquella persona que cuida de forma directa a personas dependientes en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo un beneficio por su trabajo. Así, dentro de esta categoría encontraríamos cuidadores con una formación teórico-práctica para la atención al dependiente (terapeutas ocupacionales, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, médicos) y cuidadores con un limitado adiestramiento ⁽⁸⁾. A esta última modalidad concreta se le puede denominar cuidado formal no profesional.

Los servicios formales de apoyo sanitario y social más destacables en España son, básicamente, los Programas de Atención Domiciliaria procedentes de los servicios de Atención Primaria y hospitalaria, los Servicios de Atención Domiciliaria, procedentes de los servicios sociales de los ayuntamientos, los Centros de Día que proporcionan asistencia social y sanitaria durante el día y los Centros Residenciales, que prestan atención, en régimen de ingreso durante las 24 horas del día a las personas dependientes, bien de forma temporal o de larga estancia. Estos servicios también se denominan servicios de respiro ⁽⁴⁾.

El segundo tipo de cuidador, en cambio, hace referencia a una persona de la red social inmediata (familiares, amigos, vecinos) que se encarga de la atención y prestación de cuidados a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, de modo no remunerado y sin capacitación específica para ello ⁽¹⁵⁾.

El cuidado no profesional constituye la parte más importante y sólida en la prestación de cuidados y tiene una gran relevancia social ⁽¹⁵⁾. Nace del hecho de que el espacio familiar es el contexto principal donde la enfermedad se presenta y se resuelve ⁽⁴⁾. Sin embargo, se trata de un trabajo no remunerado, prestado en virtud de relaciones afectivas y que se desarrolla en el ámbito privado, lo que afecta a su escasa visibilidad⁽¹⁾.

Generalmente los cuidados informales se centran en prestar servicios básicos de ayuda a la salud, servicios relacionados directamente con la enfermedad y la discapacidad y gestión del consumo de los servicios sanitarios ⁽⁴⁾. También en ocasiones deben proporcionar apoyo emocional o sustituir en la toma de decisiones a la persona a la que cuidan, especialmente si padece alguna deficiencia cognitiva ⁽¹⁶⁾.

A diferencia de la atención generalista que se le atribuye al cuidador familiar, el cuidador formal desempeña tareas de asistencia especializada. Es necesario destacar el papel protagonista que estos trabajadores tienen para garantizar una atención de calidad, dado que después de la familia, proveen una mayor y más intensa atención a la persona dependiente ⁽⁹⁾.

En nuestra sociedad, la distribución del rol de cuidador no es homogénea en las familias, sino que generalmente la mayor parte de la responsabilidad del cuidado recae sobre un solo familiar. El perfil típico de la persona cuidadora principal es el de una

mujer de las generaciones intermedias, ama de casa, con una relación de parentesco directa (por lo general, madre, hija o esposa), que convive con la persona a la que cuida y que posee estudios primarios ⁽¹⁾. En las cuidadoras formales se siguen perpetuando este rol, con la particularidad de que no tiene personas dependientes a su cargo fuera del ámbito laboral y puede haber realizado cursos de FPO (Formación Profesional Ocupacional) ⁽⁶⁾.

5.3. Repercusiones sobre el cuidador

No existe un consenso acerca del concepto que mejor resume el impacto de cuidar en el cuidador debido a su naturaleza multifactorial. Uno de los términos que se utilizan frecuentemente es el de estrés del cuidador, que hace referencia a la tensión emocional y física que tiene su origen en las propias funciones del puesto de trabajo ⁽¹⁷⁾. De hecho, sí que existe una evidencia generalizada de que la situación de cuidar a una persona dependiente constituye una fuente de estrés crónico que puede conllevar una serie de repercusiones para la salud del cuidador ⁽⁸⁾.

Algunos autores manifiestan que entre los efectos positivos del cuidado en el cuidador se encuentran la satisfacción que genera el poder ayudar y saber que se está proporcionando un buen cuidado, el bienestar emocional y la relación cercana con la persona receptora de cuidados, el crecimiento personal, la sensación de control y la gratificación ^(4,18).

No obstante, la mayoría de estudios se centran en los efectos negativos en la salud y calidad de vida. Estas consecuencias son fundamentalmente de cuatro tipos: sobre la salud física, sobre la salud psicológica, en la vida social y en la vida laboral ⁽⁴⁾.

En cuanto a la salud física destacan problemas osteoarticulares, cardiovasculares, síntomas digestivos, dolor crónico, trastornos del sueño, cansancio y síntomas no específicos que impiden la realización de algunas tareas cotidianas ⁽⁴⁾.

El impacto negativo en la esfera psicológica es mucho más evidente y es percibido más intensamente que el impacto físico ⁽¹⁾. Los cuidadores mencionan, por un lado, problemas concretos como depresión o ansiedad; y por otro, sentimiento de culpa, soledad, ira, frustración y sobrecarga ⁽¹⁸⁾. Se ha encontrado que la frecuencia de prescripción de psicofármacos es entre dos y tres veces mayor en este colectivo que en el resto de la población ⁽⁴⁾.

En el ámbito laboral las personas cuidadoras tienen dificultades para compaginar el trabajo fuera y dentro de casa. Algunos cuidadores llegan a abandonar temporal o definitivamente sus trabajos ⁽¹⁸⁾ o sufren otro tipo de consecuencias, como la limitación de las posibilidades de progreso en su carrera profesional, el cambio de trabajo o el absentismo laboral. A todo ello se suma que asumir el cuidado de una persona dependiente implica un incremento de los gastos, lo que supone una pérdida económica para la unidad familiar ⁽¹⁾.

El ámbito social también se puede ver afectado ya que el cuidador principal experimenta importantes conflictos y tensiones con el resto de familiares y disminuye el tiempo libre disponible para dedicarlo a actividades personales, incluso el cuidado de la propia salud ⁽¹⁸⁾. Los cuidadores a menudo priorizan la salud de su familiar sobre la suya y no acuden a los servicios de apoyo o de salud necesarios, comprometiendo aún más su estado ⁽¹⁶⁾.

La magnitud de estas repercusiones es tal que algunos autores hablan del "síndrome del cuidador" para referirse a ese conjunto de manifestaciones físicas, psíquicas, alteraciones sociales y problemas laborales ⁽⁴⁾.

5.4. Salud mental: ansiedad y depresión

Dentro de los problemas de salud mental padecidos por los cuidadores, ocupan un papel predominante las alteraciones del estado de ánimo y, más específicamente, la ansiedad y la depresión ⁽¹⁵⁾. Es importante anotar que son entidades subdiagnosticadas, lo que conduce a que no se asista a tiempo a los servicios de salud y, en consecuencia, los trastornos mencionados cronifiquen.

El Cuestionario de Salud General de Goldberg (General Health Questionnaire, GHQ) mide el grado de salud autopercebida, es decir, la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales ⁽¹⁹⁾.

