



Universidad Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

**Salud percibida y diagnosticada en cuidadores de
personas dependientes en España (2014)**

**Self-rated health and diagnosed health of dependent
caregivers in Spain (2014)**

Autor: Jenny Marly Celi Celi

Director: Prof.^a Dra. Isabel Aguilar Palacio

Facultad de Medicina

Zaragoza, junio del 2016

ABSTRACT

OBJECTIVE: To explore the frequency and characteristics of dependent caregivers in Spain in 2014, their sociodemographic profile and health status and to analyze differences depending on the hours of care.

METHODS: Descriptive cross-sectional observational study using the European Health Survey for Spain 2014. A descriptive analysis was performed to determine the prevalence of care and to explore sociodemographic and health characteristics of caregivers. Differences in sociodemographic and health variables according time dedicated to care were analyzed using Chi-square test and Mann-Whitney U. Logistic regression analyzes were performed to determine the influence of hours of care on health, adjusting by sociodemographic characteristics.

RESULTS: The prevalence of care in Spain in 2014 was 11.2%. The caregiver's profile is a female, with a median age of 53 years, secondary education, married, who takes care of other people's family members. The most common diseases are high cholesterol levels (25% of caregivers), lower or cervical back pain (21%,24%), hypertension (24%), osteoarthritis (21%), varicose veins (17%), allergy (16%), anxiety or depression (13%, 14%), and migraines (13%). 68.2% of caregivers reported good health, pain 51%, depressive symptoms 19.5% and active depression 8.8%. Caregivers who spend more time caring others have a higher prevalence of hypertension, lower or cervical back pain, osteoarthritis, varicose veins, depression, anxiety, lower self-rated health, pain, depressive symptoms and active depression ($p < 0.005$) than caregivers with lower dedication. After adjustment for sociodemographic variables it was observed that caregivers who spent more hours caring others have a higher risk of anxiety (OR = 1.3, 95%CI: 1.015 to 1.780), depressive symptoms (OR = 1.5; CI95% 1.226 to 1.927) and active depression (OR = 1.5; 95%CI: 1.107 to 2.089), than caregivers who spent fewer hours.

CONCLUSIONS: Dependents care in the family show a negative impact in caregivers mental health. It is necessary to develop specific support programs to adapt and perform caregivers role, in order to reduce and prevent these negative effects.

KEYWORDS: *caregivers; care; self-rated health; diagnosed health; health surveys.*

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer la frecuencia y características de los cuidados en España en el año 2014 , determinar el perfil sociodemográfico y nivel de salud de los cuidadores, y establecer si existen diferencias en función de las horas dedicadas al cuidado .

MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo transversal utilizando la Encuesta Europea de Salud en España 2014. Se realizó un análisis descriptivo para determinar la prevalencia de cuidados y conocer las características sociodemográficas y de salud de los cuidadores. Mediante el test de Chi-cuadrado y U de Mann-Whitney se analizaron las diferencias en las variables sociodemográficas y de salud de los cuidadores en función de las horas de cuidado. Se realizaron análisis de regresión logística para conocer la influencia de horas de cuidado sobre la salud, ajustando por las características sociodemográficas del cuidador.

RESULTADOS: En España la prevalencia de cuidados en el año 2014 fue del 11,2% y el perfil del cuidador es de una mujer, con una mediana de edad de 53 años, nivel educativo medio, casada y cuida de familiares. Las enfermedades más frecuentes en los cuidadores son: colesterol alto (25%), dolor de espalda cervical o lumbar (21%, 24%), hipertensión arterial (23%), artrosis (21%), varices (17%), alergia (16%), ansiedad o depresión (13%,14%) y migrañas(13%). Un 68,17% de cuidadores reportaron tener buena salud, 51% dolor, 19,5% síntomas depresivos y 8,8% cuadros depresivos activos. Los cuidadores que dedican más tiempo a los cuidados tienen mayor prevalencia de hipertensión arterial, dolor de espalda cervical o lumbar, artrosis, varices, depresión , ansiedad; peores resultados en el reporte del estado de salud, dolor, síntomas depresivos y cuadros depresivos activos ($p<0,005$). Tras el ajuste por variables sociodemográficas se observó que los cuidadores que dedicaban más horas al cuidado tienen un riesgo mayor de ansiedad ($OR=1,3$; $IC95\%: 1,015-1,780$), síntomas depresivos ($OR=1,5$; $IC95\%: 1,226-1,927$) y cuadros depresivos activos ($OR=1,5$; $IC95\%: 1,107-2,089$), que los cuidadores que dedicaban menos horas.

CONCLUSIONES: Los cuidados de personas dependientes en el núcleo familiar repercuten negativamente en la salud mental de los cuidadores. Es necesario la creación de programas específicos de apoyo que enseñen al cuidador a adaptarse y a desempeñar su rol, para disminuir y prevenir estos efectos negativos.

