



Universidad de Valladolid

**Facultad de Ciencias Económicas
y Empresariales**

Trabajo Fin de Grado

Grado en Economía

**Determinantes socioeconómicos
que afectan a la calidad de vida de
las personas cuidadoras informales**

Presentado por:

Claudia Pérez Alfonso

Tutelado por:

María del Carmen García Prieto

Valladolid, 16 de julio de 2025

RESUMEN

En este trabajo se analizan los cuidados informales en España y su relación con las variables socioeconómicas. Se trata de cuidados no remunerados realizados por cuidadores del entorno familiar, que residen en el hogar y que están centrados en la atención de personas dependientes. El estudio se basa en datos obtenidos a través la Encuesta EDAD 2020, que evidencian que la mayoría de estos cuidadores son mujeres y, además, asumen tareas más intensas y prolongadas en el tiempo, lo que incrementa el riesgo de deterioro de la salud tanto física como mental. Un 45% de los cuidadores afirma haber experimentado un deterioro en su salud desde que presta cuidados, cifra que asciende al 52% en mujeres y que se sitúa en el 34% en los hombres. También destaca que el cuidado informal suele afectar negativamente a la calidad de vida de los cuidadores, generando estrés, ansiedad y dificultades para conciliar la prestación de cuidados con otras responsabilidades. Sin embargo, también se identifican aspectos positivos, como el aumento de la autoestima y la gratificación personal.

Palabras clave: cuidado informal, cuidadores, deterioro de la salud y personas dependientes.

This study analyzes informal care in Spain, which is unpaid care provided by family caregivers who live in the home and focus on caring for dependent persons. The study is based on data obtained through the 2020 EDAD Survey, which shows that most of these caregivers are women, and, in addition, they take on more intense and prolonged tasks, which increases the risk of deterioration in both physical and mental health. Forty-five percent of caregivers report having experienced a deterioration in their health since becoming caregivers, a figure that rises to 52% for women and 34% for men. It also highlights that informal care often negatively affects caregivers' quality of life, causing stress, anxiety, and difficulties in balancing caregiving with other responsibilities. However, positive aspects are also identified, such as increased self-esteem and personal gratification.

Keywords: informal care, caregivers, health deterioration and dependent persons

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
1. INTRODUCCIÓN	7
2. CONTEXTO DE LA ENCUESTA.....	9
2.1 Concepto de Discapacidad a efectos de la EDAD	9
2.2 Concepto de cuidados informales	9
2.3 Ámbitos de investigación.....	10
3. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	10
4. ANÁLISIS EN RELACIÓN CON LA SALUD.....	12
4.1 Deterioro de la salud de los cuidadores en función del género.....	12
4.2 Deterioro de la salud de los cuidadores en función de los años que lleva prestando cuidados	18
4.3 Deterioro de la salud de los cuidadores en función de la edad	21
4.4 Deterioro de la salud de los cuidadores en función del nivel de estudios	23
4.5 Deterioro de la salud de los cuidadores en función del nivel de ingresos mensuales del hogar	25
4.6 Deterioro de la salud de los cuidadores en función del tamaño del municipio	27
4.7 Deterioro de la salud de los cuidadores en función de la discapacidad o grado de limitación	29
4.8 Deterioro de la salud de los cuidadores en función de la situación laboral.....	30
4.9 Deterioro de la salud de la persona cuidadora en función de la situación laboral y la existencia de problemas económicos	32
4.10 Deterioro de la salud de la persona cuidadora en función de la oferta de trabajo y su tiempo de ocio.....	34
5. CONCLUSIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

1. INTRODUCCIÓN

La elección del tema de los cuidadores informales a personas en situación de dependencia fue, en realidad, una casualidad. Cuando a principios de curso, le pregunté a Carmen, mi tutora, si dirigía TFGs y me respondió que sí, que solía trabajar con temas relacionados con la Economía de la Salud, supe que, fuera cual fuese el tema que me propusiera, me iba a gustar, ya que la parte que más me atrae de la Economía y a lo que, aunque todavía no sé exactamente de qué manera, me gustaría dedicarme en un futuro, es el enfoque social de esta rama de las Ciencias Sociales. Posteriormente, me propuso el tema que había elegido para el trabajo: determinantes socioeconómicos que afectan a la calidad de vida de las personas cuidadoras informales. Aunque, inicialmente, no sabía con exactitud a lo que se refería, cuando me lo explicó y me dijo en qué consistía, supe que era el trabajo indicado para mí, ya que es un tema que me toca de cerca y que conozco de primera mano, al tener una abuela en situación de dependencia. Esto me ha permitido ver y ser consciente de los sacrificios que supone para los familiares o personas del entorno cercano tener que cuidar de una persona dependiente, en mi caso concreto, mis dos tías y mi madre.

El interés por este tema se debe, por un lado, a la importante relevancia social que este fenómeno representa, ya que tanto el envejecimiento progresivo de la población como el aumento de la esperanza de vida han incrementado considerablemente el número de personas dependientes que requieren cuidados continuos, lo que, a su vez, ha provocado que el número de cuidadores informales también se haya visto incrementado. Por otro lado, está mi experiencia personal directa, ya que, como he mencionado anteriormente, mi abuela se encuentra en situación de dependencia. Tener que vivirlo tan de cerca me ha permitido observar las dificultades, obstáculos y la exigente demanda que implica el cuidado informal dentro del entorno familiar, y me ha sensibilizado sobre la importancia de estudiar y dar visibilidad a esta situación, que afecta a cada vez más familias en nuestro país y que, a pesar de su importancia, sigue siendo una labor poco reconocida social y políticamente.

Los objetivos que pretendo conseguir con este trabajo son, en primer lugar, analizar tanto la situación de los cuidados informales en España, identificando el perfil y características de los cuidadores, como la atención que prestan a las personas dependientes. Por otro lado, evaluar el impacto que el cuidado informal tiene sobre la

salud física y mental de las personas cuidadoras, haciendo hincapié tanto en las diferencias de género como en las consecuencias que supone para su calidad de vida. También, investigar las dificultades y retos a los que se enfrentan los cuidadores informales, como la conciliación entre el cuidado con otras responsabilidades, las implicaciones económicas y el acceso a diferentes recursos. Por último, concienciar sobre la necesidad de implementar políticas públicas que reconozcan y apoyen el trabajo de los cuidadores informales, que ayuden a la sensibilización social y que propongan posibles actuaciones de mejora. Este trabajo pretende contribuir a la comprensión y a la visibilización de una realidad social que nos afecta a todos, directa o indirectamente, y promover un mayor reconocimiento y apoyo a quienes dedican su tiempo y esfuerzo al cuidado de personas en situación de dependencia.

En cuanto al sistema de recogida de la información y metodología, el estudio se ha realizado en dos fases, la primera tiene como objetivo localizar los hogares en los que viven personas con discapacidad y/o niños con limitaciones. En esta primera fase se establecieron tres métodos de recogida, en primer lugar, el cuestionario electrónico que tenía que ser cumplimentado por el informante en la siguiente dirección www.iria.ine.es. Si el entrevistado no respondía a este cuestionario, los entrevistadores pasaban a realizar una entrevista personal de forma telefónica y asistida por ordenador. Por último, si ninguna de las dos opciones anteriores daba resultado, los datos se recogían a través de un cuestionario en papel que se enviaba por correo postal a las viviendas. En esta primera fase, si la persona a la que se entrevistaba mostraba tener mucha dificultad o no podía realizar alguna tarea, se le considera persona con discapacidad y, por tanto, pasaba a ser investigada en la segunda fase. Por otra parte, la segunda fase pretende obtener información más detallada sobre la persona con discapacidad, no solo aquella relacionada con su estado de salud y la deficiencia que ha originado su discapacidad, sino también sobre la necesidad de ayudas o prestaciones sociales. Los métodos de recogida utilizados en esta fase son, la visita personal que consistía en una entrevista personal realizada por un agente, pero la situación que atravesábamos debida al COVID complicaba el hecho de que un entrevistador visitara directamente a la persona como se hacía en las entrevistas previas a la pandemia, por lo que se tuvieron que adaptar y llevar a cabo una forma de recogida ya realizada durante la primera fase, la entrevista telefónica.

2. CONTEXTO DE LA ENCUESTA

2.1 Concepto de Discapacidad a efectos de la EDAD

Las siglas EDAD, hacen referencia a la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia, elaborada por el INE (Instituto Nacional de Estadística). La primera encuesta de este tipo que se elaboró en nuestro país tuvo lugar en el año 2008, sin embargo, el estudio se va a centrar en una posterior, la que se realizó en el año 2020. El concepto de discapacidad, tanto en la EDAD 2008 como en la EDAD 2020, se basa en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud (CIF) pero con ligeras diferencias. Para la CIF, el término discapacidad engloba el conjunto de deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, mientras que para la EDAD la discapacidad se asocia con “limitaciones importantes para realizar actividades de la vida diaria que hayan durado o se prevea que vayan a durar más de un año y tengan su origen en una deficiencia, enfermedad/es o problema/s de salud”. Como he mencionado anteriormente, el estudio de las personas con discapacidad y sus cuidadores se lleva a cabo a través de una encuesta elaborada por el INE entre 2020 y 2021 y es la encuesta que voy a utilizar para realizar el estudio. Esta encuesta, que está dirigida a los hogares, se centra solo en la población de 6 y más años, ya que para los niños de entre 2 y 5 años no se considera discapacidad, sino limitación, debido a que el pronóstico de evolución es todavía incierto.

2.2 Concepto de cuidados informales

Se definen como la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares u otras personas del entorno cercano, sin recibir una remuneración económica profesional por ello. A pesar de suponer una importante contribución social, esta actividad carece de reconocimiento, está infravalorada tanto social como económicamente, fuertemente feminizada y ligada al ámbito doméstico. Aunque en muchos países europeos, las necesidades de las personas dependientes se cubren en gran medida mediante cuidados informales, España se encuentra entre los primeros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en cuanto a frecuencia e intensidad de estos cuidados. Esta situación se explica, en parte, por la falta de políticas de apoyo y por actitudes culturales y sociales. (Lozano, 2017)

2.3 Ámbitos de investigación

Los ámbitos de investigación de la encuesta son tres y se pueden clasificar de la siguiente manera. En primer lugar, el ámbito poblacional se refiere al conjunto de individuos a los que está dirigida la investigación. En este caso, la población objetivo está compuesta por personas que residen en viviendas familiares principales, divididas en dos grupos de edad: por un lado, los niños de 2 a 5 años, de los cuales solo se investiga a aquellos que presentan alguna limitación y que, por tanto, no vamos a analizar y, por otro lado, las personas de 6 años o más. En este último grupo, el estudio se centra en quienes tienen alguna discapacidad y, por tanto, requieren que una persona de su entorno les preste algún tipo de cuidado. Únicamente este último grupo será el objeto de estudio. En segundo lugar, el ámbito geográfico que abarca todo el territorio nacional y, por último, el ámbito temporal que se corresponde al periodo en el que se recopilaban los datos. Los datos se obtuvieron en dos fases, la Fase 1 que tuvo lugar entre agosto de 2020 y enero de 2021, y la Fase 2, que se desarrolló entre abril y octubre de 2021. Cabe destacar que ambas fases se llevaron a cabo durante la pandemia de COVID, lo que provocó que se experimentasen ligeros cambios los métodos de recogida de los datos.

3. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra es el conjunto de personas dependientes a las que se ha realizado la entrevista. Por su parte, algunos de ellos han indicado que tienen una persona, que vive con ellos y no es empleado, sino alguien de su familia o entorno cercano, que es su cuidador principal. Este es el conjunto de personas sobre el que se realiza el estudio. Hay un total de 3587 personas cuidadoras, de las cuales el 64% eran mujeres y el 36% restante, hombres. La gran mayoría, el 94%, tiene nacionalidad española frente al 4%, que son extranjeros, y el 2%, con nacionalidad tanto española como extranjera.