Fue diseñado con la intención de identificar la severidad de trastornos psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que evalúa fundamentalmente es la salud mental y no el estado de salud general ⁽¹⁹⁾.

El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas, pero posteriormente, se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems que han mostrado igual utilidad ⁽¹⁹⁾. El GHQ-28 empleado en este trabajo consta de cuatro subescalas de siete preguntas cada una. La escala A refiere síntomas somáticos; la B, ansiedad e insomnio; la C, disfunción social y la D, depresión severa, entidades comunes que se asocian con el síndrome del cuidador.

En la actualidad el método más utilizado es el método Likert, en particular, la versión castellana que empleamos en el presente trabajo. Este instrumento consta de proposiciones con valores de 0 a 3 en las categorías de respuesta, donde a mayor puntuación, peor es el nivel de salud mental ⁽¹⁹⁾.

Cuando el ítem está formulado de manera que expresa un síntoma, la respuesta “menos que lo habitual” toma el valor de 0 y la respuesta “más que lo habitual”, toma el valor 3. Pero si el ítem está redactado de manera positiva, los valores para calificar cada categoría se invierten. Según este método el valor máximo que se puede obtener en la escala es de 84 puntos y el mínimo de 0 puntos. El puntaje total se obtiene por sumatoria simple de las calificaciones en cada uno de los ítems, con un punto de corte 23/24 puntos para diferenciar los posibles casos ⁽¹⁹⁾.

5.5. Síndrome de Burnout

El trabajo que los individuos afectados por el Burnout realizan se caracteriza por dedicar largos periodos de tiempo, privación de horas laborales fijas, poseer sueldo insuficiente y convivir habitualmente en ambientes complicados ⁽²⁰⁾. El cuidado del paciente al que nos referimos en este caso tiene características similares.

En los años setenta, Freuderberger se refirió al Burnout como una condición de los profesionales de la salud, definida como una combinación de cansancio emocional crónico, fatiga física, pérdida de interés por la actividad laboral, baja realización personal y deshumanización en el cuidado y atención a los pacientes ⁽²¹⁾.

La definición del Síndrome de Burnout más fundamentada es la de Maslach y Jackson, quienes lo contemplaron como una respuesta inadecuada al estrés crónico, caracterizado por tres dimensiones: Cansancio o Agotamiento Emocional (CE o AE), Despersonalización o deshumanización (DP) y falta o disminución de la Realización Personal en el trabajo (RP) ⁽²⁰⁾.

A pesar de que estas definiciones iniciales se centraron en el estudio de profesiones asistenciales, a lo largo de los años se ha establecido que se trata de la respuesta a un estrés crónico, básicamente laboral, que afecta a numerosas profesiones y actividades no asistenciales.

El inventario MBI (Maslach Burnout Inventory) ha sido el instrumento más utilizado para la evaluación de síndrome del Burnout en entornos asistenciales y ha sido validado en diferentes contextos culturales y laborales ⁽²¹⁾.

En este trabajo el cuestionario consta de 22 ítems: nueve para la dimensión de AE, cinco para DP y, ocho para RP. Se presenta como escala tipo Likert, con 5 opciones de respuesta: 1=Nunca, 2=Raramente, 3=Algunas veces, 4=Muchas veces, 5=Siempre. Para determinar la puntuación de cada subescala se suman las puntuaciones obtenidas en los ítems pertenecientes a cada una de ellas.

La relación entre la puntuación y el grado de Burnout es dimensional, es decir, no existe un punto de corte que indique si existe o no el síndrome. Sin embargo, se han distribuido los rangos de las puntuaciones totales de cada subescala por separado para tratar de evaluar el nivel de Burnout (alto, medio o bajo) ⁽²²⁾. En las dos primeras dimensiones a mayor puntuación, mayor es el nivel de Burnout, como aquí se describe⁽²⁰⁾:

- Nivel bajo: AE con puntuaciones de 0-18, DP 0-5, RP 33-48.
- Nivel medio: AE 19-27, DP 6-10 y RP 25-32.
- Nivel alto: AE 28 - 54, DP 11-30, RP 8-24.

5.6. Cuidado y género

Tanto los cuidados formales como los informales son dominio casi exclusivo de las mujeres, lo que supone un elemento de desigualdad de género en salud ⁽⁸⁾. De hecho, el 76,3% de las personas cuidadoras principales son mujeres ⁽²⁾.

Se trata de un fenómeno fuertemente generalizado, influenciado por diversos factores sociales como son el envejecimiento demográfico, el descenso de la natalidad, los cambios sociales de las familias y la incorporación creciente al mercado laboral ⁽⁶⁾. Otro aspecto que puede estar desempeñando un papel importante es el hecho de que, en el caso de las mujeres, el cuidado sigue siendo una tarea impuesta socialmente, y, por ello, probablemente elegida con menor libertad que en el caso de los varones ⁽⁸⁾.

La desigualdad no es solo evidente en la proporción de mujeres y hombres que asumen el papel de cuidadores, también en las propias características del cuidado, tanto en el tipo de actividades que asumen como en el tiempo dedicado a cuidar ⁽¹⁾.

La frecuencia y el tiempo dedicados por las mujeres a cuidar son mayores que los de los hombres. Las mujeres cuidadoras asumen con mayor frecuencia los cuidados de atención personal e instrumentales y están más implicadas en las tareas de acompañamiento y vigilancia, es decir, asumen los cuidados más pesados, cotidianos y que exigen una mayor dedicación ⁽¹⁾.

Sin embargo, no todas las mujeres participan por igual en el cuidado: son las mujeres casadas, con una media de 54 años, con una dedicación de 12 a 24 horas de cuidados, de menor nivel educativo, sin empleo y de niveles inferiores de clase social las que configuran el gran colectivo de cuidadoras informales en nuestro medio ⁽¹⁾.

Este hecho agrava la desigualdad de la carga que supone cuidar entre las propias cuidadoras, ya que las que cuentan con un empleo o tienen mayores ingresos tienen un mejor acceso a los recursos de apoyo ⁽¹⁾. Las mujeres inmigrantes, presentes cada día más como cuidadoras retribuidas sin formación específica, se configuran como un nuevo elemento de desigualdad, ya que su trabajo se desarrolla en un mercado oculto, precario y aumenta la tendencia de la feminización de la pobreza ⁽⁴⁾.

En definitiva, las mujeres cuidadoras experimentan diferentes contextos socioeconómicos y expectativas respecto a su rol de género que las sitúan en un mayor riesgo de padecer consecuencias negativas por ello ⁽¹⁾.

Estas desigualdades de género en las personas que cuidan a otras podrían ser el reflejo de la tendencia observada en la población general, donde las mujeres refieren una mayor prevalencia de problemas de salud que los hombres ⁽²³⁾.