PALABRAS CLAVE: *cuidadores; cuidados; salud percibida; salud diagnosticada; encuesta de salud.*

INDICE

1. Introducción	5
2. Objetivos	9
3. Material y métodos.....	10
3.1 Tipo de estudio.....	10
3.2 Metodología Encuesta Europea de Salud en España 2014	10
3.2.1 Ámbito de Investigación	10
3.2.2 Diseño muestral.....	10
3.2.3 Estructura de los cuestionarios	11
3.2.4 Recogida de la información	12
3.3 Variables incluidas en el Estudio.....	12
3.3.1 Variables sociodemográficas	12
3.3.2 Variables de salud física.....	13
3.3.2.1 Variables del estado de salud	13
3.3.2.2 Variables de limitación de actividades de la vida cotidiana.....	14
3.3.2.3 Variables de Ausencia al trabajo por problemas de salud	14
3.3.3 Variables de salud mental	14
3.3.4 Variables relacionadas con el cuidado de otras personas.....	15
3.4 Análisis Estadístico	15
3.5 Consideraciones éticas	16
4. Resultados	17
4.1 Características de los cuidados en España	17
4.2 Perfil sociodemográfico de los cuidadores	18
4.3 Nivel de salud de los cuidadores.....	20
4.4 Diferencias en dependencia de horas dedicadas a los cuidados.....	22
4.4.1 Perfil sociodemográfico según el tiempo dedicado a los cuidados	22
4.4.2 Nivel de Salud según el tiempo dedicado a los cuidados	24
4.4.3 Análisis multivariante	26
4.5 Discusión.....	31
4.6 Conclusiones	37
Referencias bibliográficas	38

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: Frecuencia de los cuidados en España.....	17
Tabla 2: Número de horas semanales dedicadas al cuidado de otras personas.....	17
Tabla 3: Parentesco entre el cuidador y la persona cuidada.	17
Tabla 4: Descriptiva de la edad de los cuidadores	18
Tabla 5: Características sociodemográficas del cuidador.....	19
Tabla 6: Percepción de salud y dolor por el cuidador.....	21
Tabla 7: Severidad de sintomatología depresiva en el cuidador.....	21
Tabla 8: Relación entre variables sociodemográficas y horas dedicadas al cuidado.....	23
Tabla 9: Relación entre patologías diagnosticadas y horas dedicadas al cuidado.....	24
Tabla10: Relación entre grado de salud-dolor percibido y horas dedicadas al cuidado.....	25
Tabla11: Relación entre salud mental-ausencia en el trabajo y horas dedicadas al cuidado.....	25
Tabla 12: Análisis de regresión logística para sintomatología y cuadros depresivos.....	26
Tabla13: Análisis de regresión logística para salud y dolor percibido	27
Tabla 14: Análisis de regresión logística para diagnóstico de hipertensión y varices en extremidades inferiores.....	28
Tabla 15: Análisis de regresión logística para diagnóstico de artrosis y dolor de espalda lumbar y cervical.....	29
Tabla 16: Análisis de Regresión logística para diagnóstico de depresión y ansiedad.....	30
Figura 1: Sexo de los cuidadores.....	18
Figura 2: Problemas de salud más frecuentes en los cuidadores	20
Figura 3: Prevalencia de sintomatología depresiva en el cuidador.....	22

REFERENCIA DE SIGLAS

- **INE:** Instituto Nacional de Estadística
- **PQH-8:** Patient Health Questionnaire

1. INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

La dependencia puede entenderse como un estado en el que una persona por una limitación física, psíquica o intelectual ve mermada su capacidad para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria, por lo que tiene necesidad de asistencia y/o ayuda con la finalidad de realizar estas actividades¹. La dependencia está distribuida en todas las edades de la población, ya que esta puede estar presente desde el nacimiento, puede aparecer en cualquier momento de la vida como consecuencia de un accidente o de una enfermedad aguda o crónica, o puede ser el reflejo de la pérdida general de las funciones fisiológicas por el envejecimiento¹. Por tanto la dependencia implicaría la existencia de un déficit en las funciones corporales de la persona que limitan su actividad normal, por lo que esta requiere de la ayuda de otras personas para realizar sus actividades básicas¹. Estas actividades son aquellas que le permiten a una persona subsistir de forma autónoma en su entorno habitual, y suelen diferenciarse en actividades básicas de autocuidado y funcionamiento básico físico y mental (asearse ,vestirse, movilidad dentro del hogar, reconocimiento de su entorno, ejecución de tareas sencillas), y actividades instrumentales (tareas domésticas, administración del hogar y movilidad en el entorno)¹.

En España la mayor parte de personas que precisan cuidados de larga duración los reciben mediante apoyo informal, y sólo un 6,5 % lo reciben de los servicios sociales¹. Los servicios formales participan minoritariamente en el cuidado de las personas^{2,3}. El cuidado informal hace referencia a todos los cuidados brindados por la red familiar inmediata de la persona necesitada de cuidados, los mismos que se proveen de forma voluntaria sin que medie ninguna remuneración¹. El cuidado formal hace referencia a los servicios ofertados por profesionales que reciben una remuneración a cambio de realizar el cuidado de personas que no tienen capacidad de cuidar de sí mismas. Existen dos tipos básicos de cuidado formal: el ofertado desde instituciones públicas los mismos que están financiados con fondos públicos, y servicios privados que son contratados por las familias³. De forma que el cuidado de personas dependientes es realizado principalmente por cuidadores informales, y entre estos destaca la familia como principal proveedor de cuidados^{1,2,3}. En el 5% de hogares españoles en los que viven personas que prestan ayuda en las tareas básicas de la vida diaria a personas mayores de 60 años que no pueden realizar por sí mismas estas tareas, el 4,5% corresponde a ayuda informal y sólo un 0,5% corresponde a ayuda no formal².