La mitad de los cuidadores principales entrevistados se encuentra en el grupo de edad intermedio, comprendido entre los 45 y 64 años; otro 15% corresponde al rango más joven, que incluye personas de entre 16 y 44 años. Por último, el elevado porcentaje restante, un 35%, corresponde a personas de 65 y más años que cuidan a familiares con algún tipo de discapacidad. Por otro lado, la relación de parentesco más habitual entre el cuidador y la persona dependiente a la que atiende es, en primer lugar, la de

marido, mujer o pareja, con un 45%. Le siguen los hijos que cuidan de sus padres, con un 32%; después, los padres que cuidan de sus hijos con un 15%; y, por último, el 8% restante, corresponde a otros familiares. En lo que respecta a las posibles limitaciones que pueden presentar las personas que prestan cuidados, el 80% asegura no tener ninguna limitación, pero el 20% restante sí. Dentro de estos, el 16% de los cuidadores declara estar limitado, pero no gravemente y solo el 4% presenta graves limitaciones. En cuanto al nivel de ingresos por hogar, el 2% ha declarado no tener ninguna fuente de ingresos y el 6% posee unos ingresos inferiores a 650 euros mensuales. Por otro lado, más de la mitad de los hogares entrevistados dice percibir una renta comprendida entre 650 y 2000 euros mensuales. De ellos, el 24% está entre los 650 y 1150 euros y el 37% entre los 1150 y los 2000 euros al mes. Un porcentaje considerable, el 20%, ingresa entre 2000 y 3000 euros al mes y el 6% entre 3000 y 3900. Solo el 5% restante percibe más de 3900 euros mensuales. Es necesario destacar que las personas que prestan los cuidados son cuidadores informales, es decir, cuidan de familiares sin recibir una remuneración formal por ello. Respecto al nivel de estudios de los cuidadores, el 2% afirma no saber leer ni escribir, el 13% tiene los estudios primarios incompletos, mientras que un 22% ha finalizado este tipo de estudios. Por otro lado, el 35% cuenta con estudios secundarios (ESO y Bachiller), un 13% ha realizado grados medios o superiores, y, por último, el 15% alcanza el nivel más alto, es decir, estudios universitarios.

También es necesario destacar el caso de los enfermos crónicos y el impacto que esto supone para las parejas de quienes sufren este tipo de enfermedades. Aunque en el pasado los estudios sobre la calidad de vida se centraban exclusivamente en los cambios que experimentaban los pacientes, con el paso del tiempo se ha empezado a prestar cada vez más atención al impacto de las enfermedades crónicas en los cuidadores. Como consecuencia de los diversos cambios introducidos en las prácticas médicas, que han supuesto notables mejoras en el campo sanitario, la estancia hospitalaria se ha reducido y la supervivencia ha aumentado. Esto ha incrementado sustancialmente la carga que soportan los cuidadores, la mayoría de los cuales son parejas. La mayoría de los estudios que evalúan el impacto de las enfermedades crónicas en la pareja o cuidador coinciden en que la carga de cuidados parece mermar la calidad de vida de los cuidadores, además de empeorar la salud tanto física como

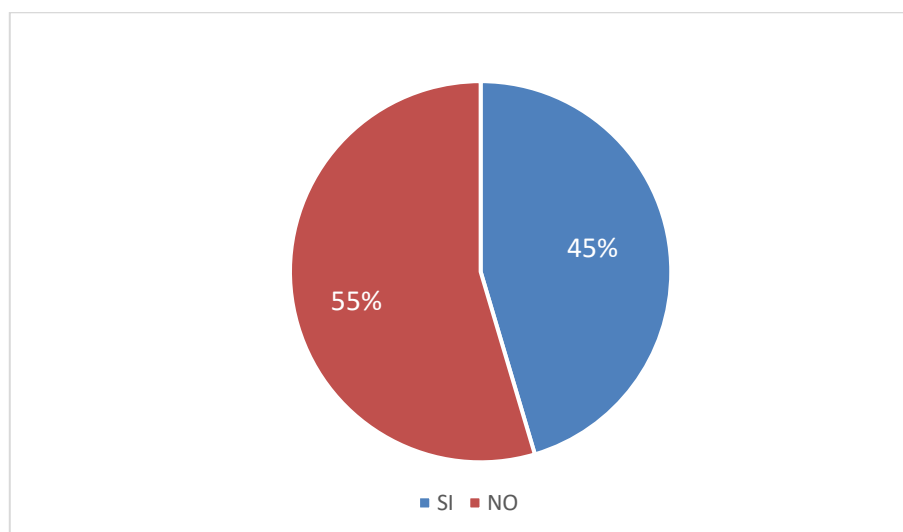
mental y afectar a la vida social, ya que puede generar sentimientos de aislamiento. También puede suponer dificultades para compaginar el papel de cuidador con otras responsabilidades, como el cuidado de la familia y aumentar el estrés, la ansiedad y la depresión, además de tener grandes implicaciones económicas. Sin duda, el hallazgo más llamativo de la investigación es la tendencia a que la calidad de vida de la pareja sea peor que la del propio paciente y que, en muchos casos, las parejas presenten mayor malestar psicológico que los pacientes. Sin embargo, las consecuencias del cuidado no son exclusivamente negativas. Muchos estudios han identificado aspectos positivos como el aumento de la autoestima, el orgullo, la gratificación, la sensación de estar más cerca de sus parejas e, indirectamente, el posible aumento de la calidad de vida global. (Rees et al., 2001)

4. ANÁLISIS EN RELACIÓN CON LA SALUD

4.1 Deterioro de la salud de los cuidadores en función del género

El gráfico que aparece a continuación muestra el impacto que la prestación de cuidados tiene sobre el conjunto de cuidadores informales, y cómo su salud puede verse afectada o deteriorada al desempeñar esta tarea.

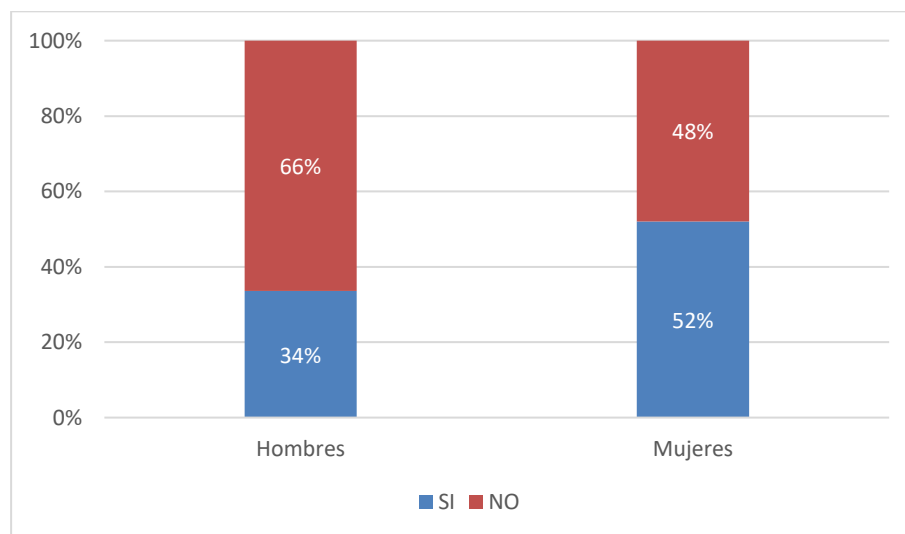
Gráfico 1. Deterioro de la salud de los cuidadores



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

Como podemos observar, un 45% de las personas cuidadoras ha afirmado que su salud se ha deteriorado desde que prestan cuidados, lo que representa casi la mitad del total de cuidadores. Por otro lado, el 55% ha indicado no haber experimentado un deterioro o empeoramiento. Aun así, el porcentaje que sí ha visto afectada su salud es bastante elevado y podría ser el indicio de un problema: cuidar de otra persona puede tener consecuencias muy negativas para la salud tanto física como mental de quienes lo hacen. Realizando ahora un análisis por sexos, en el siguiente gráfico podemos observar la notable diferencia que existe entre hombres y mujeres.

Gráfico 1.1. Deterioro de la salud de los cuidadores por género



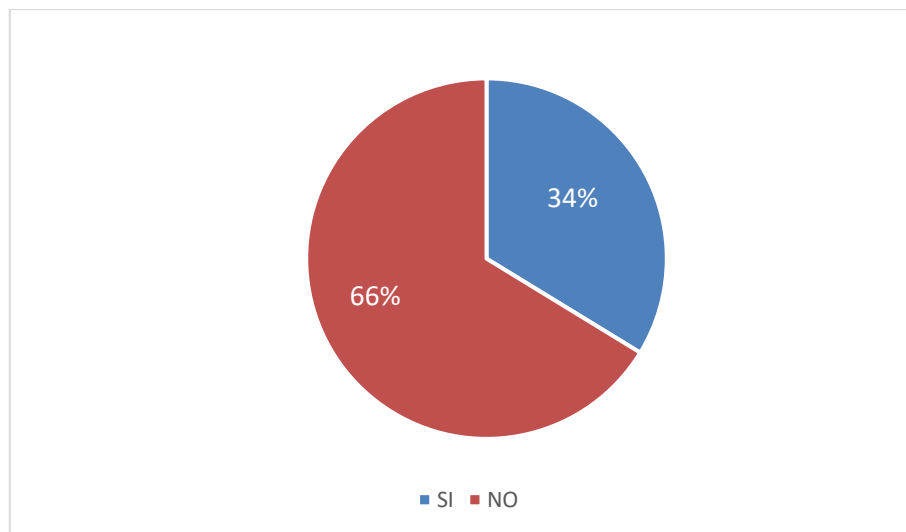
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

Por un lado, más de la mitad de las mujeres (52%) afirma que su salud ha empeorado desde que cuidan de algún familiar dependiente, mientras que el 48% restante no ha percibido un deterioro en su estado de salud. En el caso de los hombres se produce la situación inversa ya que un elevado porcentaje, el 66%, asegura no haber notado un deterioro en su salud desde que prestan cuidados a una persona dependiente. Solo el 34% restante ha percibido un empeoramiento en su estado de salud. Por tanto, no se trata solo de una diferencia de porcentajes entre quienes dicen que sí y quienes dicen que no, sino de que la realidad es, literalmente, la inversa entre ambos sexos.

También podemos analizar si las personas cuidadoras se sienten o no deprimidas a raíz de empezar a ejercer como cuidadores informales. El siguiente gráfico muestra que, como ocurría con el deterioro de la salud de los cuidadores, el porcentaje de personas

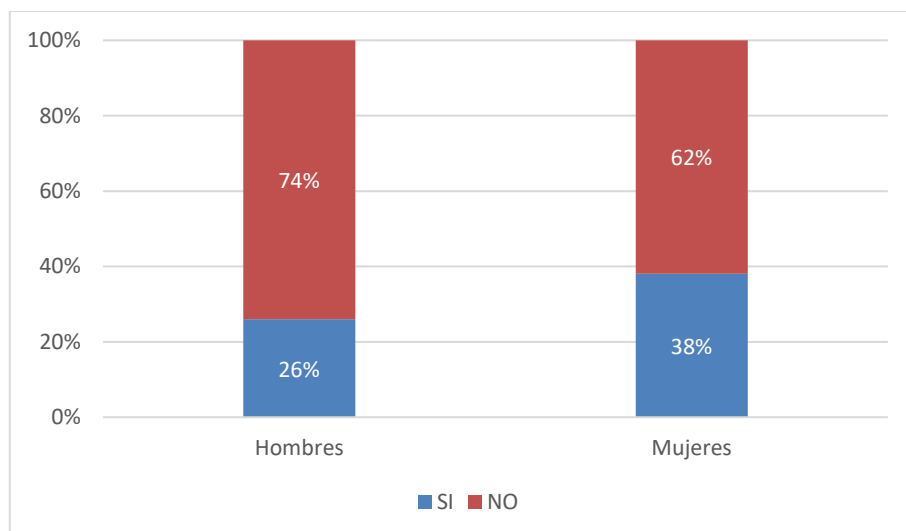
que afirman no sentirse deprimidas como consecuencia de la prestación de cuidados es superior al de quienes declaran que sí, un 66% que asegura no sentirse deprimido. En este caso, aunque la situación es similar a la observada anteriormente, la diferencia es más pronunciada, siendo el porcentaje de personas que dicen que sí inferior al del caso previo. Con esto, se puede concluir, que la depresión es un problema relevante, pero no mayoritario, entre quienes ofrecen cuidados.