5.7. El problema del cuidador desde la práctica enfermera

La tarea de los cuidadores, en general, no está socialmente valorada ni regulada, ya que no tienen salario ni un horario definido para cuidar y, por tanto, tampoco para descansar y desconectar ⁽²⁴⁾.

Los cuidadores muchas veces no cuentan con formación para realizar unos cuidados adecuados, no solo al paciente, sino para él mismo, y no existe una conciencia en los

profesionales ni en la institución sanitaria de su existencia como sujetos con necesidades de cuidado. De ahí que se les llegue a denominar “pacientes ocultos”⁽²⁴⁾.

Es imprescindible que los cuidadores tengan la opción de disponer de una red amplia de recursos sociosanitarios que les permita llevar el rol de cuidador de la mejor forma posible y con el mayor apoyo tanto formal como informal⁽¹⁴⁾. La ayuda profesional ha demostrado ser eficaz para evitar la institucionalización prematura de la persona dependiente y para proporcionar una mejor calidad de vida a los cuidadores y, por tanto, a las personas a las que cuidan.

La mayoría de las intervenciones realizadas son de carácter educativo, de mejora en las estrategias de comunicación, técnicas de autocuidados y solución de problemas, consejo individual y grupal, apoyo por vía telefónica, modificaciones en el hogar, etc⁽⁴⁾. La formación previa va asociada a una mejora en la calidad laboral del cuidador y debe proceder de diferentes vías, como libros, grupos de apoyo y trabajo, organizaciones, médicos y enfermeros⁽¹⁷⁾.

El cuidado holístico constituye el elemento esencial de la enfermería, que debe ser consciente del impacto que causa la dependencia en todos los miembros de la familia, sobre todo en el cuidador principal⁽²⁴⁾.

La identificación del problema en el cuidador y su consecuente formulación en forma de diagnóstico enfermero, facilita la planificación de cuidados y permite proporcionar los servicios de apoyo necesarios para reducir la carga y el estrés de los cuidadores⁽²⁴⁾. Algunos diagnósticos NANDA que hacen referencia al tema que nos ocupa son⁽²⁵⁾:

- Cansancio del rol de cuidador
- Riesgo de cansancio del rol de cuidador
- Afrontamiento familiar comprometido
- Afrontamiento familiar incapacitante
- Gestión ineficaz de la salud

6. RESULTADOS

De los 23 participantes en el estudio, la gran mayoría fueron mujeres. Hubo un 95,7% (n=22; IC95%: 85,5-100) de participación femenina, frente a la colaboración de un solo varón. El 73,9% (n=17; IC95%: 52,3-88) tenían su domicilio en la zona urbana, mientras que el 26,1% (n=6; IC95%: 12-47,7) vivía en la zona rural. La media de edad de la muestra fue de 43,82 (DT 8,81) (Tabla 2), siendo 31 años la mínima y 66 años la máxima.

Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables cuantitativas. Fuente: Elaboración propia.

| | Media | DT | p25 | p50 | p75 |
|------------------------|--------------|-----------|------------|------------|------------|
| Edad | 43,82 | 8,81 | 38,0 | 43 | 49,5 |
| Años de cuidado | 16,00 | 11,02 | 8,0 | 14 | 21,5 |
| Horas/semana | 79,02 | 57,35 | 40,0 | 56 | 133,0 |
| CE | 25,62 | 6,13 | 22,0 | 25 | 30,0 |
| DP | 10,14 | 2,74 | 8,0 | 10 | 12,0 |
| RP | 30,52 | 3,49 | 28,0 | 30 | 33,0 |
| Subtotal A | 7,83 | 4,09 | 5,0 | 8 | 9,0 |
| Subtotal B | 7,87 | 3,44 | 5,5 | 8 | 10,5 |
| Subtotal C | 7,26 | 2,00 | 6,5 | 7 | 9,0 |
| Subtotal D | 3,17 | 4,70 | 0,0 | 1 | 6,0 |
| Total | 26,13 | 10,99 | 18,0 | 24 | 29,5 |

Respecto al nivel de estudios, el 75% (n=15; IC 95%: 52,6-89,6) de los encuestados había alcanzado estudios superiores, el 15% (n=3; IC95%: 4,2-36,9) tenía estudios primarios y el 10% (n=2; IC95%: 1,8-31,6) poseía estudios secundarios.

En relación con la profesión, la mayor parte (65,2%) tenía un empleo relacionado con las ciencias de la salud (atención sociosanitaria, psicología y trabajo social), por lo que es probable que contara con conocimientos relativos al cuidado. Otras profesiones nombradas fueron docencia, pedagogía y gerencia (17,3%). Un 13% pertenecía al colectivo de desempleados y jubilados, los cuales podían disponer de más tiempo para cuidar aunque quizá no en las mejores condiciones de salud. El 4,3% restante no respondieron.

El 65,2% (n=15; IC95%: 43,2-82,2) de los cuidadores pudieron ser considerados formales ya que no tenían ningún parentesco con la persona cuidada. El resto afirmaron ser padre o madre (17,4%), nieta (8,7%), hija (4,3%) o hermana (4,3%).

El perfil de cuidador que se extrae de los datos obtenidos sería el de una mujer, perteneciente a la generación soporte o intermedia, con un alto nivel de estudios (diplomatura, licenciatura o doctorado), residente en la ciudad, que no forma parte de la familia de la persona dependiente y se dedica al cuidado, teniendo formación para ello debido a su profesión.

En cuanto a la persona cuidada, el 57,1% (n=12; IC95%: 35,1-77,3) sufría Gran dependencia (Grado III), el 33,3% (n=7; IC95%: 15,2-55,1) tenía Dependencia severa (Grado II) y el 9,5% (n=2; IC95%: 1,7-30,1), Dependencia moderada (Grado I).

Las respuestas acerca de la situación que soporta el cuidador arrojaron que el 39,1% (n=9; IC95%: 20,7-61,3) llevaba 22-42 años desempeñando dicha labor. El 34,8% (n=8, IC95%: 17,8-56,8) se dedicaba al cuidado desde hace 6 meses-10 años, y el 26,1% (n=6; IC95%: 12-47,7), desde hace 11-21 años. El 66,7% (n=14; IC95% 44,9-84,8) destinaba menos de 100 horas/semana, mientras que el 33,3% restante (n=7; IC95%: 15,2-55,1) ofrecía más de 100 horas de cuidado, alcanzando un máximo de 168 horas. La media de años de cuidado fue de 16 (DT 11,02) y la de horas dedicadas a la semana, de 79,02 (DT 57,35) (Tabla 2).

El 52,2% (n=12; IC95%: 32-72,6) de los cuidadores no recibía ningún tipo de apoyo. Las ayudas nombradas por el resto fueron personal contratado (17,4%), centro de día (13%) y otras (13%) entre las que se incluyeron ayuda escolar, teleasistencia y centro de autismo. También hubo un 4,3% que percibía el servicio de un centro de día combinada con otro tipo de refuerzo.