En países desarrollados la esperanza de vida ha incrementado significativamente en las últimas décadas, y según los últimos datos publicados por el INE, en España entre 1991 y 2014, la esperanza de vida al nacimiento en hombres ha pasado de 73,47 a 80,08 años y la de mujeres de 80,61 a 85,58⁴. Esto ha supuesto que haya una población cada vez más envejecida, ya que en España el porcentaje de personas mayores de 80 años ha pasado de un 0,6% sobre el total de la población de 65 años y más años a principios del siglo XX, al 1,2% en el año 1960, al 5,7% en el año 2013 y tiene una proyección de hasta un 20,8% para el año 2060⁵; este incremento del envejecimiento de la población mayor implicaría a su vez un mayor volumen de personas dependientes, debido a que esta población es más susceptible y tiene mayor riesgo de sufrir diversas patologías crónicas que provocan un deterioro físico y psíquico que afecta su capacidad funcional.

En un estudio realizado por Durán M.A.⁶ se realizó una estimación de la demanda de servicios de cuidado para los próximos años, tomando como base las proyecciones demográficas publicadas por el INE en 2004 a partir de datos del censo del 2001; de forma que se estima la demanda a corto, medio y largo plazo en unidades de cuidado y se determina que para el año 2025 la demanda general de cuidados en la población de 64 o más años se incrementará un 44% respecto a la del año 2001. Este estudio considera que esta demanda de cuidados será satisfecha principalmente por mujeres entre 18 y 64 años (demanda población 65 y más años / mujeres 18-64 años), con lo que para el año 2050 el crecimiento de la demanda de cuidados tendrá gran repercusión en las mujeres de edades centrales ya que ésta se triplicará (de 0,41 a 1,23 unidades de cuidado asumidas por cada mujer)⁶.

Por otra parte es importante destacar que con la actual tendencia de la incorporación cada vez mayor de las mujeres jóvenes y de edad media al mercado de trabajo, y teniendo en cuenta que este sector es el que más aporta al cuidado informal, es fácil pronosticar que disminuirá la cifra de personas disponibles que podrán aportar a la producción de servicios no remunerados para la población que demanda cuidados. Este claro desequilibrio entre la oferta y demanda de servicios de cuidado para los próximos años hace evidente la necesidad de adoptar políticas sociales y sanitarias con la finalidad de prever recursos suficientes para cubrir la creciente necesidad de atención informal.

Varios estudios descriptivos concuerdan en que el perfil sociodemográfico del cuidador principal corresponde al de una mujer de mediana edad (entre 40 y 60 años), que pertenece al núcleo familiar de la persona dependiente generalmente cónyuge o familiar de primer grado, suele convivir con la persona que cuida, tiene un nivel de formación de estudios primarios, y se dedica a las tareas del hogar (ama de casa)^{1,2,5-17}. Esta persona suele dedicar más de 40 horas semanales al cuidado del dependiente y asume casi de forma exclusiva el cuidado del dependiente⁶.

El nivel de sobrecarga del cuidador indica el elevado tiempo de dedicación al cuidado, y en la mayoría de estudios se evalúa con escalas específicas que miden el grado en que los cuidadores perciben que sus responsabilidades tienen efectos adversos sobre su salud, vida personal y social, y bienestar emocional^{7,9,13}.

Existe un amplio consenso respecto a las repercusiones negativas que tienen las tareas de cuidados en la salud y calidad de vida de las personas. La mayoría de estudios demuestran que la sobrecarga que soporta el cuidador repercute negativamente sobre su salud física, psíquica y social. En cuanto a la esfera psíquica y física en varios estudios se encuentran hallazgos similares con respecto al impacto que tiene la sobrecarga del cuidador sobre la salud; concordando la mayoría que la ansiedad y depresión son los problemas psíquicos más frecuentes en los cuidadores, y en lo referente a la esfera física destacan los problemas osteoarticulares, y varios síntomas físicos como cansancio, dolor de espalda, cefalea y algias musculares^{2,7,9,18}.

Para la mayoría de cuidadores compatibilizar la tarea de cuidar un familiar dependiente y tener un trabajo remunerado es una situación difícil de sostener, lo que conlleva en algunas ocasiones el abandono temporal o definitivo del trabajo, o impide al cuidador acceder a un empleo. Así mismo, los cuidadores que trabajan fuera de casa suelen referir que las tareas del cuidado repercuten negativamente en sus obligaciones laborales, de forma que es frecuente el incumplimiento del horario laboral y el absentismo laboral, situaciones que generan conflictos laborales e incluso la pérdida del trabajo^{2,12}. Estas situaciones generan una pérdida económica para el cuidador y su unidad familiar siendo más crítica en cuidadores de clase social menos favorecidas. De forma que cuidar supone un coste económico, por una parte por la disminución de ingresos derivados de la exclusión del

mercado laboral o de la limitación de acceso al mismo y por otra parte por los gastos derivados de asumir el cuidado de una persona dependiente¹².

Con respecto al uso del tiempo en ocio, tiempo libre y relaciones sociales, también se referencia que la tarea de cuidados conlleva una restricción de la vida social de los cuidadores, con lo que se limita la posibilidad de ir de vacaciones, o de frecuentar amistades². En relación a la función/disfunción familiar percibida por el cuidador, un estudio observacional de casos y controles realizado en el Centro de Salud "Sillera" (Toledo)⁷, demuestra un porcentaje superior de familias disfuncionales en el grupo de cuidadores; con lo que se puede concluir que la realización de cuidados informales en el núcleo familiar pueden generar conflictos familiares.