Gráfico 2. Las personas cuidadoras se sienten deprimidas



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

Gráfico 2.1. Las personas cuidadoras se sienten deprimidas: diferenciación por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

Analizando el gráfico 2.1 se observa que, a diferencia de lo que ocurriría en el deterioro de la salud, ambos sexos coinciden en su respuesta: la mayoría, tanto de hombres como de mujeres, asegura no sentirse deprimida como consecuencia de la prestación de cuidados. Entre los hombres, el 26% ha declarado que se siente deprimido, mientras que en el caso de las mujeres, la cifra asciende hasta alcanzar el 38%. En ambos casos, ya sea al preguntarles si habían percibido un deterioro en su salud o si se habían sentido deprimidos como consecuencia de brindar cuidados, los porcentajes de mujeres que afirman que sí, son mayores que en los hombres.

Estudios sobre las desigualdades de género en el deterioro de salud analizan las diferencias en las características del cuidado que prestan mujeres y hombres a personas dependientes, así como su asociación con la percepción del deterioro de la salud como consecuencia de cuidar. Además, se ha observado que el cuidado informal se relaciona con niveles más altos de estrés y síntomas de depresión, menor bienestar subjetivo y peor salud física. Estos estudios corroboran los datos que he obtenido sobre las diferencias de género. (Abajo et al., 2016)

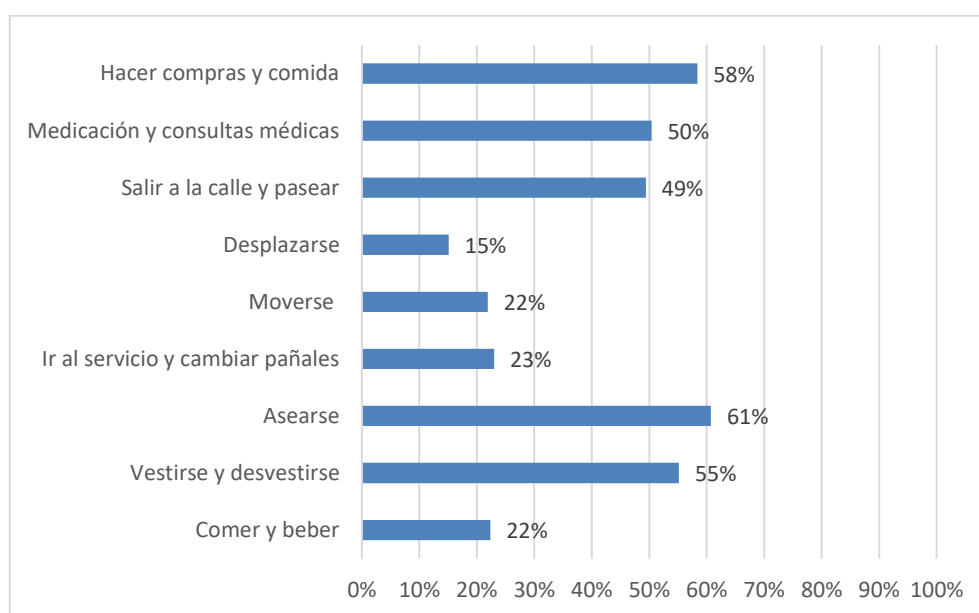
Las causas que se han apuntado en la literatura para explicar este mayor deterioro en la salud de las mujeres son principalmente dos. Por un lado, la mayor intensidad de los cuidados que prestan, ya que, aunque es un factor de riesgo para ambos sexos, en las mujeres se suman la frecuencia y la duración del cuidado. Por otro lado, el tipo de tareas que realizan, ya que las mujeres asumen con más frecuencia actividades que están relacionadas con la asistencia personal de los enfermos y que requieren un mayor esfuerzo, mientras que los hombres suelen encargarse de tareas más ligeras y llevaderas que resultan protectoras para la percepción del deterioro de la salud. (Abajo et al., 2016)

En conclusión, el mayor deterioro de la salud que perciben las mujeres cuidadoras está estrechamente relacionado con las desigualdades de género en las características del cuidado. Los resultados confirman que el cuidado de personas dependientes sigue siendo un trabajo altamente feminizado, donde las mujeres asumen la mayor parte de las responsabilidades y realizan tareas más intensas y físicamente exigentes, como la atención personal y las actividades básicas de la vida diaria, que incrementan el riesgo de sufrir un deterioro en su salud. Por el contrario, los hombres presentan en menor medida este deterioro, ya que suelen dedicarse a tareas relacionadas con el ámbito

público, que actúan como factor protector. Esto evidencia que la distribución desigual de las cargas de cuidado es un factor clave en las diferencias de salud entre ambos sexos y sugiere que una mayor implicación masculina en las tareas podría contribuir a un reparto más equitativo y, con ello, a la reducción de las desigualdades de salud asociadas al género.

Las tareas más comunes que realizan los cuidadores aparecen representadas en el siguiente gráfico.

Gráfico 3. Tareas que realizan los cuidadores

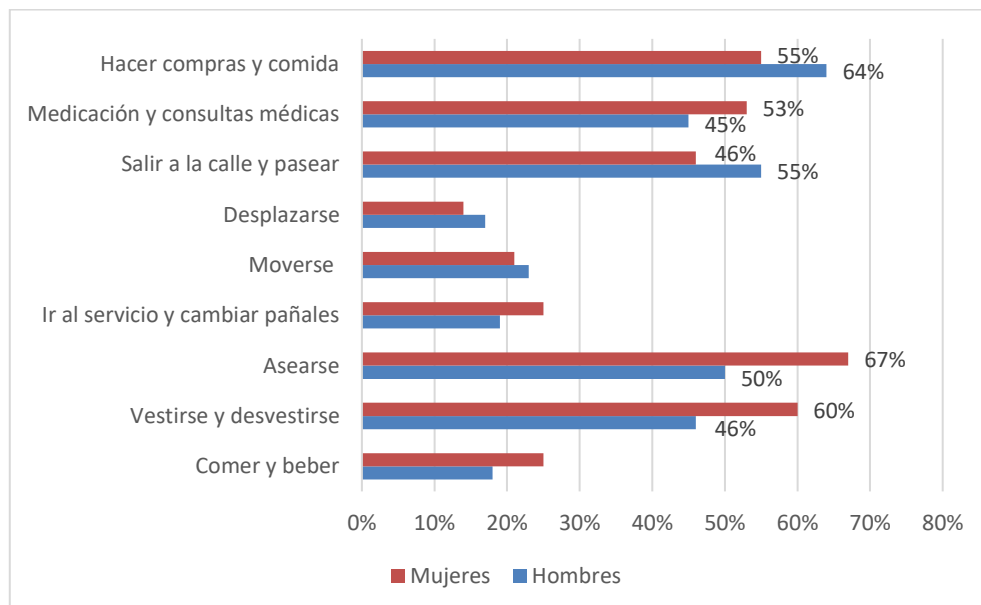


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

Las tareas que tienen que desempeñar los cuidadores son actividades cotidianas, que cada uno de nosotros realizamos diariamente, pero que, en el caso de una persona dependiente, no puede llevar a cabo por sí misma. Como se puede ver en el gráfico, las actividades más frecuentes que realizan los cuidadores son, en primer lugar, el aseo o apoyo a la higiene personal (61%), hacer la compra y preparar la comida (58%), ayudar a la persona con discapacidad a vestirse y desvestirse (55%), administrar la medicación y acompañar al médico cuando sea necesario (50%) y por último, salir a la calle y pasear (49%). Entre las tareas menos habituales se encuentran, llevar a la persona al baño y cambio de pañales (23%), dar de comer y de beber, así como mover o cambiar de posición a la persona (ambas con un 22%) y en último lugar, ayuda para desplazarse

(15%). A continuación veremos que, al realizar la disgregación por sexos la situación varía con respecto a la inicial ya que las tareas que realizan con más frecuencia las mujeres siguen un orden muy similar al de la situación previa a la disgregación, sin embargo, en el caso de los hombres, este orden no coincide. Entre las mujeres, las tareas más frecuentes son el apoyo a la higiene personal y el aseo (67%), ayuda para vestirse y desvestirse (60%), hacer la compra y la comida (55%), dar la medicación y acompañar a las consultas médicas (53%) y por último, salir a la calle y pasear (46%). Entre los hombres el orden sería el siguiente: hacer la compra y la comida (64%), salir a la calle y pasear (55%), realizar el aseo (50%), ayuda para vestirse y desvestirse (46%) y en último lugar, dar la medicación y acudir a las consultas médicas (45%)

Gráfico 3.1. Tareas que realizan los cuidadores: diferenciación por sexos



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

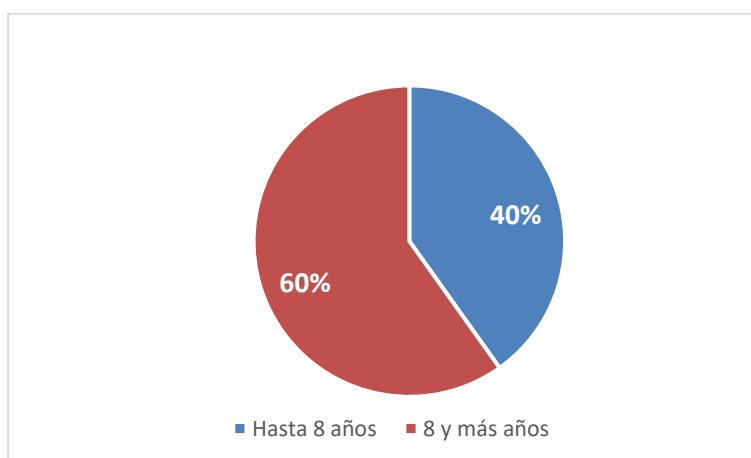
Como he señalado previamente, el estudio de Abajo et al. (2016) evidencia que las mujeres asumen mayoritariamente tareas de asistencia personal, como realizar el aseo y ayuda para vestirse y desvestirse. Por otro lado, los hombres tienden a encargarse en mayor medida de los cuidados fuera del hogar, como hacer la compra y la comida, salir a la calle y pasear y acompañar al médico. Las mayores diferencias de género se observan en el aseo personal (realizado mayoritariamente por mujeres) y en las tareas fuera del hogar (más frecuentes entre los hombres). No obstante, al comparar estos

resultados con mis propios datos, se aprecian ciertas diferencias en dos casos concretos. En primer lugar, en mi muestra, ayudar a dar de comer es una de las tareas que las mujeres realizan con menor frecuencia, a diferencia de lo que se obtiene en el estudio. Por otro lado, las tareas de movilidad física dentro del hogar, que en el estudio se atribuyen principalmente a los hombres, aparecen entre las menos habituales para ellos en mis datos.

4.2 Deterioro de la salud de los cuidadores en función de los años que lleva prestando cuidados

El gráfico que aparece a continuación muestra el número de años que las personas cuidadoras llevan dedicándose a la prestación de cuidados. Como se puede observar, por un lado están quienes llevan hasta ocho años desempeñando la labor de cuidador, lo que representa el 40% del total; por otro lado, se encuentran quienes llevan ocho o más años, con el porcentaje mayor, el 60% restante. Al realizar la disagregación por sexos en esta variable, se puede concluir que la situación es similar entre hombres y mujeres.