Respecto al Síndrome de Burnout se observaron los siguientes resultados. El 39,1% (n=9; IC95%: 20,7-61,3) presentó niveles medios de cansancio emocional y el 34,8% (n=8; IC95%: 17,8-56,8), niveles altos (Figura 1). Cerca de la mitad mostraron niveles medios de despersonalización y la otra mitad, niveles altos (43,5% (n=10; IC95%: 24,7-64), respectivamente) (Figura 2). El 60,9% (n=14; IC95%; 38,7-79,3) padecía niveles medios de Burnout en relación a la realización personal (Figura 3).

La puntuación media en cada una de las dimensiones en la escala MBI es: 25,62 (DT 6,13) en CE en una puntuación máxima de 40 puntos que corresponde a un nivel medio; 10,14 (DT 2,74) en DP en una puntuación máxima de 25 puntos que pertenece al nivel medio; y 30,52 (DT 3,49) en RP en una puntuación máxima posible de 40 puntos, equivalente a un nivel medio (Tabla 2).

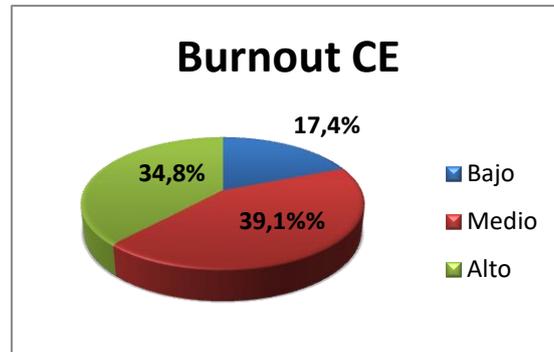


Figura 1. Nivel Burnout CE de la muestra. Fuente: Elaboración propia.

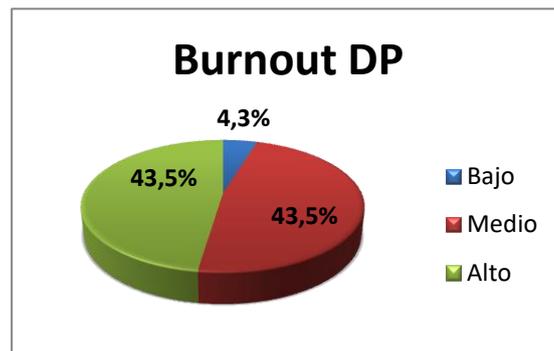


Figura 2. Nivel Burnout DP de la muestra. Fuente: Elaboración propia.

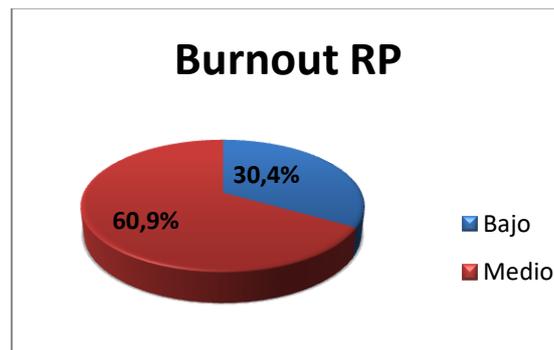


Figura 3. Nivel Burnout RP de la muestra. Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo a los valores conseguidos en el GHQ, el 52,2% (n=12; IC95%: 32,0-72,6) de los cuidadores podría padecer un trastorno psíquico (Figura 4). La puntuación media y la desviación típica obtenidas en cada uno de los subtotaes y la puntuación total del

GHQ se encuentran también en la Tabla 2, siendo 21 puntos el máximo en cada una de las subescalas.

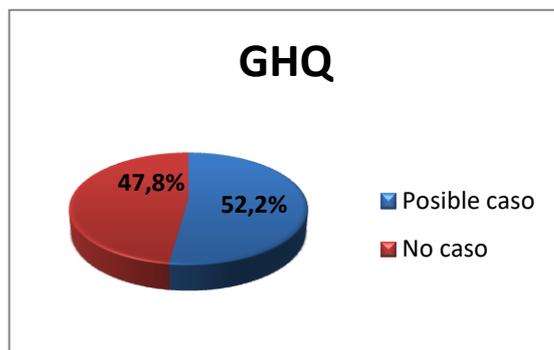


Figura 4. Resultados cuestionario GHQ. Fuente: Elaboración propia.

Se llevó a cabo un análisis de relaciones de los datos obtenidos. No se encontró ninguna relación estadísticamente significativa entre las variables explicativas y las variables de las escalas. Estuvieron cerca de serlo la edad y el subtotal D ($p=0,087$) y las horas dedicadas al cuidado y el subtotal B ($p=0,079$).

En cuanto a las relaciones entre parejas de variables de escalas, la realización personal parece tener relación con el subtotal C (disfunción social) ($p=0,016$). El subtotal A (síntomas somáticos) guarda relación con el B (ansiedad e insomnio) ($p=0,006$) y, a su vez, el subtotal B con el D (depresión severa) ($p=0,002$). También se relaciona el subtotal C con el D ($p=0,013$). No llama la atención que el total aparezca relacionado con las subescalas que han participado en su construcción. Las correlaciones entre estas variables quedan reflejadas en las siguientes matrices de correlaciones (Figura 5 y 6).

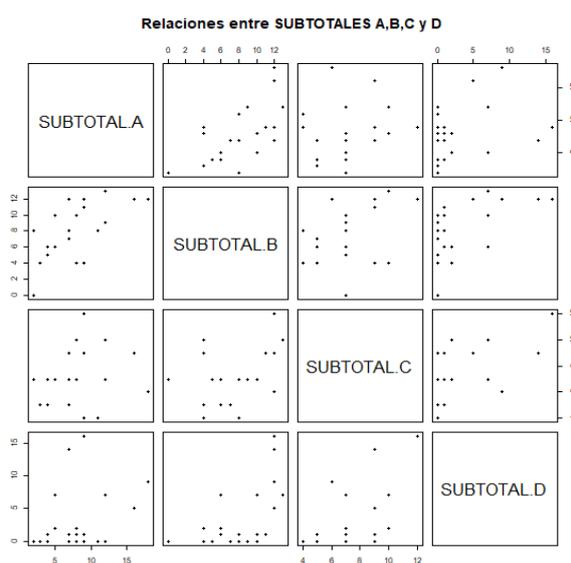
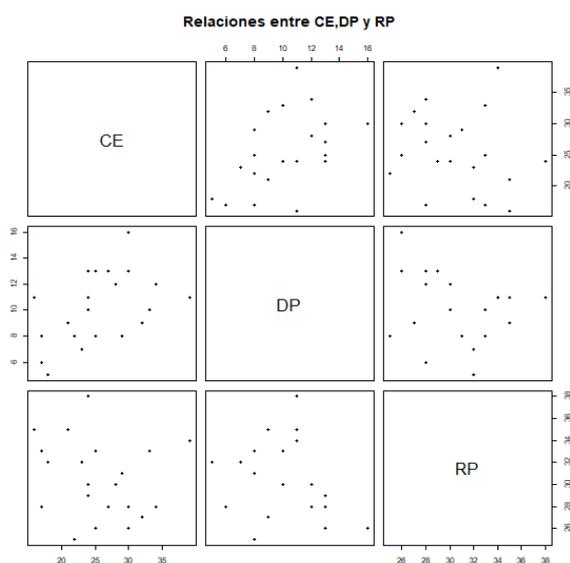


Figura 5. Matriz de correlaciones de las subescalas MBI. Fuente: Elaboración propia. Figura 6. Matriz de correlaciones de las subescalas GHQ. Fuente: Elaboración propia.