En un estudio comparativo realizado en el año 2014 cuyo objetivo fue analizar las semejanzas y diferencias en salud y calidad de vida de los cuidadores familiares y profesionales que atienden a personas mayores en situación de dependencia¹⁴, los resultados determinaron que los cuidadores familiares con respecto a los cuidadores profesionales que realizan tareas de cuidado, presentan mayores niveles de sobrecarga, peor estado de salud física y psicológica (mayores niveles de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión) , menor satisfacción con respecto a la calidad de vida laboral, familiar y social como consecuencia de la atención a un familiar dependiente.

Teniendo en cuenta todas las repercusiones negativas atribuidas a la tarea de cuidados en el núcleo familiar, se plantea el presente trabajo cuyo objetivo principal es estudiar el perfil sociodemográfico del cuidador en España, y las repercusiones en su salud física y mental como consecuencia del desempeño de su función como cuidador informal de un familiar en situación dependencia.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es conocer el perfil sociodemográfico y el nivel de salud de los cuidadores en España (año 2014).

Objetivos secundarios:

1. Conocer la frecuencia de cuidados en España en el año 2014 y sus características.
2. Estudiar el perfil sociodemográfico de las personas que realizan cuidados.
3. Explorar el nivel de salud de los cuidadores en términos de salud percibida, diagnosticada, limitación de la actividad y salud mental.
4. Conocer si existen diferencias en la salud de los cuidadores en dependencia de las horas que dedican a los cuidados.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo transversal utilizando la Encuesta Europea de Salud en España 2014 (ESEE-2014) realizada por el Instituto Nacional de Estadística.

Esta encuesta tiene una periodicidad quinquenal, y recoge información sanitaria relativa a la población de 15 años y más residente en España, mediante un cuestionario común europeo.

3.2 METODOLOGIA ENCUESTA EUROPEA DE SALUD EN ESPAÑA 2014

3.2.1 Ámbito de investigación

En el **ámbito poblacional** la población objetivo es el conjunto de personas de 15 y más años residente habitual en alguna de las viviendas familiares principales. En el caso de viviendas constituidas por dos o más hogares, el estudio se extiende a todos ellos, pero de manera independiente para cada hogar. **Con respecto al ámbito geográfico** incluye todo el territorio nacional y en cuanto al **ámbito temporal** el periodo de recogida de datos se extendió a lo largo de un año, desde enero de 2014 hasta enero de 2015.

3.2.2 Diseño muestral

Se utiliza un muestreo trietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Las **unidades de primera etapa** son secciones censales, que se agrupan en estratos de acuerdo con el tamaño del municipio al que pertenecen las secciones. Considerándose los siguientes estratos:

- **Estrato 0:** municipios de más de 500.000 habitantes.
- **Estrato 1:** municipio capital de provincia (excepto los anteriores).
- **Estrato 2:** municipios con más de 100.000 habitantes (excepto los anteriores).
- **Estrato 3:** municipios de 50.000 a menos de 100.000 habitantes (excepto los anteriores).
- **Estrato 4:** municipio de 20.000 a menos de 50.000 habitantes (excepto los anteriores).
- **Estrato 5:** municipios de 10.000 a menos de 20.000 habitantes .
- **Estrato 6:** municipios con menos de 10.000 habitantes .

El marco utilizado para la selección de la muestra de las unidades de primera etapa fue la relación de secciones censales existentes con referencia a febrero de 2013 a partir de información proporcionada por la explotación del padrón continuo de habitantes. Las secciones se seleccionaron dentro de cada estrato con probabilidad proporcional a su tamaño medido por el número de viviendas familiares principales.

Las **unidades de segunda etapa** son las viviendas principales, investigándose a todos los hogares que tienen su residencia habitual en dichas viviendas. El marco utilizado para la selección de la muestra de estas unidades fue la relación de viviendas familiares principales en cada una de las secciones seleccionadas, a partir de información proporcionada por la explotación del padrón continuo de habitantes. En cada sección se seleccionaron viviendas con igual probabilidad mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio.

Las **unidades de tercera etapa** la constituyen los adultos de 15 años o más de cada hogar, estas unidades se seleccionaron a partir de la relación de personas encuestables en la vivienda, obtenida en el momento de la realización de la entrevista. Para la selección de la persona que cumplimentó la parte individual del cuestionario, se utilizó un procedimiento aleatorio basado en el método Kish que asigna igual probabilidad a todas las personas adultas.

Para cada Comunidad Autónoma se diseña una muestra independiente que la representa con la finalidad de facilitar estimaciones con este nivel de desagregación. Se determina una muestra de, aproximadamente, 37.500 viviendas distribuidas en 2500 secciones censales seleccionando en cada sección 15 viviendas. Finalmente la muestra se distribuye entre las Comunidades Autónomas asignando una parte uniformemente y otra proporcionalmente al tamaño de la Comunidad. La muestra efectiva final fue de 22.842 hogares y representa el número de hogares en los que se encuestó a la persona seleccionada. En alguna ocasión la persona seleccionada en el hogar para responder al cuestionario de salud no llegó a colaborar por negativa, ausencia o incapacidad para contestar.