Gráfico 4. Tiempo que llevan prestando cuidados los cuidadores

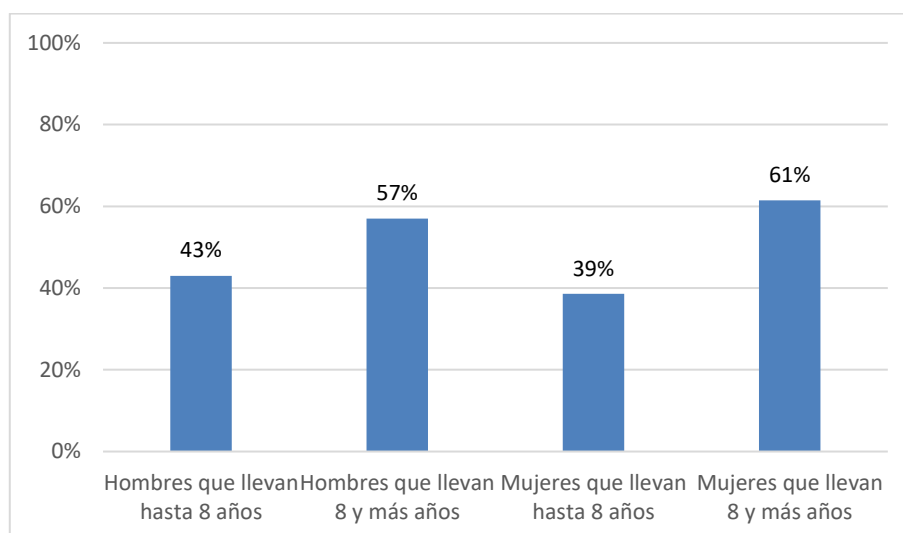


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

Según el gráfico 4.1, el 43% de los hombres lleva hasta ocho años prestando cuidados, mientras que el 57% restante alcanza o supera los ocho años. En el caso de las mujeres, el porcentaje de quienes llevan ocho o más años brindando cuidados es ligeramente superior, con un 61% frente al 39% que lleva hasta ocho años como

máximo. El hecho de que el porcentaje de mujeres sea más similar al global se explica porque en la encuesta participan más mujeres que hombres, lo que condiciona el resultado hacia el lado femenino.

Gráfico 4.1. Años que llevan prestando cuidados los hombres y mujeres cuidadores



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

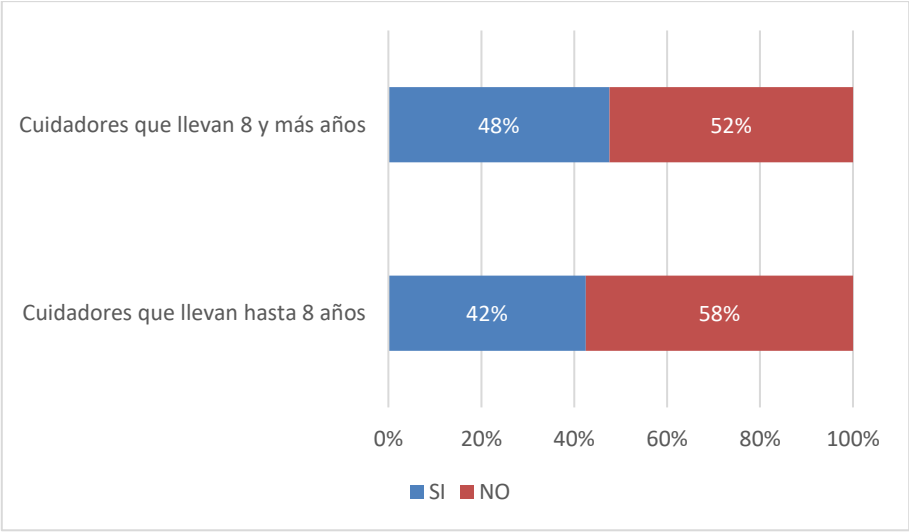
Los gráficos que se presentan a continuación muestran cómo se va deteriorando la salud de los cuidadores: primero se analiza el grupo en conjunto y, después, diferenciando por género, en función del tiempo que llevan brindando cuidados (hasta ocho años y, por otro lado, ocho o más años).

En la primera figura se puede apreciar que, al aumentar los años de cuidado, el porcentaje de cuidadores que han visto cómo su salud se ha deteriorado es ligeramente superior al de quienes llevan menos tiempo. Así, el 42% de quienes llevan hasta ocho años ofreciendo sus cuidados, ha contestado que su salud sí ha experimentado un deterioro, mientras que entre las personas que alcanzan o superan los ocho años, la proporción ha aumentado ligeramente, situándose en el 48%.

En la segunda figura, al realizar la separación por sexos, se puede observar la gran diferencia que existe entre hombres y mujeres. Por un lado, un porcentaje mucho menor de hombres considera que su salud se ha visto deteriorada en ambos casos: tanto entre quienes llevan hasta ocho años, donde el 29% ha respondido que sí, como entre quienes llevan ocho años o más, en cuyo caso la proporción de hombres que considera que sí aumenta hasta el 37%. En el caso de las mujeres, más de la mitad

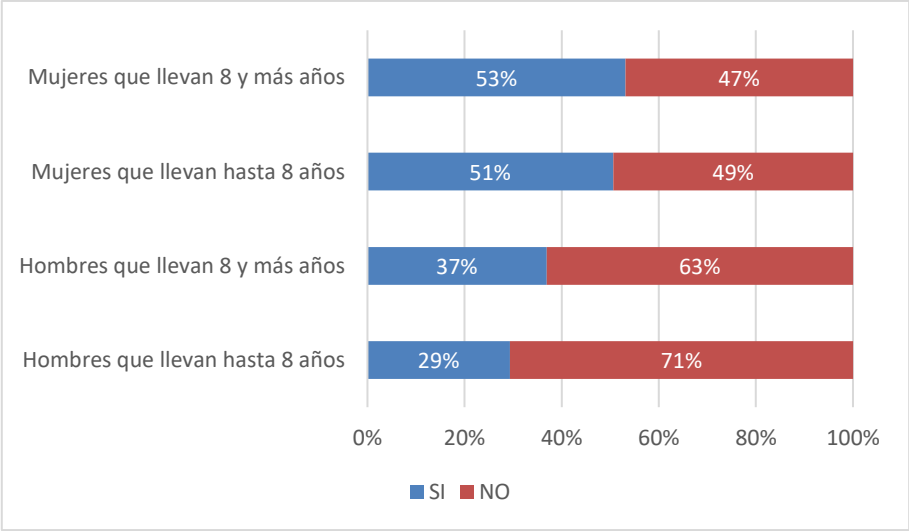
considera que su salud ha sufrido un deterioro en ambas situaciones, ya que tanto el 51% de las que llevan hasta ocho años prestando cuidados y el 53% de las que lo hacen desde hace ocho o más años, han respondido afirmativamente.

Gráfico 5. Deterioro de la salud de los cuidadores en función del tiempo que llevan prestando cuidados



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

Gráfico 5.1. Deterioro de la salud de los cuidadores por sexo en función del tiempo que llevan prestando cuidados



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

En cuanto al deterioro que experimentan los cuidadores en su salud, diversos autores como Marco et al., (2010) o Zepeda-Álvarez y Muñoz-Mendoza (2019), entre otros, han realizado investigaciones sobre esta materia y se ha demostrado que, a medida que aumentan los años dedicados al cuidado, el desgaste físico y mental que experimentan los cuidadores se incrementa, lo que supone un deterioro progresivo de su salud y calidad de vida. Este deterioro está relacionado tanto con el tiempo que dedican a cuidar como con la sobrecarga que acumulan, lo que incrementa el riesgo de problemas físicos, emocionales y sociales especialmente cuando se prolonga en el tiempo. Esta realidad se refleja en mis datos, donde la percepción del deterioro de salud aumenta ligeramente con los años: un 42% para los cuidadores que llevan hasta ocho años y un 48% para aquellos que llevan ocho años o más.

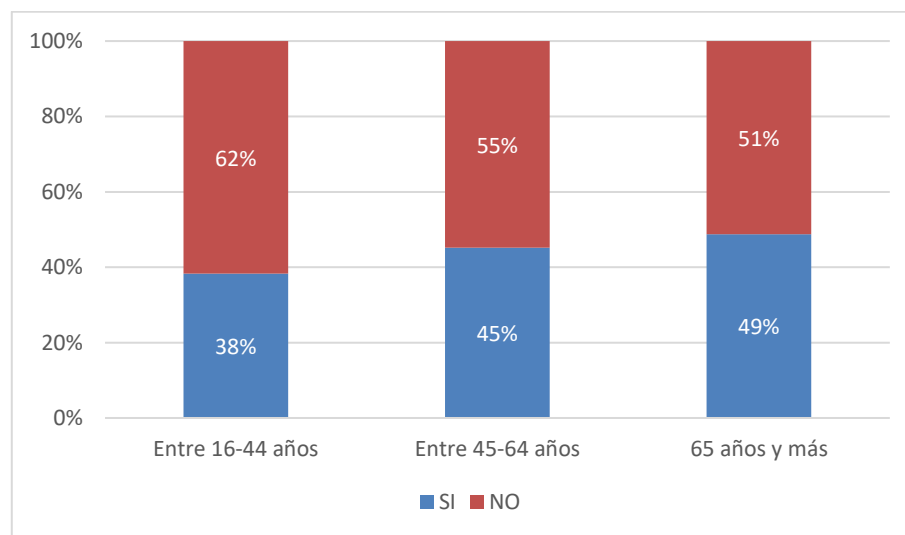
Por otro lado, el hecho de que las mujeres experimenten un mayor deterioro en su salud que los hombres, tanto si llevan hasta ocho años prestando cuidados como si los superan, se debe a la mayor intensidad de los cuidados que prestan y, al mayor tiempo que dedican a esta labor, en comparación con los hombres. Esta situación genera una sobrecarga considerable para ellas, ya que el principal factor que la determina es precisamente el tiempo dedicado al cuidado. Por ello, las mujeres que han acumulado más años en esta tarea son las que con mayor frecuencia afirman sufrir dicha sobrecarga. (Abajo et al., 2016 y Molina-Martín et al., 2024)

4.3 Deterioro de la salud de los cuidadores en función de la edad

Diferenciando primero los rangos de edad en función del género, encontramos que entre las mujeres cuidadoras, el 15% tiene una edad comprendida entre los 16-44 años; más de la mitad (52%) se sitúa entre los 45 y 64 años, y, por último, un 33%, porcentaje bastante elevado, corresponde a mujeres de 65 años y más. En el caso de los hombres, la situación es similar: el 16% de ellos tiene entre 16 y 44 años, el 45% se encuentra en el rango comprendido entre los 45 y 64 años y el 39% restante tienen a partir de 65 años. Como se puede observar, en ambos casos, tanto para hombres como para mujeres, más del 30% tienen 65 o más años, por lo que nos encontramos ante una situación de personas mayores cuidando a otras personas mayores.

El gráfico 6 muestra cómo se deteriora la salud de los cuidadores en función de los diferentes grupos de edad. En el primer grupo se encuentran las personas cuidadoras comprendidas entre los 16 y 44 años. Este es el grupo más joven y también aquel en el que menos personas perciben que su salud se ha deteriorado al prestar cuidados ya que, un 62% opina que su salud no ha experimentado un deterioro. A medida que aumenta la edad, se observa cómo el porcentaje de cuidadores que aseguran que su salud se ha visto deteriorada como consecuencia de la prestación de cuidados también se incrementa. Para el grupo intermedio, comprendido entre los 45 y 64 años, el porcentaje de cuidadores que han declarado que su salud se ha deteriorado sube un 7% respecto al grupo anterior, alcanzando así el 45%. En el último grupo, formado por personas de 65 y más años, el porcentaje asciende a un 49%, lo que supone un incremento del 11% respecto al grupo más joven.