7. DISCUSIÓN

Acorde con los resultados expuestos, existen publicaciones ^(4,11,18) que coinciden en algunas características sociodemográficas de los cuidadores, mostrando que el perfil típico corresponde en su mayoría a mujeres de mediana edad. Sin embargo, determinan que el cuidador de una persona dependiente es en su mayoría un familiar de primer grado (hija o cónyuge principalmente), sin estudios o con estudios primarios y sin trabajo remunerado fuera de casa.

Investigaciones más recientes ^(6,17,18,20,26) exponen porcentajes mayores de cuidadores que han completado sus estudios primarios e incluso poseen estudios superiores, datos que se asemejan más a los de este trabajo. Concordando con ello, se encuentra un estudio que observó que la mayoría de las cuidadoras formales profesionales tienen estudios de EGB seguido de los cursos de FPO ⁽⁶⁾. Tampoco se debe olvidar que las tareas de cuidado por parte de las mujeres de la familia se están derivando hacia el mercado: residencias, centros de día y personal contratado, en muchas ocasiones, en la economía sumergida ⁽⁴⁾.

No se han identificado cambios en el rol tradicional asociado a las mujeres en el ámbito rural. De acuerdo con la evidencia científica, la feminización de los cuidados es más acusada en el medio rural, llegando a influenciar en las decisiones relacionadas con el uso de los recursos formales que, a su vez, en ocasiones no son suficientes para cubrir las necesidades en estos núcleos de población ⁽²⁷⁾.

Como también se destaca en algunos estudios analizados ^(4,28,29), las personas receptoras de cuidados presentan un nivel grave de dependencia, lo que significa que no podrían permanecer en el domicilio sin la ayuda de otra persona.

De forma general, se puede afirmar ^(4, 21, 28) que aproximadamente la mitad de los cuidadores cuidan en solitario. Los apoyos predominantes con los que cuentan los cuidadores principales son otros familiares, en el caso de la ayuda informal, y de algún tipo de servicio a domicilio en el caso de la ayuda formal ⁽²⁸⁾. Estos datos pueden dar a entender que existe una falta de información sobre los recursos existentes y que los cuidadores perciben un bajo apoyo social ⁽⁴⁾.

Con relación al tiempo trabajado con personas dependientes, se han encontrado resultados similares ⁽²⁶⁾ que reflejan que el 31,6% tiene más de 10 años de experiencia,

el 31,6% lleva cuidando entre 5 y 10 años, el 26,3% oscila de los 3 a los 5 años y sólo un 10,5% tiene de 1 a 3 años de trabajo en este ámbito. El promedio calculado en otras publicaciones es de 5 años ^(4,11,28), no coincidiendo con el dato estimado en el presente estudio.

La provisión de los cuidados suele caracterizarse por suministrarse de forma diaria, continua e intensa. En este sentido, diversos autores ^(6,11,28) constatan que la mayoría de los cuidadores dedican más de 8 horas al día (una jornada laboral habitual) e incluso, gran parte atienden a la persona dependiente (generalmente, familiar) prácticamente todas las horas del día y de la noche. La media de horas semanales hallada en otra investigación ⁽²⁸⁾ fue algo más alta, empleando alrededor de 97,82 horas semanales.

La morbilidad psíquica ha sido también identificada en otras investigaciones en cuidadores en nuestro medio. Un estudio acerca del Síndrome de Burnout ⁽¹⁷⁾ aporta datos que concuerdan con los expuestos en el apartado anterior, concluyendo que el 54,8% de su muestra presentaba un nivel de despersonalización alto y un 13,3%, un agotamiento emocional alto, primera dimensión en aparecer y predictora del síndrome que, junto con puntuaciones elevadas en la dimensión de despersonalización, evidencian la presencia de este. En cambio, obtuvieron un porcentaje menor de sujetos con puntuaciones bajas en realización personal (10%).

El Cuestionario de Salud General de Goldberg ha revelado también en otros trabajos ^(29,30,31) que entre el 27-67% de los cuidadores padecía un deterioro en su salud mental. En concreto, un estudio llevado a cabo con cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis ⁽³⁴⁾, evidenció que el 52% de los cuidadores padecían síntomas somáticos y ansiedad e insomnio, y el 76% de los encuestados presentaban síntomas depresivos. Por el contrario, no determinó la presencia de disfunción social.

Por último, varias publicaciones ^(4,7,11) han conseguido establecer asociaciones importantes entre diversas variables referidas, tanto al contexto del cuidado, como al cuidador y a la persona cuidada y el impacto que sufren los cuidadores. Los efectos negativos del cuidar se han relacionado frecuentemente con el sexo femenino, bajo soporte familiar o social, nivel de dependencia elevado, numerosas horas dedicadas al cuidado y el hecho de llevar pocos años cuidando. No se observaron diferencias significativas en cuanto a la edad y el nivel educativo ^(17,29,30).

7.1. Fortalezas

Como fortalezas se puede destacar que los hallazgos de este estudio, concordantes con los resultados obtenidos en otras investigaciones, contribuyen a la creciente evidencia científica sobre el nivel de estrés que soportan los cuidadores y las consecuencias de este rol en su salud.

Respecto a las escalas utilizadas, ambas han sido validadas en nuestro medio. Se han seleccionado instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas y de fácil administración.

7.2. Limitaciones

En cuanto a las limitaciones, la primera de ellas es que el diseño transversal del estudio no permite establecer causalidad entre el cuidado y sus repercusiones, sino únicamente relacionar ambos factores y cuantificar la magnitud del efecto.

También está limitada considerablemente la posibilidad de generalización de los resultados y el establecimiento de relaciones significativas, ya que el tamaño de la muestra es reducido debido a la suspensión de las reuniones y la situación delicada de algunas familias, al decretarse el estado de alarma por pandemia Covid-19.

Por último, se ha de considerar que la medición del tiempo de dedicación al cuidado se realizó a partir de la cuantificación directa y “no objetiva” por parte de la persona entrevistada, pudiendo indicar entre 0 y 168 horas de dedicación por semana, por lo que es previsible que exista variación en la interpretación que se hace de esta pregunta.