3.2.3 Estructura de los cuestionarios

La información recogida por la encuesta se divide en dos cuestionarios:

- **Cuestionario de Hogar:** recoge información de las principales **características socioeconómicas básicas** de todos los miembros del hogar. También recoge información adicional sobre la persona que más aporta al presupuesto del hogar.
- **Cuestionario Individual:** recoge información de la persona de 15 y más años seleccionada para responder el cuestionario. Dicha información corresponde a algunas variables sociodemográficas adicionales de la persona seleccionada y todas las variables de salud objetivo de la encuesta. En las variables de salud se opta por una estructura modular según las dimensiones investigadas:
 - **Modulo de Estado de Salud:** Estado de salud y enfermedades crónicas, accidentalidad, restricción de la actividad, ausencia del trabajo por problemas de salud, limitaciones físicas o

sensoriales, limitaciones para la realización de actividades de la vida cotidiana (mayores de 65 años) y salud mental.

- **Módulo de Asistencia Sanitaria:** acceso y utilización de los servicios sanitarios, necesidades no cubiertas, tipo de seguro, consumo de medicamentos, y prácticas preventivas generales y de la mujer.
- **Módulo de determinantes de la Salud:** características físicas, actividad física, alimentación, consumo de tabaco y alcohol, apoyo social y cuidados informales.

3.2.4 Recogida de la información

El método de recogida de información ha sido el de entrevista personal asistida por ordenador. Cuando ha sido necesario, y en casos excepcionales, ha podido ser cumplimentada mediante entrevista telefónica.

3.3 VARIABLES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

A continuación se procede a describir las variables procedentes de la EESE-2014 que han sido utilizadas en el presente trabajo.

3.3.1 Variables sociodemográficas

- 1) Edad: variable cuantitativa discreta.
- 2) Sexo: variable categórica dicotómica (Hombre/ Mujer).
- 3) País de nacimiento: variable categórica dicotómica (España/ Extranjero).
- 4) Tamaño del municipio: variable categórica ordinal con las siguientes categorías: Municipio de más de 500.000 habitantes, municipio capital de provincia (excepto los anteriores), municipio con más de 100.000 habitantes (excepto los anteriores), municipio de 50.000 a menos de 100.000 habitantes (excepto los anteriores) ,Municipio de 20.000 a menos de 50.000 habitantes (excepto los anteriores), municipio de 10.000 a menos de 20.000 habitantes, municipio con menos de 10.000 habitantes.
- 5) Tipo de hogar: variable categórica politómica con las siguientes categorías: Hogar unipersonal ,pareja sola ,pareja con algún hijo menor de 25 años, pareja con todos los hijos de 25 o más años, padre o madre solo con algún hijo menor de 25 años, padre o madre solo con todos los hijos de 25 o más años, pareja o padre o madre solo con algún hijo menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar ,Otro tipo de hogar .
- 6) Estado civil: variable categórica politómica con las siguientes categorías: Soltero/a, Casado/a, Viudo/a, separado/a legalmente, divorciado/a, no sabe/no contesta.

- 7) Ingresos del hogar : Variable categórica ordinal con las siguientes categorías: Menos de 970 euros, de 970 a menos de 1400 euros, de 1400 a menos de 2040 euros, de 2040 a menos de 3280 euros, de 3280 euros en adelante, no contesta.
- 8) Empleo “Situación laboral actual”. Variable categórica, inicialmente codificada en ocho categorías: trabajando, en desempleo, jubilado/a o prejubilado/a, estudiando, incapacitado para trabajar, labores de hogar, otros, no contesta. Pero para el análisis en este estudio se han utilizado las siguientes cinco categorías: Trabajando, en desempleo, estudiando, jubilado, labores del hogar, no sabe/no contesta/otras.
- 9) Nivel educativo: variable categórica ordinal, codificada inicialmente en diez categorías: No procede, es menor de 10 años (no aplicable, al ser una encuesta que incluye a sujetos con 15 años o más), no sabe leer o escribir, educación primaria incompleta, educación primaria completa, primera etapa de enseñanza secundaria con o sin título, estudios de bachillerato, enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes, enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes, estudios universitarios o equivalentes, no sabe/ no contesta.

Para el análisis de este estudio se agrupó esta variable en tres categorías:

- Nivel educativo bajo (correspondiente a aquellas personas que no saben leer o escribir o sólo tenían estudios primarios).
- Nivel educativo medio (personas con estudios secundarios y formación profesional de grado medio) .
- Nivel educativo alto (formación profesional superior y estudios universitarios).

3.3.2 Variables de salud física

3.3.2.1 variables del estado de salud

- 10) Salud percibida: Variable categórica “En los últimos 12 meses, ¿diría que su estado de salud ha sido?”. Codificada inicialmente en 5 categorías: Muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo.

Para el análisis de este estudio se ha agrupado esta variable en las siguientes dos categorías:

- Mala salud percibida (personas que declararon una salud percibida regular, mala o muy mala) .
- Buena salud percibida (personas que declararon una salud percibida muy buena o buena).

- 11) Salud diagnosticada “¿Le ha dicho algún médico que padece esta patología?”. Para el análisis se han considerado las siguientes 32 variables, todas ellas variables categóricas dicotómicas (si/no) : Tensión alta, infarto de miocardio, angina de pecho, enfermedad coronaria, otras enfermedades del corazón, varices en las piernas, artrosis (excluyendo artritis), dolor de espalda crónico (cervical), dolor de espalda crónico (lumbar), alergia crónica, como rinitis, conjuntivitis o

dermatitis alérgica, alergia alimentaria o de otro tipo (asma alérgica excluida), asma (incluida asma alérgica), bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, úlcera de estómago o duodeno, incontinencia urinaria o problemas del control de orina, colesterol alto, cataratas, problemas crónicos de piel, estreñimiento crónico, cirrosis, disfunción hepática, depresión, ansiedad crónica, otros problemas mentales, ictus (embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral), migraña o dolor de cabeza frecuente, hemorroides, tumores malignos, osteoporosis, problemas de tiroides, problemas de riñón, problemas de próstata (solo hombres), problemas del periodo menopáusico (solo mujeres).