Gráfico 6. Deterioro de la salud de los cuidadores en función de la edad



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

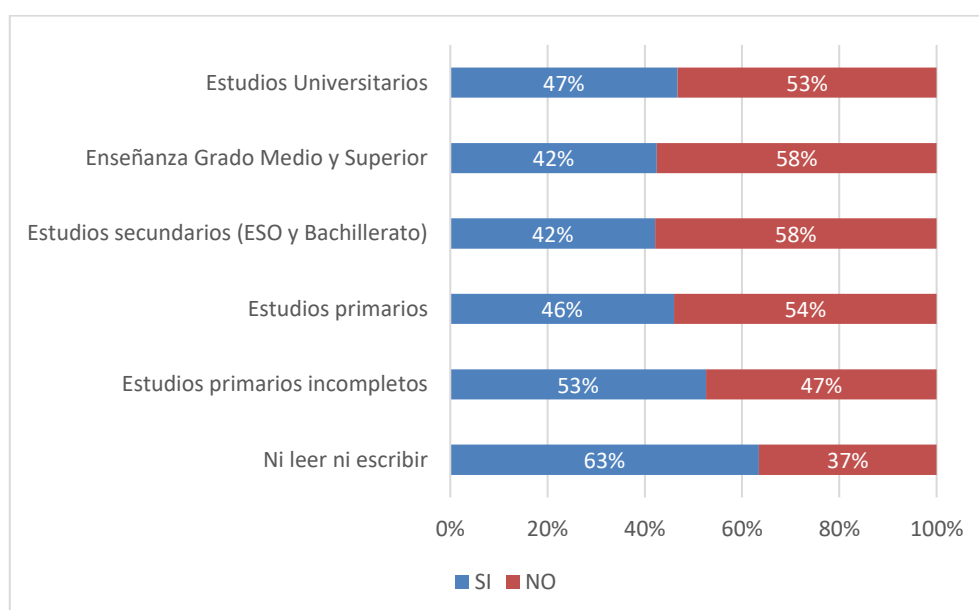
En relación con el deterioro de la salud, resulta lógico pensar que, a medida que aumenta la edad de los cuidadores, también se incrementa el deterioro que experimentan debido a la carga física y psicológica acumulada a lo largo de los años de cuidado. El envejecimiento, en general, está asociado con la aparición de diversos problemas de salud, lo que dificulta aún más sobrellevar el esfuerzo físico y emocional que implica el cuidado. A esto se suman los posibles efectos negativos derivados de la prestación de cuidados durante un tiempo prolongado, como el estrés, la ansiedad, la

depresión y el cansancio. Por tanto, la acumulación de años dedicados al cuidado, junto con el propio proceso de envejecimiento, incrementa la sobrecarga y el deterioro global en la salud de los cuidadores.

4.4 Deterioro de la salud de los cuidadores en función del nivel de estudios

El gráfico que aparece a continuación muestra el deterioro de la salud de los cuidadores en relación con su nivel de estudios. A simple vista, se observa que, a medida que aumenta el nivel de estudios y, por tanto, la cualificación, el porcentaje de personas que manifiestan haber visto deteriorada su salud va disminuyendo, con una única excepción: los cuidadores con estudios universitarios.

Gráfico 7. Deterioro de la salud de los cuidadores en función del nivel de estudios



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

En primer lugar, el 63% de las personas que no saben leer ni escribir declara que su salud se ha deteriorado. Este grupo es el más afectado, ya que presenta el porcentaje más alto de todos. En segundo y tercer lugar se encuentran los cuidadores con estudios primarios incompletos y con estudios primarios terminados, cuyo deterioro disminuye 10 y 17 puntos porcentuales, respectivamente, en relación con el nivel anterior. Así, el 53% de los cuidadores con estudios primarios incompletos y el 46% de aquellos que tienen los estudios primarios terminados, aseguran que su salud se ha

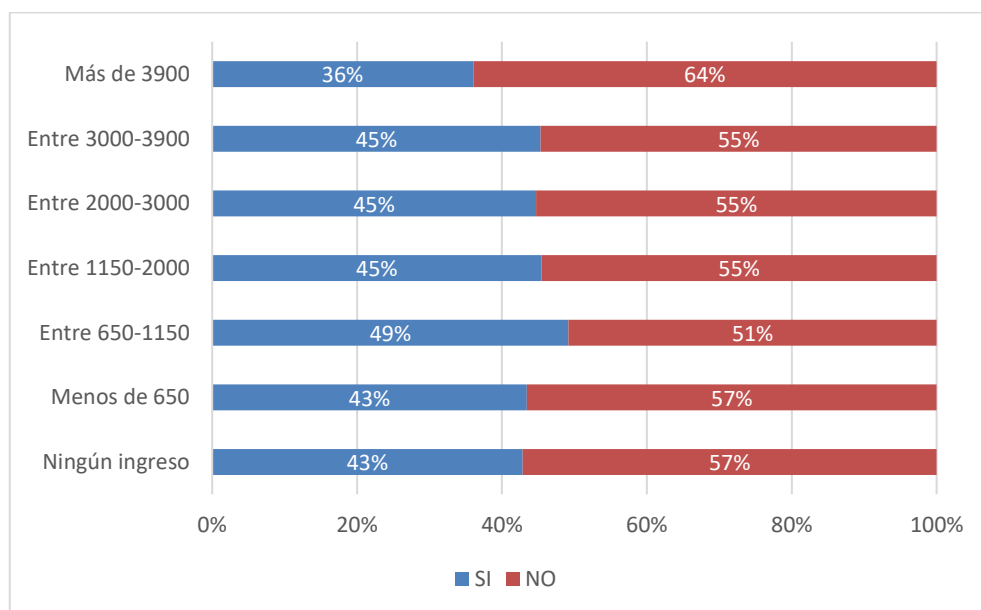
deteriorado como consecuencia de la prestación de cuidados. Por otro lado, los cuidadores con estudios secundarios (ESO y Bachillerato) y aquellos con formación de Grado Medio y Superior presentan los mismos datos: en ambos casos, el 42% asegura haber sufrido un deterioro en su salud. Este es el porcentaje más bajo de todos los grupos y, por tanto, el que menos deterioro ha sufrido como consecuencia derivada de la prestación de cuidados. Por último, y, como se mencionó anteriormente, el caso de los cuidadores con estudios universitarios es una excepción, ya que, a diferencia de los demás grupos, el porcentaje vuelve a subir ligeramente, un 5% con respecto al nivel anterior, situándose en un 47% aquellos que afirman que su salud se ha deteriorado.

Para intentar explicar cómo influye el nivel educativo en el deterioro de la salud de los cuidadores, diversos estudios hacen referencia a la sobrecarga que estos experimentan, ya que está directamente relacionada con el deterioro. Cuanto mayor es la sobrecarga acumulada a lo largo del tiempo, mayor será el deterioro en la salud del cuidador. Al comparar mis datos con los obtenidos por un estudio realizado por la Universidad de Deusto que relaciona el nivel de sobrecarga con los años de escolaridad, se puede comprobar que ambos presentan la misma particularidad: la sobrecarga y, por tanto, el deterioro, son mayores en los cuidadores con menor nivel educativo. Este deterioro va disminuyendo a medida que aumenta el nivel de estudios, con la excepción de aquellos con estudios universitarios o superiores ya que, en este caso el deterioro vuelve a incrementarse. Una de las hipótesis que lo explican, es que los cuidadores informales con un mayor nivel educativo disponen de más recursos y estrategias para afrontar y gestionar la situación de cuidados y, como resultado, perciben una menor sobrecarga. Sin embargo, en el caso de los cuidadores con el nivel educativo más alto, la mayor sobrecarga puede estar relacionada con el miedo a perder la realización personal y la autonomía, además, diversas variables culturales y de tolerancia al estrés pueden contribuir también a explicar este hecho. Por otro lado, los resultados de otro estudio muestran que los cuidadores, independientemente del nivel de estudios, se sentían a menudo más agobiados mentalmente que físicamente. Sin embargo, aquellos con mayor nivel educativo no tenían menos probabilidades de sentirse agobiados físicamente que aquellos con un nivel educativo más bajo, aunque sí tenían más probabilidades de sentirse agobiados mentalmente. (Oedekoven, 2019)

4.5 Deterioro de la salud de los cuidadores en función del nivel de ingresos mensuales del hogar

Como se observa en el gráfico 8, los diferentes niveles de ingresos aparecen agrupados, de menor a mayor, situándose los ingresos más bajos en la parte inferior y los más altos en la superior. Se va a analizar, por tanto, cómo se deteriora la salud de los cuidadores en función de si los ingresos mensuales que entran en el hogar son mayores o menores.

Gráfico 8. Deterioro de la salud de los cuidadores en función del nivel de ingresos



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

En primer lugar, los hogares que no tienen ninguna fuente de ingresos o que tienen, pero es inferior a 650 euros mensuales presentan la misma situación: en ambos casos, un 43% de los cuidadores asegura haber experimentado un deterioro en su salud. Cabe destacar que, pese a tener ingresos muy bajos o nulos, presentan uno de los porcentajes de deterioro más bajo de todos. En el caso de los hogares con ingresos mensuales entre los 650 y 1.150 euros, la situación empeora ligeramente, ya que el porcentaje de personas cuidadoras que ha visto deteriorada su salud ha aumentado un 6%, alcanzando el 49%. Los hogares que tienen unos ingresos mensuales entre 1.150 y 2.000 euros, entre 2.000 y 3.000 o entre 3.000 y 3.900 euros pueden analizarse de forma conjunta, ya que el porcentaje de personas que declaran que su salud ha sufrido

un deterioro es, en los tres casos, el mismo. Así, un 45% de los cuidadores en hogares con ingresos entre los 1.150 y los 3.900 euros mensuales considera que su salud se ha deteriorado como consecuencia de la prestación de cuidados. Es necesario destacar que, para este escenario de renta, a medida que han ido aumentando los ingresos, el porcentaje de deterioro ha descendido respecto al escenario anterior. Por último, los hogares que superan los 3.900 euros mensuales son aquellos en los que los cuidadores presentan el porcentaje de deterioro más bajo: el 36%, afirma que su salud se ha deteriorado, un descenso más que significativo.

Un estudio realizado en Colombia que analiza la relación entre la sobrecarga y el nivel de ingresos en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer determinó que el 50% de los cuidadores de la muestra ganaba más del salario mínimo (que en 2025 equivale a 325 euros mensuales, pero en 2015, cuando se realizó el estudio, era de aproximadamente 110 euros mensuales), mientras que el 50% restante tenía unos ingresos iguales o inferiores al salario mínimo. Dentro del grupo de personas con ingresos iguales o inferiores al mínimo, la mitad presentaba una sobrecarga ausente o leve, y la otra mitad, una sobrecarga intensa. Sin embargo, entre aquellos que ganaban más del salario mínimo, solo el 32% presentaba sobrecarga intensa, lo que significa que el 68% restante, experimentaba una sobrecarga leve o ausente. (Córdoba et al., 2016)

Por lo general, las personas con mayores ingresos tienen mayores posibilidades de pagar los servicios de un cuidador formal, acceder a mejores opciones de tratamientos médicos para su familiar, entre otros beneficios. Esto podría contribuir a que experimenten una sobrecarga menos intensa en comparación con aquellos que tienen ingresos más bajos. Por este motivo, aunque los resultados del estudio indican que los niveles bajos de ingreso salarial no juegan un papel relevante en la sobrecarga de los cuidadores, para los niveles más altos la hipótesis cambia, ya que las rentas más elevadas sí afectan al deterioro y sobrecarga de los cuidadores, haciendo que ambos se reduzcan.

Algo similar se observó en otro estudio (Flores, Rivas y Seguel 2012), en el que, aunque la muestra sí presentó sobrecarga intensa y los cuidadores se caracterizaban por los ingresos bajos, que precisamente destinaban a la atención y mantenimiento del enfermo, no se pudo encontrar una relación directa entre las variables.

En mis datos, si se realiza una división tomando como referencia el SMI español (1.184 euros en 2025), se observa que aquellos hogares que perciben hasta 1150 euros mensuales presentan un deterioro muy similar al de quienes perciben más de esa cantidad, donde se incluye el salario mínimo. Solo en los hogares que perciben más de 3.900 euros mensuales, el deterioro se reduce aproximadamente un 10% respecto al resto de niveles. Por lo tanto, la diferencia entre los hogares que perciben más o menos renta es significativa para explicar el deterioro, pero solo a partir de un determinado nivel de renta, que se correspondería con el más elevado.

Para concluir, quiero señalar que, aunque el nivel de ingresos de los cuidadores informales no influye directamente en el deterioro de su salud, sí lo hace indirectamente, principalmente porque los ingresos bajos se asocian a una mayor carga de trabajo, menor acceso a apoyos y mayor riesgo de exclusión social y económica. La sobrecarga y el desgaste físico y emocional pueden presentarse en cuidadores de distintos niveles de ingreso, aunque la situación es más crítica en contextos de vulnerabilidad económica.