7.3. Aplicaciones a la práctica clínica

Dada la importante contribución realizada por los cuidadores al bienestar de las personas dependientes, es crucial desarrollar estrategias para evitar las repercusiones negativas del cuidado. El objetivo no es terminar con el cuidado que prestan, sino permitir que desempeñen su rol en las mejores condiciones ⁽²⁸⁾.

Por eso, las distintas intervenciones tratan de amortiguar o eliminar los conflictos familiares, los problemas laborales, la disminución del tiempo libre y de las redes sociales, y muy especialmente la presencia de problemas mentales ⁽²⁸⁾:

- Sustituir el modelo biomédico, centrado en la enfermedad, por un abordaje holístico que contemple los condicionantes de la salud, como puede ser el cuidado familiar. Esto implica que los profesionales vean a los cuidadores como pacientes y no únicamente como un recurso para el profesional ⁽⁴⁾.
- Llevar a cabo una profesionalización de los cuidados. Desde el cuidado informal, podría darse a través de la formación en cuidados y del reconocimiento social y económico de dicha tarea. Desde el cuidado formal, la idea se basaría en el incremento de profesionales dedicados al cuidado de los dependientes, que además supondría un beneficio para los cuidadores informales y aportaría puestos de trabajo para profesionales formados en esta especialidad ⁽⁵⁾.
- El cuestionario diseñado en este estudio puede ser de utilidad como punto de partida para la detección precoz de sobrecarga y llevar a cabo intervenciones que incluirían principalmente los siguientes elementos:
 - Programas educativos sobre dependencia y discapacidad, sus consecuencias y el manejo de los diversos problemas ⁽²⁸⁾.
 - Grupos de ayuda mutua que proporcionan una oportunidad para intercambiar ideas y estrategias con personas con problemas similares y brindar apoyo emocional a lo largo de los distintos encuentros grupales. Además les ayuda a reducir el aislamiento en el que en numerosas ocasiones se encuentran ⁽²⁸⁾.
 - Intervenciones psicoterapéuticas, en las que se podría ayudar al cuidador a ser consciente de su situación, a reestructurar los pensamientos problemáticos, a desarrollar habilidades de solución de problemas, a organizar el tiempo, así como a llevar a cabo, en la medida de lo posible, actividades gratificantes, técnicas de relajación... ⁽²⁸⁾

La Atención Primaria de Salud es la puerta de entrada al sistema sanitario y donde se podrían poner en marcha estas iniciativas, por ejemplo, aumentando la disponibilidad de los servicios de atención domiciliaria, planteando actividades de promoción de la salud y educativas y promoviendo iniciativas de solidaridad colectiva ⁽⁴⁾.

En la actualidad se podría promover el uso de las nuevas tecnologías de la comunicación para la realización de todas estas actividades, salvando así dificultades geográficas o de tiempo disponible.

7.4. Futuras líneas de investigación

Finalmente, resaltamos la necesidad de investigar en mayor medida, tanto el papel del cuidador familiar, para determinar qué intervención sería más efectiva, como las repercusiones que tiene en el cuidador formal, ya que al ser una actividad retribuida económicamente recibe escaso interés ⁽¹⁴⁾.

En nuestro país, la mayoría de diseños de investigación en este campo son de tipo observacional y transversal, por lo que sería deseable introducir estudios longitudinales y ensayos clínicos aleatorios para aportar una mayor información de causa-efecto e investigar la efectividad de las diferentes alternativas de soporte ⁽⁴⁾.

Necesitamos comprender en profundidad las diferencias de género observadas en el cuidado, para llegar a desarrollar intervenciones que puedan reducir estas desigualdades, así como estudiar los efectos del cuidado en los hombres, ya que ahora hay más hombres involucrados en el cuidado, en comparación con el pasado.

Consideramos que con todo lo anterior podemos contribuir a que los profesionales de enfermería se animen a participar en este tipo de investigaciones y sean conscientes de la importancia de identificar y cuidar a los afectados de forma holística y humanitaria, que es, al fin y al cabo, la base de nuestra profesión ⁽²⁴⁾.

8. CONCLUSIONES

Tras realizar el análisis de los resultados, siguiendo los objetivos señalados, se puede concluir lo siguiente:

- La tarea de cuidar ocasiona repercusiones en la esfera psicológica del cuidador, observándose niveles medios-altos de Burnout en cada una de las dimensiones del MBI y un porcentaje elevado de posibles trastornos psíquicos en el GHQ28.
- El perfil de cuidador es el de una mujer de mediana edad, con un nivel educativo elevado y que se dedica a ello de forma profesional sin existir relación de parentesco con la persona dependiente. La persona receptora de cuidados suele presentar niveles graves de dependencia y la provisión de estos se caracteriza por suministrarse diariamente y de forma continuada durante varios años.
- Las variables más predictoras del impacto negativo en la salud mental del cuidador parecen ser el sexo, la ayuda recibida, el nivel de dependencia, y las horas y años dedicados al cuidado, a pesar de que no se han conseguido establecer relaciones significativas en este trabajo. Las diferentes subescalas pertenecientes a ambos cuestionarios también guardarían relación entre ellas.
- Los patrones de cuidado han evolucionado en los últimos años debido a los cambios que se están produciendo en la sociedad a nivel demográfico, social, familiar y económico, por lo que se hace necesario investigar en profundidad el colectivo de cuidadores en su conjunto y determinar intervenciones que ayuden a paliar las consecuencias derivadas del cuidado.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. García MDM, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* [Internet]. 2004 [Consultado 3 Nov 2019];18:83-92. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112004000800011&script=sci_arttext&tlng=es
2. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008 [Consultado 2 Ene 2020]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736194716&idp=1254735573175
3. Informe de la Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad [Internet]. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2017 [Consultado 2 Ene 2020]. Disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/bd_estatal_pcd/index.htm
4. Úbeda I. Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario. [Tesis en Internet]. [Barcelona]: Universitat de Barcelona; 2009 [Consultado 9 Nov 2019]. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/35130/1/IUB_TESIS.pdf
5. Cuidados a personas dependientes prestados por mujeres: valoración económica [Internet]. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Igualdad [Consultado 10 Mar 2020]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/cuidadosPersonasDependientesEst102.pdf>
6. Chamorro MDM. Las consecuencias de la Ley de la Dependencia en la mujer. La experiencia en el municipio de Martos (Jaén). [Trabajo de Fin de Grado en Internet]. [Jaén]: Universidad de Jaén; 2014 [Consultado 10 Mar 2020]. Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/425/1/TFG-Chamorro%20Martos%2C%20M%20del%20Mar.pdf>
7. Masanet E, La Parra D. Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2011 [Consultado 21 Ene 2020]; 85(3): 257-266. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n3/04_original2.pdf
8. Aparicio ME, Sánchez MP, Díaz JF, Cuéllar I, Castellanos B, Fernández MT, et al. La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales [Internet]. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2008 [Consultado 11 Mar 2020]. Disponible en: https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/idi24_07saludfisica.pdf