3.3.2.2 Variables de limitación en la realización de actividades de la vida cotidiana

- 12) Dolor percibido "Durante las 4 últimas semanas, ¿ qué grado de dolor ha padecido": Variable categórica con las siguientes categorías: Ninguno, Muy leve, Leve, Moderado, Severo, Extremo, No sabe / No contesta.
- 13) Repercusión del dolor en actividades cotidianas " Durante las 4 últimas semanas, ¿ hasta qué punto el dolor afectó a sus actividades cotidianas ?. Variable categórica ordinal con las siguientes categorías: Nada, Un poco, Moderadamente, Bastante, Mucho, No sabe/no contesta.

3.3.2.3 Variables de ausencia al trabajo por problemas de salud

- 14) Faltas en el trabajo por problemas de salud " En los últimos 12 meses, ¿ha faltado al trabajo por problemas de salud?". Variable categórica dicotómica (sí /no).
- 15) Número de días faltados por problemas de salud. "¿Y cuántos días faltó en total?". Variable cuantitativa discreta.

3.3.3 Variables de salud mental

Las preguntas de este submódulo tienen como objetivo evaluar la prevalencia de la depresión de acuerdo a los criterios del Manual diagnóstico de los trastornos mentales versión 4, para esto utilizan en el cuestionario el instrumento Patient Health Questionnaire (PHQ-8), donde la persona valora la frecuencia (Nunca, Varios días, Más de la mitad de los días, Casi todos los días) con la que ha tenido en las dos últimas semanas las siguientes situaciones:

- Poco interés o alegría por hacer las cosas.
- Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a.
- Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o duerme demasiado.
- Sensación de cansancio o tener poca alegría.
- Poco apetito o comer demasiado.

- Sentirse mal consigo mismo/a, sentirse que es un fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo.
- Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión.
- Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: están tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual.

A partir de este cuestionario para evaluar la salud mental se obtienen las siguientes variables derivadas :

- 16) Severidad sintomatología depresiva. Variable categórica con las siguientes categorías: Leve ,Moderada ,Moderadamente Grave, Grave, No contesta.
- 17) Prevalencia cuadros depresivos activos: Variable categórica con las siguientes categorías: Cuadro depresivo mayor , Otros cuadros depresivos , Sin cuadro depresivo alguno .

3.3.4 Variables relacionadas con los cuidados a otras personas

Para conocer la frecuencia de cuidados a otras personas y las características de los cuidadores, se utilizaron las siguientes variables relacionadas con los cuidados:

- 18) Dedicación al cuidado de otras personas " ¿Cuida, al menos una vez a la semana, de alguna persona mayor o alguien que tenga una dolencia crónica?. No lo considere si forma parte de su trabajo". Variable categórica dicotómica (sí/no).
- 19) Parentesco entre cuidador y dependiente " La persona o personas que cuida son". Variable categórica con las siguientes categorías: Familiares, Otras personas, no sabe / no contesta.
- 20) Horas dedicadas al cuidado de otras personas " Cuántas horas a la semana dedica al cuidado de esta/s persona/s" . Variable categórica ordinal con las siguientes categorías:
 - Menos de 10 horas a la semana.
 - 10 horas o más a la semana pero menos de 20.
 - 20 horas a la semana o más.

3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En primer lugar se llevó a cabo un estudio descriptivo para conocer la frecuencia de cuidados en la población encuestada y sus características. Para su descripción se utilizaron frecuencias y porcentajes ya que todas son variables categóricas. Se excluyó del análisis a aquellas personas que no habían contestado o no sabían algunas preguntas incluidas en la encuesta.

Para conocer las características de los cuidadores se seleccionaron aquellos sujetos que habían realizado cuidados y sobre estos se realizó el análisis descriptivo de las diferentes variables, para lo cual se estimaron proporciones en el caso de variables categóricas y en el caso de variables

cuantitativas primero se verificó si cumplían criterios de normalidad utilizando el test de Kolmogorov-Smirnov. Ni la variable edad en el grupo de cuidadores ($p=0,002$) ni el número de días de ausencia en el trabajo por problemas de salud ($p<0,001$) cumplieron criterios de normalidad, utilizando por tanto para su descripción la mediana y el rango intercuartílico. No se incluyó en el análisis la variable ingresos, debido al elevado número de valores perdidos (500 personas).

En función de la variable horas dedicadas al cuidado de de otras personas, se dividió el grupo de cuidadores en los dos siguientes:

- Cuidadores que dedican 20 horas o más al cuidado de otras personas
- Cuidadores que dedican menos de 20 horas al cuidado de otras persona

Se determinó si existen diferencias entre ambos grupos para las variables sociodemográficas y de salud. Para ello se utilizó el test de Chi cuadrado para establecer la relación entre variables cualitativas independientes; y la U de de Mann Whitney para valorar la relación entre variables cuantitativas independientes que no cumplían criterios de normalidad (edad y número de días de ausencia al trabajo por problemas de salud).