4.6 Deterioro de la salud de los cuidadores en función del tamaño del municipio

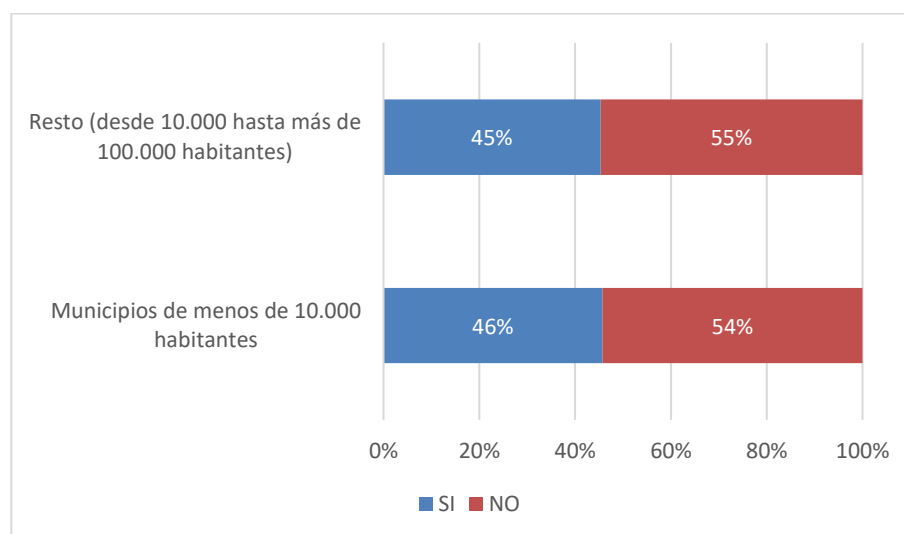
El gráfico 9 refleja la situación de deterioro en la salud de los cuidadores según el tamaño del municipio. Por un lado, se encuentran los municipios pequeños, de menos de 10.000 habitantes, y por otro, aquellos que van desde los 10.000 hasta más de 100.000 habitantes. En ambos casos, la tendencia es la misma ya que los datos son prácticamente idénticos. Así, para ambos grupos el porcentaje de cuidadores que declara que su salud se ha deteriorado desde que prestan cuidados es ligeramente inferior al de quienes piensan que no. En los municipios de menos de 10.000 habitantes, un 46% ha afirmado que su salud sí se ha deteriorado. Para el resto de los municipios, la variación es de solo un 1% respecto a los de menor tamaño, situándose en un 45% quienes han contestado que sí.

En un estudio sobre la sintomatología psicológica en los cuidadores informales en poblaciones rurales y urbanas de Extremadura, los resultados mostraron que no existen diferencias significativas entre ambos grupos en las variables relacionadas con el cuidado. (Madruga, 2016). Sin embargo, los cuidadores de ámbito urbano mostraron

mayores niveles de sintomatología psicológica que los de ámbito rural. Profundizando en las pequeñas diferencias psicológicas que se producen en ambos entornos, las repercusiones psíquicas más frecuentes en el ámbito rural son ansiedad, miedo y sentimiento de soledad, mientras que en el ámbito urbano predominan síntomas como la depresión y el sentimiento de culpa. De acuerdo con mis datos, las cifras de deterioro global, ya que no hago diferenciación entre deterioro físico o psicológico, tanto en el ámbito rural (municipios de menos de 10.000 habitantes) como en el urbano (a partir de 10.000 habitantes) son prácticamente idénticas, por lo que se puede concluir la diferencia tampoco es significativa en este caso.

Otro estudio a nivel nacional también analiza la influencia de la zona de residencia en las condiciones de los cuidadores, diferenciando entre hombres y mujeres. Aunque en este caso, consideran rurales los municipios de menos de 20.000 habitantes y urbanos de 20.000 habitantes o más, los resultados no varían. Entre las mujeres que viven en el medio rural, el 41% afirma haber sufrido un deterioro en su salud, mientras que para aquellas que residen en el medio urbano la cifra asciende ligeramente hasta el 46%. En el caso de los hombres, las cifras de deterioro se reducen considerablemente, siendo de del 24% en el entorno rural y del 27% en el urbano. Al igual que en mi análisis, el porcentaje de cuidadores que han experimentado un deterioro tanto en el ámbito rural como en el urbano es menor que quienes no lo han sufrido. (Gorlat-Sánchez et al., 2013)

Gráfico 9. Deterioro de la salud de los cuidadores en función del tamaño del municipio



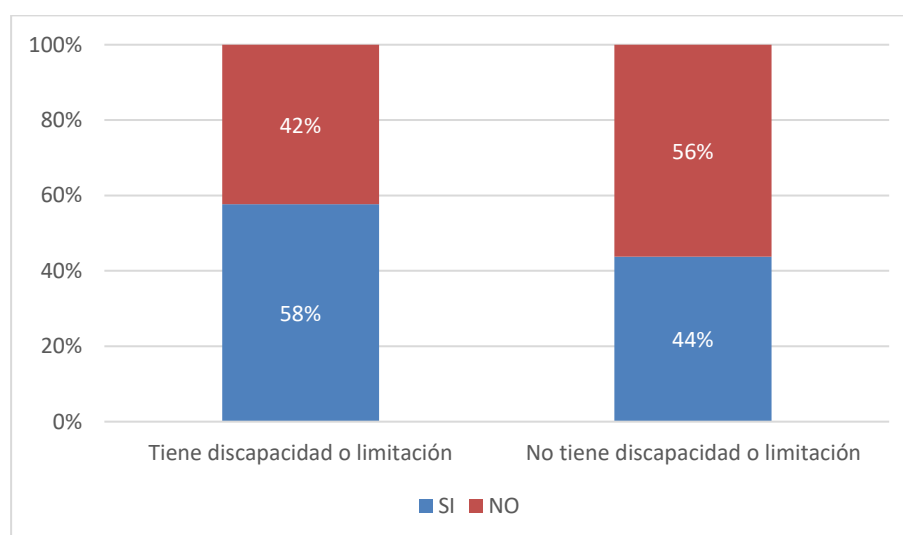
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

4.7 Deterioro de la salud de los cuidadores en función de la discapacidad o grado de limitación

En los gráficos que se presentan a continuación se muestra el deterioro de salud de las personas cuidadoras informales en función de si tienen o no algún tipo de discapacidad o limitación y, en caso de tenerla, cuál es su grado.

En el gráfico 10 se observan dos columnas: una para las personas cuidadoras que tienen algún tipo de discapacidad o limitación y otra para quienes no la tienen. Dentro del primer grupo, el 58% ha afirmado que su salud se ha deteriorado desde que ofrecen cuidados. Sin embargo, la tendencia cambia para las personas que no presentan discapacidad o limitación, ya que ahora el porcentaje de quienes aseguran que su salud se ha deteriorado por prestar cuidados es inferior al de quienes han respondido que no: 44% frente a 56%, respectivamente.

Gráfico 10. Deterioro de la salud de los cuidadores en función de la discapacidad o limitación

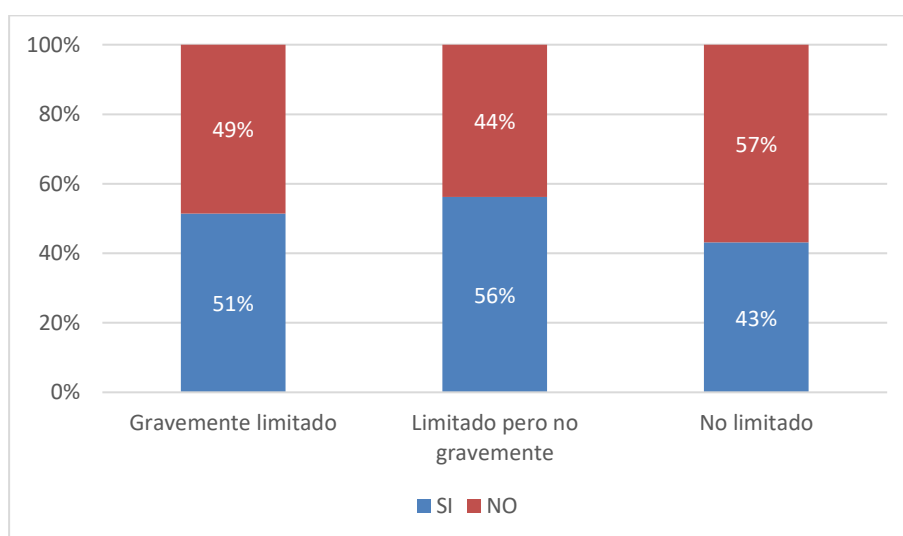


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

Por otro lado, en el gráfico 10.1 solo se tiene en cuenta el grado de limitación en caso de que exista. En primer lugar, el 51% de las personas con limitaciones graves considera que su salud se ha deteriorado como consecuencia de la prestación de cuidados. En segundo lugar, las personas que presentan limitaciones, pero no graves, son aquellas que tienen el porcentaje más alto de los tres: un 56% opina que su salud ha sufrido un deterioro, lo que supone un aumento del 5% respecto a las personas gravemente limitadas. Sin embargo, resulta llamativo que los cuidadores que

presentan una limitación mayor indiquen que su salud ha empeorado en menor proporción que la de los limitados, pero no gravemente. Una posible explicación sería suponer que los cuidadores con limitaciones graves están más acostumbrados a su problema. Por último, la situación es la inversa para el grupo de cuidadores que no tiene limitaciones, ya que, en este caso, una mayor parte de ellos, el 57%, afirma que su salud no se ha deteriorado.

Gráfico 10.1. Deterioro de la salud de los cuidadores en función del grado de limitación



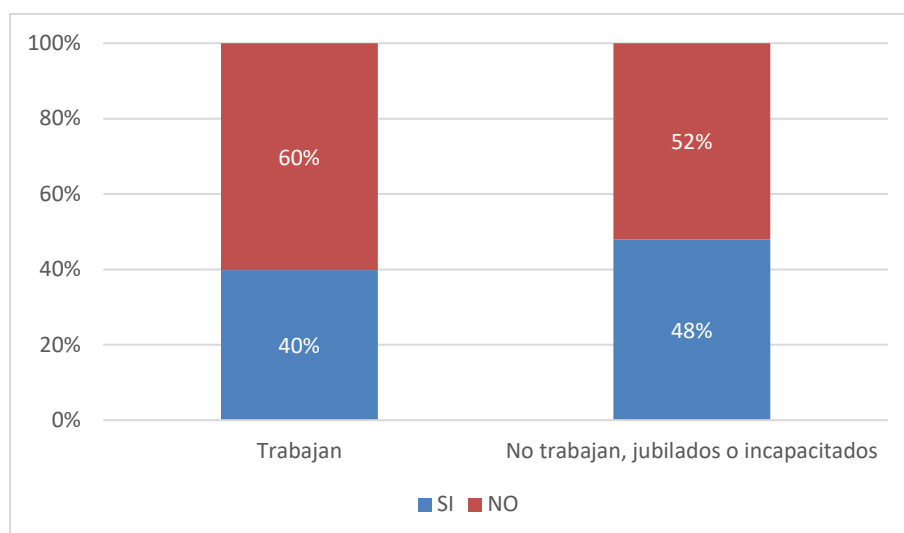
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

4.8 Deterioro de la salud de los cuidadores en función de la situación laboral

Respecto a la relación de los cuidadores principales con la actividad económica, es decir, su situación laboral, el 31% trabaja de forma remunerada además de desempeñar labores de cuidado. Por otro lado, el 69% restante corresponde a personas que no trabajan, están jubiladas o se encuentran incapacitadas por cualquier motivo, por lo que pueden dedicar más tiempo a atender a la persona dependiente.

El siguiente gráfico representa cómo se deteriora la salud de las personas cuidadoras en las dos situaciones anteriores: primero, para quienes se encuentran trabajando y, en segundo lugar, para quienes no trabajan, ya estén jubilados o incapacitados. Por un lado, el 40% de los que trabajan asegura que su salud se ha deteriorado como consecuencia de la prestación de cuidados. El porcentaje aumenta ligeramente para el resto de los cuidadores que no trabajan, son jubilados o están incapacitados para trabajar, ya que ahora el 48% declara que ha sufrido un deterioro en su salud.