9. Flores N, Jenaro C, Moro Lourdes, Tomşa R. Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* [Internet]. 2015 [Consultado 11 Mar 2020]; 4(2): 79-88. Disponible en: <https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/73>
10. Petrini M, Cirulli F, D'Amore A, Masella R, Venerosi A, Carè A. Health issues and informal caregiving in Europe and Italy. *Ann Ist Super Sanità* [Internet]. 2019 [Consultado 21 Ene 2020]; 55(1):41-50. Disponible en: old.iss.it/binary/publ/cont/ANN_19_01_08.pdf
11. Carretero S, Garcés J, Ródenas F. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial [Internet]. 2015 [Consultado 13 Mar 2020]. Disponible en: http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/918/Inf_CarreteroGomezS_SobrecargaCuidadorasPersonas_sf.pdf?sequence=1
12. Martín I, Quintana S, Urzay V, Ganzarain E, Aguirre T, Pedrero JE. Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. *Aten Primaria* [Internet]. 2012 [Consultado 28 Ene 2020]; 44(6):309-319. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711002861>
13. Dependencia y discapacidad [Internet]. Junta de Castilla y León [Consultado 10 Mar 2020]. Disponible en: <http://www.jcyl.es/>
14. Villasán A, Wöbbecking M. La presencia del cuidador formal e informal en el envejecimiento poblacional: atención a personas con enfermedad de alzheimer. *Familia: Revista de ciencias y orientación familiar* [Internet]. 2018 [Consultado 13 Mar 2020]; (56): 101-109. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6635253>
15. Vázquez FL, Hermida E, Díaz O, Torres A, Otero P, Blanco V. Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión sistemática y metanálisis. *Rev Latinoam Psicol* [Internet]. 2014 [Consultado 28 Ene 2020]; 46(3): 178-188. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120053414700214>
16. Lambert SD, Bowe SJ, Livingston PM, Heckel L, Cook S, Kowal P, et al. Impact of informal caregiving on older adults' physical and mental health in low-income and middle-income countries: a cross-sectional, secondary analysis based on the WHO's Study on global AGEing and adult health (SAGE). *BMJ Open* [Internet]. 2017 [Consultado 2 Ene 2020]; 7(11): e017236. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/11/e017236.long>
17. Méndez I, Secanilla E, Martínez JP, Navarro J. Estudio comparativo de burnout en cuidadores profesionales de personas mayores institucionalizadas con demencias y otras enfermedades. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* [Internet]. 2011

- [Consultado 14 Mar 2020]; 1(2): 61-70. Disponible en: <https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/17>
18. Revuelta M. Cuidado formal e informal de personas mayores dependientes [Trabajo Fin de Máster en Internet]. [Madrid]: Universidad Pontificia de Comillas; 2016 [Consultado 13 Mar 2020]. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/13437>
19. Garmendía ML. Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. Rev Chil Salud Pública [Internet]. 2007 [Consultado 31 Ene 2020]; 11(2):57-65. Disponible en: <https://revistaatemos.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/3095>
20. De valle MJ, Hernández IE, Zuñiga ML, Martínez P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. Enfermería Universitaria [Internet]. 2015 [Consultado 29 Ene 2020]; 12(1):19-27. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000184>
21. Hederich C, Caballero CC. Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. CES Psicol [Internet]. 2016 [Consultado 29 Ene 2020]; 9(1):1-15. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-30802016000100002&script=sci_abstract&tlng=en
22. González M, Lacasta MA, Ordóñez A. . El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología [Internet]. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2008 [Consultado 11 Mar 2020]. Disponible en: https://books.google.es/books?id=cAwW8nUg_0YC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
23. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. Gac Sanit [Internet]. 2009 [Consultado 4 Ene 2020]; 22(5): 443-450. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108724191>
24. Luis A. Línea de investigación: conocimiento de la visibilidad y necesidades de las cuidadoras informales de pacientes con alzheimer en la práctica enfermera. [Trabajo de Fin de Grado en Internet]. [Tenerife]: Universidad de La Laguna; 2016 [Consultado 7 Ene 2020]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3695/Linea%20de%20investigacion%20Conocimiento%20de%20la%20visibilidad%20y%20necesidades%20de%20las%20cuidadoras%20informales%20de%20pacientes%20con%20Alzheimer%20en%20la%20practica%20enfermera.%20.pdf?sequence=1>
25. Elsevier. NNNConsult [Internet]. [Consultado 7 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>

26. Martínez JP, Méndez I, Secanilla E, González E. Evolución de los niveles de burnout en un estudio comparativo en cuidadores profesionales tras una situación de estrés postraumático. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* [Internet]. 2012 [Consultado 2 May 2020]; 2(1):29-39. Disponible en: <https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/25>
27. Martín A, Rivera J. Feminización, cuidados y generación soporte: cambios en las estrategias de las atenciones a mayores dependientes en el medio rural. *Prisma Social: revista de investigación social* [Internet]. 2018 [Consultado 2 May 2020]; (21):219-242. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6521447>
28. Crespo M, López J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar” [Internet]. Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2007 [Consultado 3 May 2020]; No 12006. Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
29. Piñeiro I, Rodríguez S, Albite A, Freire C, Ferradás MDM. Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *European Journal of Health Research* [Internet]. 2017 [Consultado 6 May 2020]; 3(3):185-196. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6219427>
30. Pérez A, García L, Rodríguez E, Losada A, Porras N, Gómez MA. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Atención Primaria* [Internet]. 2009 [Consultado 6 May 2020]; 41(11):621-628. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709002261>
31. Hermida E, Vázquez FL, Blanco V, Otero P, Torres A. El malestar emocional en los cuidadores no profesionales. En: *Proceedings of 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology*; 6-8 Junio 2013; Santiago de Compostela, España [Internet]. 2014 [Consultado 6 May 2020]. p. 14-20. Disponible en: <http://www.aepc.es/PsClinicaX/PROCEEDING/3.pdf>
32. Gil I, Pilares JA, Romero R, Santos M. Cansancio del rol de cuidador principal del paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2013 [Consultado 6 May 2020]; 16:172-173. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842013000500087&script=sci_arttext&tlng=pt

10. ANEXOS

ANEXO I. CUESTIONARIO EMPLEADO EN EL ESTUDIO

NIVEL DE ESTRÉS EN CUIDADORES FORMALES E INFORMALES Y SU REPERCUSIÓN EN SALUD MENTAL

Profesionales docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid van a poner en marcha un **estudio sobre “el nivel de estrés en cuidadores formales e informales y su repercusión en salud mental”**, para lo que precisan la mayor colaboración posible de todas las personas de apoyo (cuidadores) de las personas dependientes.