Por último, se realizaron análisis de regresión logística para conocer la influencia del tiempo de cuidados sobre los resultados en salud. Para ello se seleccionaron como variables dependientes aquellas variables de salud en las que se habían observado diferencias estadísticamente significativas en el análisis bivariado, y como variable independiente el tiempo dedicado a los cuidados. Se incorporaron como variables de ajuste las variables sociodemográficas que habían presentado diferencias estadísticamente significativas para ambos grupos. Para este análisis se presentaron las Odds Ratios (OR) y sus Intervalos de Confianza al 95% (IC95%).

Para el análisis de todas las variables incluidas en este estudio el paquete estadístico utilizado ha sido STATA /SE 11.1

3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente estudio no requirió la autorización del Comité de Ética al trabajar con microdatos previamente anonimizados por el Instituto Nacional de Estadística. Estos datos se encuentran disponibles en la página web de dicha institución y su acceso es libre.

4. RESULTADOS:

4.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADOS EN ESPAÑA

Del total de las 22800 personas encuestadas, 2563 personas (11,24%) cuida, al menos una vez a la semana, de alguna persona mayor o con alguna dolencia crónica (Tabla 1).

Tabla 1: Frecuencia de cuidados en España

Variable	Frecuencia	Porcentaje
No cuidadores	20237	88,76%
Cuidadores	2563	11,24%
Total	22800	100%

De estas 2563 personas, 2447 respondieron a todas las preguntas relacionadas con los cuidados, siendo por tanto los sujetos que se analizan a continuación.

Con respecto al número de horas que los cuidadores dedican a la tarea de cuidados de una persona mayor o con alguna dolencia crónica, se observa que casi la mitad de los cuidadores (45,77%) dedican a esta tarea más de 20 horas a la semana y un 34,61 % dedican menos de 10 horas (Tabla 2).

Tabla 2: Número de Horas semanales dedicadas al cuidado de otras personas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 10 horas a la semana	847	34,61%
10 o más horas pero menos de 20 a la semana	480	19,62%
20 o más horas a la semana	112	45,77%
Total	2447	100.00

En relación al parentesco del cuidador con la persona cuidada, destaca que los cuidadores asumen con mayor frecuencia el cuidado de familiares (94,2%), y sólo un pequeño porcentaje cuida de otras personas (5,8%) (Tabla 3).

Tabla 3: Parentesco entre cuidador y persona cuidada

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Familiares	2305	94,2%
Otras personas	142	5,8%
Total	2447	100%

4.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS CUIDADORES

Predomina el sexo femenino ya que del total de personas cuidadoras (2447), el 62,40% (1527) son mujeres, y el 38% (920) son hombres (Figura 1).

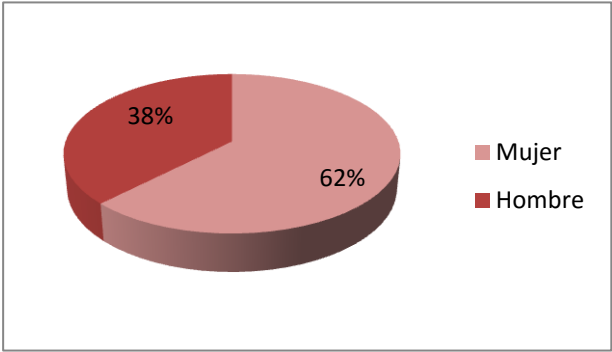


Figura 1: Sexo de los cuidadores

La mediana de edad de los cuidadores es de 52 años y el rango intercuartílico de 17 años. Por sexos, la mediana de edad en mujeres es de 53 años y en hombres de 51 y el rango intercuartílico de 17 y 18 años respectivamente (Tabla 4).

Tabla 4: Descriptiva de la edad de los cuidadores

Edad	Mediana	PC	IC 95%	TC	IC 95%	RI
Ambos sexos	52	44	(43-45)	61	(60-62)	17
Mujeres	53	44	(43-45)	61	(60-62)	17
Hombres	51	43	(42-45)	61	(60-62)	18

IC=intervalo de confianza; PC=Primer Cuartil; TC= tercer Cuartil; RI= Rango Intercuartílico

Con respecto al nivel de educación predomina el nivel de educación medio (44,34%) que corresponde a personas con estudios secundarios y formación profesional de grado medio, seguido del nivel de educación alto (28,32%) que corresponde a personas con formación profesional superior y estudios universitarios. La mayoría de cuidadores están casados (61,18%), han nacido en España (95,50%) y sólo un pequeño porcentaje (4,50%) son extranjeros. En cuanto a la ocupación destaca que casi la mitad de cuidadores (45,44%) combina la tarea de cuidar a un dependiente con un trabajo remunerado, y con porcentaje similar los cuidadores están jubilados (19,29%), desempleados (18,72%), o realizan labores del hogar (13,53%). Con respecto al tipo de hogar mayormente viven con su pareja (23,95%) y en pareja con algún hijo menor de 25 años (24,89%). Con respecto al Municipio de residencia destaca que viven en municipios capital de provincia (22,68%), seguidos de los que viven en municipios con menos de 10.000 habitantes (22,19%) (Tabla 5).