Gráfico 11. Deterioro de la salud de los cuidadores en función de la situación laboral



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

Aunque se podría pensar que los cuidadores que no realizan un trabajo remunerado, porque han decidido no trabajar, están jubilados o incapacitados, deberían experimentar un menor deterioro, al no tener la sobrecarga que supone compaginar dos trabajos, la realidad, como se ha observado en mis datos y como se explicará a continuación, es que la salud de los cuidadores que además de prestar cuidados realizan un trabajo remunerado suele deteriorarse menos que la de aquellos que no trabajan. Esto se debe a diversos factores, como el mayor acceso de quienes desempeñan un trabajo remunerado a redes de apoyo y recursos, lo que supone beneficios laborales como una mayor flexibilidad horaria, acceso a programas de asesoramiento psicológico, servicios de orientación y apoyo, así como formación y recomendaciones para el cuidado de la persona dependiente. El trabajo formal fomenta el desarrollo personal y aumenta la capacitación lo que ayuda a reducir la sensación de aislamiento, a manejar mejor el estrés y a reducir la sensación de sobrecarga.

Otro factor determinante es la estabilidad económica que ofrece el trabajo remunerado, ya que disponer de ingresos regulares permite costear servicios de atención profesional y acceder a la protección de la seguridad social. Los cuidadores que cotizan tienen mayor probabilidad de acceder a mejores servicios médicos, lo que también contribuye a reducir la sobrecarga física y emocional. Además, el entorno laboral fomenta las relaciones externas y sociales, lo que incrementa el bienestar

psicológico y la autoestima, ya que el empleo ayuda a sentirse realizado y proporciona una identidad más allá del papel de cuidador. Por el contrario, quienes no trabajan suelen ser más vulnerables económicamente y tienen menores posibilidades de acceso a servicios de ayuda.

Además, aunque disponen de más tiempo, las personas que no trabajan por motivos de incapacidad o jubilación suelen padecer un mayor deterioro físico, ya sea por la edad o por la existencia de una enfermedad, lo que incrementa las posibilidades de experimentar un mayor deterioro.

En conclusión, el trabajo remunerado actúa como un factor protector al proporcionar recursos económicos, redes de apoyo institucional y mayor equilibrio psicológico, elementos que reducen el impacto del desgaste físico y mental derivado del cuidado informal y que, a su vez, condicionan el deterioro de la salud de los cuidadores.

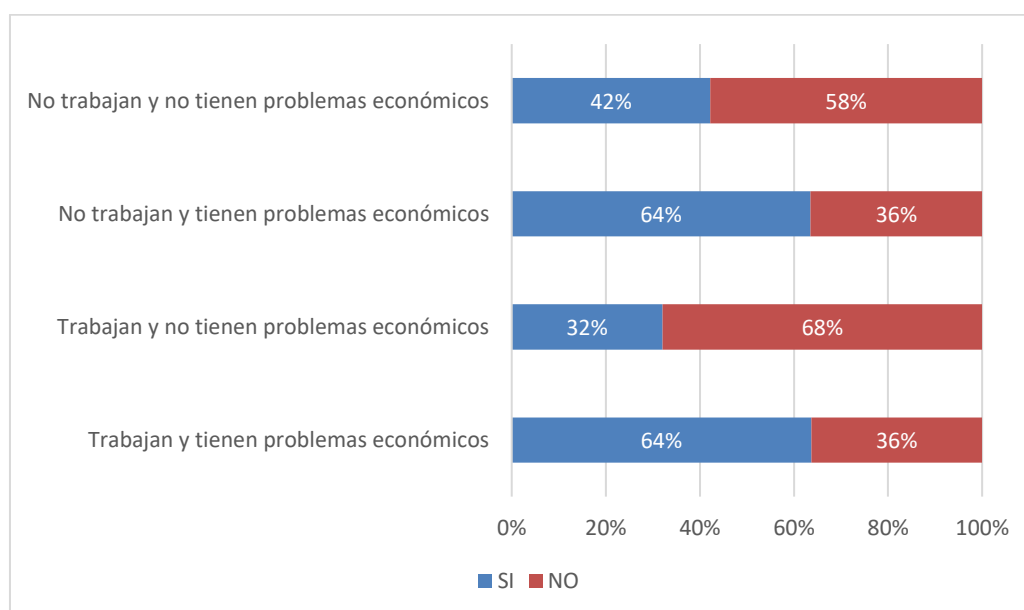
Diversos estudios corroboran también esta conclusión: en primer lugar, el artículo de Larrañaga et al. (2008) señala que, aunque cuidar afecta negativamente a la salud, el trabajo remunerado puede ser un indicador de mejor estatus social y posición económica, lo que supone un mayor bienestar y un menor riesgo de depresión en los cuidadores. Además, destaca que los cuidadores sin empleo remunerado suelen pertenecer a grupos menos favorecidos y presentan peores indicadores de salud. Por otra parte, el informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2019) sobre el trabajo de cuidados indica que el trabajo remunerado, aunque puede suponer una carga adicional, también se relaciona con mejores condiciones económicas y sociales para los cuidadores, lo que puede influir positivamente en su bienestar general.

4.9 Deterioro de la salud de la persona cuidadora en función de la situación laboral y la existencia de problemas económicos

En este apartado se analizará, por un lado, la salud de los cuidadores que trabajan en función de si tienen o no problemas económicos y, por otro, la salud de aquellos que no trabajan, también en función de si presentan o no dificultades económicas. Por un lado, el 75% de las personas que trabajan declara no tener problemas económicos, cifra muy similar a la que presentan los cuidadores que no trabajan, ya que el 73% de ellos afirma no tener dificultades económicas. Esta pequeña diferencia entre los problemas económicos de quienes trabajan y quienes no, podría explicarse porque la

presencia o ausencia de dificultades económicas depende de los ingresos de todo el hogar y no solo de los del cuidador. Por lo tanto, si el cuidador tiene unos ingresos bajos o directamente nulos, podrían compensarse con los ingresos de otra persona del hogar familiar, evitando así la aparición de problemas económicos.

Gráfico 12. Deterioro de la salud de los cuidadores que trabajan y que no trabajan en función de la existencia de problemas económicos



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

El gráfico anterior muestra el deterioro que experimenta la salud de los cuidadores en dos situaciones diferentes. En primer lugar, representa la situación de los cuidadores que trabajan, diferenciando entre quienes tienen problemas económicos y quienes no. Por un lado, el 64% de los cuidadores con problemas económicos afirma que su salud se ha deteriorado desde que prestan cuidados, mientras que el porcentaje se reduce a la mitad, alcanzando el 32%, para los cuidadores que no presentan dificultades económicas. El gráfico refleja también la situación de las personas cuidadoras que no trabajan, están jubiladas o se encuentran incapacitadas, diferenciando también entre quienes tienen problemas económicos y quienes no. En este grupo, el porcentaje de cuidadores con problemas económicos que afirma haber experimentado un deterioro en su salud es igual que en el caso anterior, es decir, un 64%. Sin embargo, entre quienes no presentan problemas económicos, el porcentaje de personas cuidadoras que ha respondido que su salud se ha deteriorado desde que prestan cuidados es

ligeramente superior al de aquellas que trabajan, alcanzando el 42%.

Si a la situación que se presentaba en el apartado anterior, en la que los cuidadores desempeñan o no un trabajo remunerado, además del trabajo informal que supone la prestación de cuidados, se añade la existencia de problemas económicos, el deterioro de su salud se agrava. Como se ha señalado previamente, el deterioro de la salud de los cuidadores que realizan un trabajo remunerado es menor que el de quienes no lo hacen. Este efecto también se observa, aunque con porcentajes de deterioro ligeramente inferiores, en los gráficos precedentes, ya que para los cuidadores que trabajan y no tienen problemas económicos, el deterioro es menor que para aquellos que no trabajan y tampoco presentan este tipo de problemas (32% frente 42%). Sin embargo, cuando ambos grupos presentan problemas económicos, la disparidad existente desaparece y el porcentaje de deterioro se incrementa considerablemente (64%), alcanzando la misma cifra tanto en los cuidadores con trabajo remunerado como en aquellos sin trabajo remunerado.

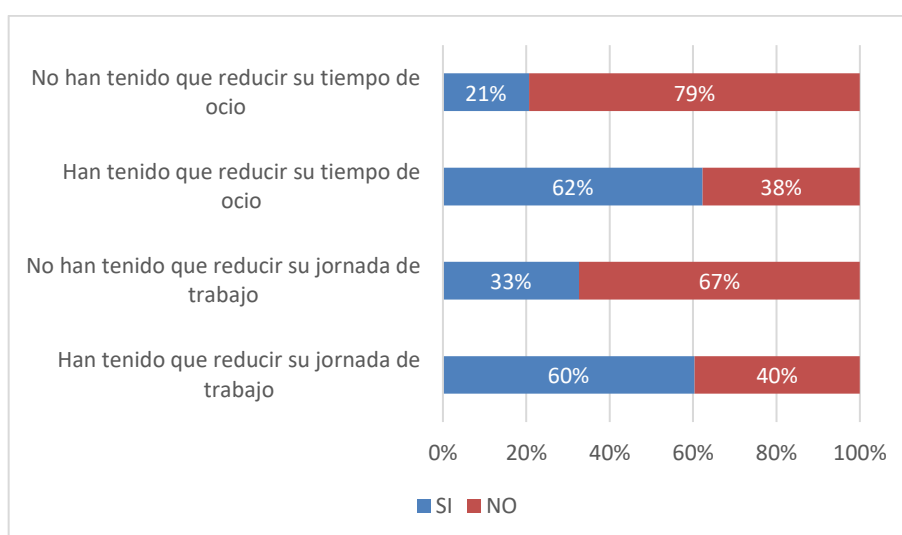
4.10 Deterioro de la salud de la persona cuidadora en función de la oferta de trabajo y su tiempo de ocio

A lo largo de este apartado se examinarán cuatro nuevas variables: tres vinculadas al trabajo remunerado de los cuidadores y la cuarta, a su tiempo de ocio. Posteriormente, se analizará el impacto de estas variables en la salud de las personas cuidadoras.

En el siguiente gráfico se presentan dos variables: una que analiza si los cuidadores que trabajan han tenido que reducir su jornada laboral por prestar cuidados y la otra, que examina si, por el contrario, aquellos que no trabajan, han tenido que disminuir su tiempo de ocio. En primer lugar, el 26% de las personas cuidadoras que trabajan afirma que ha reducido su jornada laboral para atender a algún familiar, mientras que el 74% no ha necesitado hacerlo. Sin embargo, al preguntar por el tiempo personal y de ocio, la situación se invierte: un 66% de los cuidadores que no se encuentran trabajando ha tenido que disminuir el tiempo que dedica a estas actividades. Estos datos muestran que el impacto sobre el tiempo de ocio es significativamente mayor que sobre la jornada laboral. Respecto al deterioro percibido en la salud, y como se

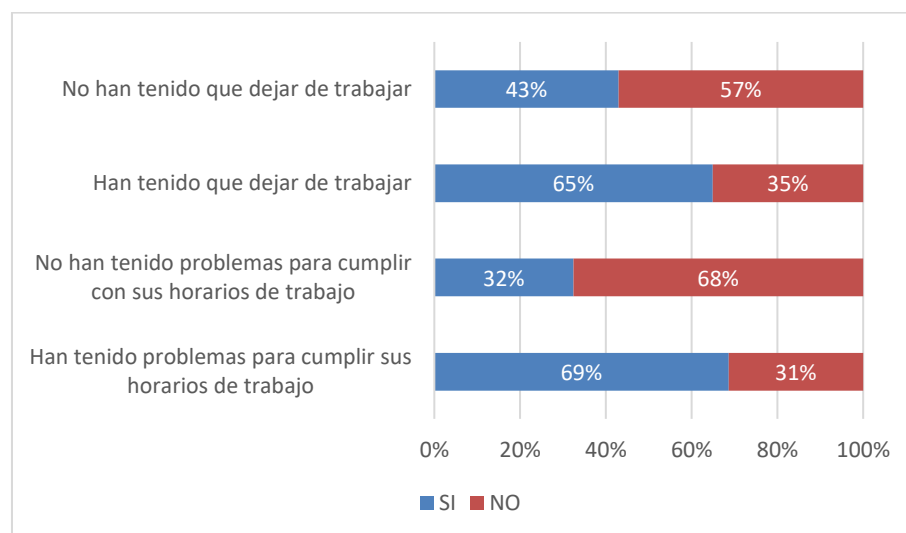
observa en el gráfico, se distinguen dos situaciones claras. Por un lado, el porcentaje de personas que siente que su salud ha empeorado es considerablemente mayor entre quienes trabajan, pero han tenido que reducir su jornada de trabajo o entre quienes no trabajan, pero han disminuido su tiempo de ocio. Por el contrario, entre quienes no han disminuido ninguna de estas actividades, predomina la percepción de que su salud no se ha visto deteriorada. En concreto, el 60% de los cuidadores que han reducido su jornada laboral declara haber experimentado un deterioro en su salud. Este porcentaje desciende casi a la mitad (33%) entre quienes no han tenido que modificar su jornada. En cuanto al tiempo de ocio, el 62% de quienes lo han reducido percibe un empeoramiento en su salud. Por el contrario, entre los cuidadores que no han tenido que sacrificar tiempo de ocio, el 79% declara que su salud no se ha visto afectada. Tras analizar estas variables, la evidencia muestra que la mayoría de los cuidadores tiende a sacrificar primero su tiempo personal y de ocio antes que el dedicado al trabajo, pese a que probablemente, una gran parte de quienes han tenido que reducir su tiempo de ocio para cumplir con sus tareas preferiría, en realidad, disminuir el tiempo dedicado al trabajo. Por lo que se puede concluir que el ámbito más afectado es el tiempo libre.