El objetivo de esta investigación es conocer la **sobrecarga sentida por los cuidadores formales** (aquellos que prestan apoyo desde la realización de su trabajo) **e informales** (familiares, amigos u otros que no reciben remuneración por la ayuda que ofrecen y las repercusiones que este rol representa sobre su calidad de vida, su salud en las esferas física, psíquica y social.

Conocer esta información y hacerlo de manera fiable y válida, es imprescindible para seguir avanzando. Por ello, si deseas colaborar, te invitamos a cumplimentar estas preguntas como cuidador formal o informal.

Te agradecemos de antemano tu atención y colaboración.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN _____

EDAD: _____

SEXO: _____

NIVEL DE ESTUDIOS: _____

PROFESIÓN: _____

DOMICILIO: Zona Rural Zona Urbana

TIEMPO DE CUIDADO (ESPECIFIQUE LOS AÑOS O MESES): _____

TIEMPO DEDICADO A LA SEMANA: _____

PARESTESCO CON LA PERSONA CUIDADA: _____

GRADO DEPENDENCIA:

Dependencia Moderada o Grado I

Dependencia Severa o Grado II

Gran dependencia o Grado III

¿PERCIBE ALGÚN TIPO DE AYUDA?

Ayuda familiar

Personal contratado

Centro de día

Otros _____

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su actividad/trabajo como cuidador y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos tal como Vd. Lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia experiencia.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en, ningún caso, accesibles a otras personas. Su objetivo es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

| | |
|----------------|---|
| NUNCA: | 1 |
| RARAMENTE: | 2 |
| ALGUNAS VECES: | 3 |
| MUCHAS VECES: | 4 |
| SIEMPRE: | 5 |

- 1) Me siento defraudado en mi trabajo como cuidador. ()
- 2) Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado. ()
- 3) Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado. ()
- 4) Creo que puedo comprender fácilmente a las personas que tengo que atender. ()
- 5) Creo que estoy tratando a algunos beneficiarios de mi trabajo como cuidador como si fuesen objetos impersonales. ()
- 6) Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa. ()
- 7) Creo que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender. ()
- 8) Siento que mi trabajo me está desgastando. ()
- 9) Creo que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo. ()
- 10) Siento que me he hecho más duro con la gente. ()
- 11) Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. ()
- 12) Me siento muy enérgico en mi trabajo de cuidador. ()
- 13) Me siento frustrado por mi trabajo de cuidador. ()
- 14) Siento que estoy demasiado tiempo en mi actividad como cuidador. ()
- 15) Creo que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender ()
- 16) Trabajar en contacto directo con la gente me cansa. ()
- 17) Puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo de cuidador. ()
- 18) Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender. ()
- 19) Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo. ()
- 20) Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades. ()
- 21) Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada. ()
- 22) Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas. ()

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG*
General Health Questionnaire (G.H.Q. – 28 Items)

Fecha: _____

POR FAVOR LEER CUIDADOSAMENTE:

Nos gustaría saber si Vd. ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado su salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido Vd. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales. Es importante que trate de responder a TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Peor que lo habitual Mucho peor que lo habitual

A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

No. En absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

No. En absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

A.4. ¿Ha tenido la sensación de que se encontraba enfermo?

No. En absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

No. En absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

No. En absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

No. En absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No. En absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No. En absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

No. En absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

No. En absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

No. En absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

B.6. ¿Ha tenido la sensación de que todo le viene encima?

No. En absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

No. En absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

Más activo que lo habitual/ Igual que lo habitual/ Bastante menos que lo habitual/ Mucho menos que lo habitual

C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

Más rápido que lo habitual/ Igual que lo habitual/ Más tiempo que lo habitual/ Mucho más tiempo que lo habitual

C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto de que está haciendo las cosas bien?

Mejor que lo habitual/ Aproximadamente lo mismo/ Peor que lo habitual/ Mucho peor que lo habitual

C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

Más satisfecho/Aproximadamente lo mismo que lo habitual/Menos satisfecho que lo habitual/ Mucho menos satisfecho

C.5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

Más tiempo que lo habitual/ Igual que lo habitual/ Menos útil que lo habitual/ Mucho menos útil que lo habitual

C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más que lo habitual/ Igual que lo habitual/ Menos que lo habitual/ Mucho menos capaz de lo habitual

C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual/ Igual que lo habitual/ Menos que lo habitual/ Mucho menos de lo habitual

D.1. ¿Ha pensado que Vd. es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

D.2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse del medio”?

Claramente, no Me parece que no Se me ha cruzado por la mente Claramente lo he pensado

D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida viene repetidamente a la cabeza?

Claramente, no Me parece que no Se me ha cruzado por la mente Claramente lo he pensado

* Versión española de Lobo y colabs., 1981-86

ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación de una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Covadonga Merino López, de la Universidad de Valladolid. Se trata de un estudio observacional cuyo objetivo es conocer las repercusiones del rol de cuidador informal o formal de una persona con dependencia sobre su nivel de estrés y salud mental.

Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para el fin mencionado. La información estará al amparo de la Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal, en especial sujeta a derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación. El equipo de investigación mantendrá la confidencialidad de la información obtenida. Una vez acabado el presente estudio, los datos serán destruidos. En esta investigación se conservará la confidencialidad y el anonimato. La participación es voluntaria.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente diez minutos de su tiempo.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Le agradecemos su participación.

Con mi firma acepto participar voluntariamente en esta investigación y autorizo el uso de la información para los propósitos de la misma

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO III. INFORME FAVORABLE DE LA COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE VALLADOLID



Universidad de Valladolid



Reunida la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid el día 3 de febrero y de nuevo por procedimiento virtual el 26 de mayo de 2020, y vista la solicitud presentada por:

Doña Covadonga Merino López, estudiante de Grado de la Facultad de Enfermería

Tutora del TFG, doña Lucía Pérez Pérez

Acuerda emitir **informe favorable**, en relación con la propuesta de Trabajo Fin de Grado que lleva por título:

«Nivel de estrés del cuidador informal en personas con discapacidad física e intelectual»

Y para que conste a los efectos oportunos firmo el presente escrito en Valladolid, a fecha de firma electrónica.- La Presidenta de la Comisión, M^a José Cao Torija



Facultad de Enfermería. Edificio de Ciencias de la Salud. Avda. Ramón y Cajal, 7. 47005 Valladolid.
Tfno.: 983 423000- ext.4083. Fax: 983 423284. e-mail: decanato.enf.va@uva.es

| | | | |
|--------------------------------|---|---------|---------------------|
| Código Seguro De Verificación: | Fex1nLFTC2GWzBB8ILmaTg== | Estado | Fecha y hora |
| Firmado Por | Maria Jose Cao Torija - Decano/a de la Facultad de Enfermeria de Valladolid | Firmado | 30/05/2020 09:26:18 |
| Observaciones | | Página | 17/29 |
| Url De Verificación | https://sede.uva.es/Validacion_Documentos?code=Fex1nLFTC2GWzBB8ILmaTg== | | |