Gráfico 13. Deterioro de la salud de los cuidadores que han tenido que reducir su jornada laboral y su tiempo de ocio



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

Gráfico 13.1. Deterioro de la salud de los cuidadores que tienen problemas para cumplir sus horarios o han tenido que dejar de trabajar



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Encuesta EDAD 2020

En el gráfico 13.1 se presentan las dos variables restantes: por un lado, se analiza si los cuidadores han tenido problemas para cumplir con sus horarios de trabajo y, por otro, se indica si las personas cuidadoras han tenido que dejar de trabajar como consecuencia directa de la prestación de cuidados. A diferencia de la situación anterior, ambas variables presentan resultados muy similares: un 20% de las personas cuidadoras que trabajan tienen problemas para cumplir con sus horarios de trabajo frente al 80% restante que no presenta dificultades en este aspecto. De manera similar, el porcentaje de cuidadores que no trabajan porque han tenido que dejar de trabajar para dedicarse a la prestación de cuidados también se sitúa en torno al 20%, en concreto, el 22% ha dejado su empleo. Analizando ahora el deterioro de la salud de los cuidadores, se puede observar que una buena parte, tanto de los cuidadores que han tenido problemas para cumplir con sus horarios laborales, como de aquellos que han tenido que dejar de trabajar, considera que su salud ha empeorado. Por el contrario, entre los cuidadores que han podido desarrollar su jornada laboral con normalidad, el porcentaje de quienes perciben un deterioro en su salud es menor que el de quienes no han experimentado cambios negativos. En concreto, entre los cuidadores que han tenido dificultades para cumplir con sus horarios, el 69% declara que su salud se ha deteriorado, mientras que entre quienes no han tenido estos

problemas, el porcentaje se reduce a solo el 32%. Por otro lado, el 65% de quienes que han tenido que dejar de trabajar, asegura haber experimentado un deterioro en su salud, mientras que el 43% de aquellos que han podido continuar trabajando, percibe un empeoramiento.

Una tesis doctoral realizada en la Universidad de Deusto sobre la relación entre tiempo de ocio de los cuidadores familiares y la salud (Florido, 2012) asegura que el 62% de ellos se han visto obligados a reducir su tiempo de ocio, mismo resultado que he obtenido con mis datos. Aunque es difícil que los cuidadores dispongan de tiempo de ocio, aquellos que lo abandonan y renuncian por completo a él corren el riesgo de empeorar aún más su situación. Esta renuncia varía significativamente en función la edad de las personas cuidadoras ya que, según parece, los cuidadores más jóvenes, son más conscientes de su derecho al ocio y se resisten a perderlo o abandonarlo frente a las generaciones de más edad. Para los cuidadores más jóvenes (hasta 30 años según el estudio de Stevens et al., 2004), la práctica de ocio se ha incorporado a la rutina diaria y se ha convertido en algo que forma parte de la vida, mientras que las generaciones de más edad se han educado en una cultura diferente, en la que el ocio no era un valor porque lo que daba sentido a la vida era el trabajo. Estos hallazgos evidencian que la percepción del impacto negativo que supone cuidar sobre la disponibilidad de tiempo libre no es uniforme para todos los grupos de cuidadores. Sea cual sea su motivo o intensidad, percibir una falta de tiempo para uno mismo es un factor relacionado con la sobrecarga percibida de los cuidadores. (Florido, 2012)

Otro estudio sobre los impactos de los cuidados de salud en los ámbitos de vida de las personas cuidadoras evidencia los efectos negativos que supone el cuidado informal para las personas que desempeñan estas tareas. En primer lugar, su vida privada o personal se ve claramente afectada por la realización de las labores de cuidado. Las relaciones sociales y las actividades de ocio y, en general, aquellas actividades relacionadas con el desarrollo personal se ven deterioradas al asumir el cuidado, disminuyendo así la calidad de vida de las personas cuidadoras en términos de vida social y tiempo propio. Es evidente que los cuidadores valoran de manera significativa su tiempo de ocio, por este motivo el deterioro de la salud de quienes han reducido el ocio triplica al de quienes no han tenido que hacerlo. En segundo lugar, la prestación de cuidados supone una reducción de la participación en el ámbito laboral, lo que se

traduce en una pérdida de oportunidades de trabajo para las personas cuidadoras, afecta al desarrollo profesional y la autoestima y además tiene importantes impactos económicos, como la disminución de los ingresos. Por este motivo, los cuidadores que han tenido que reducir su jornada laboral, han tenido problemas para cumplir con sus horarios o han tenido incluso que dejar de trabajar, también experimentan un elevado deterioro. (Ripoll y Casado, 2009)

5. CONCLUSIONES

A partir del análisis realizado sobre los cuidados informales en España, se puede concluir que esta labor recae mayoritariamente sobre las mujeres, quienes asumen las tareas más intensas y prolongadas en el tiempo, lo que perpetúa las desigualdades de género en el ámbito del cuidado. Esta feminización del cuidado tiene consecuencias directas en la salud de todos los cuidadores independientemente de su género, pero afecta especialmente en la salud de las cuidadoras, ya que se ha constatado un significativo impacto negativo tanto a nivel físico como mental, con una elevada proporción de mujeres que experimentan un deterioro en su salud y síntomas de depresión desde que comenzaron a prestar cuidados.

La evidencia empírica sugiere que este deterioro de la salud es un fenómeno multifactorial ya que, algunas de las variables analizadas como los ingresos, el nivel de estudios, la existencia de limitaciones, la situación laboral y los problemas económicos son relevantes en la aparición del deterioro, pero individualmente no suponen un factor determinante para explicar el deterioro. Esto se debe a que el deterioro no puede explicarse a través de una única variable, sino que es el resultado de la suma y, compleja interacción de todas ellas.

El cuidado informal genera una importante carga emocional y social, que se manifiesta en altos niveles de estrés, ansiedad y dificultades para conciliar la atención a personas dependientes con la vida personal, laboral y familiar, lo que afecta negativamente a la calidad de vida de los cuidadores. Sin embargo, no todo son efectos negativos, ya que algunos cuidadores destacan aspectos positivos derivados de su labor, como el aumento de la autoestima, la gratificación personal y el fortalecimiento de los lazos afectivos con la persona dependiente.

A pesar de su relevancia social y económica, los cuidados informales siguen estando infravalorados y carecen del reconocimiento y apoyo institucional necesarios. Esta falta de respaldo, unida a la ausencia de remuneración, puede agravar la situación económica de los hogares donde se presta el cuidado. Por todo ello, se concluye que es imprescindible el diseño y la implementación de políticas públicas específicas que reconozcan y proporcionen apoyo, formación y recursos a los cuidadores informales, así como medidas que fomenten un reparto más equitativo de las tareas de cuidado.

Asimismo, abordar la feminización del cuidado y reducir las desigualdades de género

resulta esencial para mejorar tanto la salud y el bienestar de los cuidadores como para garantizar una atención digna y sostenible a las personas dependientes. Para lograrlo, es necesario fomentar un reparto más equitativo de las tareas de cuidado, de modo que se prevenga el deterioro de la salud de quienes cuidan y se mejore su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Instituto Nacional de Estadística, Subdirección General de Estadísticas Sociales Sectoriales (2022), *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de dependencia 2020* (EDAD 2020).

Del Río Lozano, M., del Mar García-Calvente, M., Calle-Romero, J., Machón-Machado, M. y Larrañaga-Padilla, I., (2017), "Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received", *Qual Life Res*, 26, pp. 3227-3238.

Rees, J., O'Boyle, C., y MacDonagh, R. (2001), "Quality of life: impact of chronic illness on the partner", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94, pp. 563-566.

Abajo, M., Rodríguez-Sanz, M., Malmusi, D., Salvador, M., y Borell, C. (2016), "Gender and socio-economic inequalities in health and living conditions among co-resident informal caregivers: a nationwide survey in Spain", *Journal of Advanced Nursing*, 73, pp. 700-715.

Marco, E., Duarte, E., Aguirrezabal, A., Morales, A., Belmonte, R., Muniesa, J.M., Tejero, M. y Escalada, F., (2010), "Deterioro de la calidad de vida en cuidadores familiares de pacientes con discapacidad por ictus: una entidad a considerar", Elsevier, 25, pp. 356-364.

Zepeda-Álvarez, P. J. y Muñoz-Mendoza, C.L., (2019), "Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud", SciELO, *Gaceta Sanitaria*, 30.

Molina-Martín, C. del P., Cárdenes-Ortega, C. y Cerpa-Pérez, R., (2024), "La calidad de vida de las cuidadoras informales principales en tiempos de COVID-19 y su relación con la Enfermería de Atención Primaria", SciELO, *Gaceta Sanitaria*, 17.

Universidad de Deusto, Departamento de Acción Social, Diputación Foral de Bizkaia, “¿Qué efecto tiene cuidar de una persona dependiente en la percepción de sobrecarga de la persona cuidadora?” <http://www.eitb.tv/es/video/2085685450001>

Oedekoven, M., Amin-Kotb, K., Gellert, P., Balke, K., Kuhlmei, A. y Schnitzer, S., (2019), “Associations Between Informal Caregivers Burden and Educational Level”, *Hogrefe eContent*, 32.

Cerquera Córdoba, A. M., Pabón Poches, D. K., Granados Latorre, F. J. y Galvis Aparicio, M. J., (2016), “Sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer y la relación con su ingreso salarial”, *Psicogente, Universidad Simón Bolívar*, 19, pp. 240-251.

Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F., (2012), “Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa”, *Ciencia y enfermería*, 18, pp. 29-41.

Madrugá, M., (2016), “Sintomatología psicológica en cuidadores informales en población rural y urbana”, *Revista INFAD de Psicología, International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (12), pp. 556-561.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.557>

Gorlat-Sánchez, B., García-Caro, M.P., Peinado-Gorlat, P., Expósito-Ruiz, M., Quero-Rufián, A. y Cruz-Quintana, F., (2013), “Influencia del ámbito rural o urbano, en la percepción de los apoyos y las necesidades de las personas cuidadoras en el hospital”, *SciELO, Gaceta Sanitaria*, 36.

Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Bergiristáin, J.M., Valderrama, M.J. y Arregi, B., (2008), “Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género”, *SciELO, Gaceta Sanitaria*, 22.

Organización Internacional del Trabajo (2019), Servicio de Género, Igualdad y Diversidad (GED), Departamento de Condiciones de Trabajo e Igualdad, (2019, 2022, 2025), Addati, L., Cattaneo, U., Esquivel, V. y Valarino, I., “El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente”.

Rubio Florido, I., (2012), *“El tiempo de ocio de los cuidadores familiares: su relación con la salud y percepción de la carga”*, Universidad de Deusto, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, 3, pp. 160-167.

Masanet Ripoll, E. y La Parra Casado, D., (2009), “Los impactos de los cuidados de salud en los ámbitos de vida de las personas cuidadoras”, Dialnet, *Revista Española de Sociología*, 11, pp. 13-31.