Tabla 5 : Características sociodemográficas del cuidador

Variable	Frecuencia	Porcentaje
EDUCACIÓN		
Nivel bajo	669	27,34%
Nivel medio	1085	44,34%
Nivel alto	693	28,32%
Total	2447	100%
ESTADO CIVIL		
Soltero	617	25,21%
Casado	1497	61,18%
Viudo	143	5,84%
Separado legalmente	63	2,57%
Divorciado	127	5,19%
Total	2447	100%
OCUPACIÓN		
Trabajando	1112	45,44%
En desempleo	458	18,72%
Estudiando	74	3,02%
Jubilado	472	19,29%
Labores del hogar	331	13,53%
Total	2447	100%
PAÍS DE NACIMIENTO		
España	2337	95,50%
Extranjero	110	4,50%
Total	2447	100%
TIPO DE HOGAR		
Hogar unipersonal	343	14,02%
Pareja sola (1)	586	23,95%
Pareja y algún hijo < 25 años	609	24,89%
Pareja y todos los hijos ≥ 25 años	209	8,54%
Padre (2) o madre(3) con algún hijo < 25	114	4,66%
Padre o madre y todos los hijos ≥ 25	245	10,01%
1 o 2 o 3 con hijo <25 años y otras	105	4,29%
Otro tipo de hogar	236	9,64%
Total	2447	100%
TAMAÑO DE MUNICIPIO		
Más de 500.000 habitantes	320	13,08%
Capital de provincia	555	22,68%
Más de 100.000 habitantes	193	7,89%
50.000 a < 100.000 habitantes	195	7,97%
20.000 a < 50.000 habitantes	361	14,75%
10.000 a < 20.000 habitantes	280	11,44%
Menos de 10.000 habitantes	543	22,19%
Total	2447	100%

4.3 NIVEL DE SALUD DE LOS CUIDADORES

Entre las diversos problemas de salud diagnosticados a los cuidadores, entre los más frecuentes se encuentran los niveles altos de colesterol e hipertensión arterial con una prevalencia del 25% y el 23% respectivamente. Destacan también problemas músculo esqueléticos sobre todo síntomas como el dolor de espalda crónico lumbar y cervical con una prevalencia en el 24% y 21% de los cuidadores respectivamente, y dentro de las enfermedades crónicas está la artrosis con una prevalencia del 21%. En la figura 2 se puede observar algunos de los problemas de salud más frecuentes de los cuidadores.

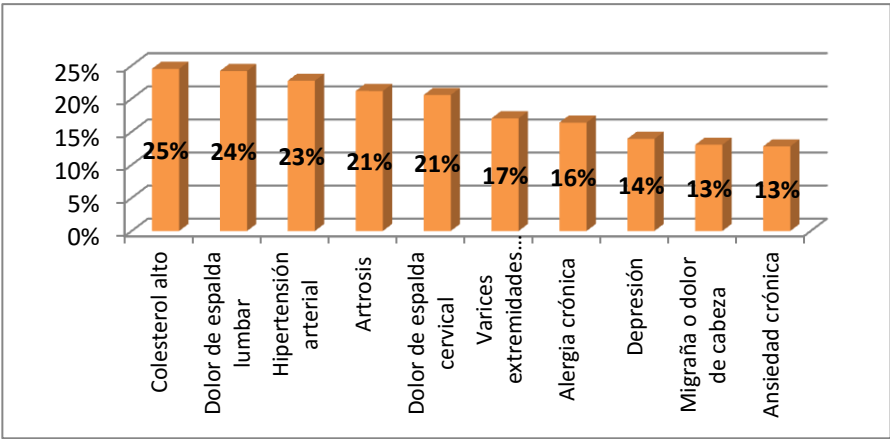


Figura 2: Problemas de salud más frecuentes en los cuidadores

En relación a su salud percibida, el 68,17% los cuidadores reportó tener una buena salud. Con respecto al grado de dolor percibido durante las últimas cuatro semanas, un 51% sí percibió aunque con diferente intensidad algún grado de dolor, siendo este percibido mayormente como grado moderado (18,06)% o leve (16,10%). De los 1248 cuidadores que percibieron algún grado de dolor, un 37,26% consideró que este no afectó en la realización de sus actividades cotidianas (Tabla 6).

Tabla 6 : Percepción de salud y dolor por el cuidador

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Salud percibida		
Buena salud percibida	1668	68,17%
Mala salud percibida	779	31,83%
Total	2447	100%
Grado de dolor percibido		
Ninguno	1199	49%
Muy leve	228	9,32%
Leve	394	16,10%
Moderado	442	18,06%
Extremo	184	7,52%
Total	2447	100%
Afectación del dolor		
Nada	465	37,26%
Un poco	342	27,40%
Moderadamente	258	20,67%
Bastante	145	11,62%
Mucho	38	3,04%
Total	1248	100%

De los 1112 cuidadores que están trabajando un 78,21% (858) se ausentaron del trabajo en los 12 últimos meses por problemas de salud, con una mediana de 7 días. El primer cuartil es de 2 días, el tercer cuartil es de 30 días y el rango intercuartílico es de 28 días. (Tabla 7).

En relación a la salud mental, aunque la mayor parte de los cuidadores (80,55%) no tuvieron síntomas depresivos en las dos últimas semanas, una quinta parte de los cuidadores si presentaron síntomas depresivos en las dos últimas semanas (19,45%) siendo la mayor parte de intensidad leve (12,79) % (tabla 8).

Tabla 7: Severidad sintomatología depresiva en el cuidador

Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	1971	80,55%
Leve	313	12,79%
Moderada	87	3,56%
Moderadamente Grave	57	2,33%
Grave	19	0,78%
Total	2447	100%

La mayor parte de cuidadores 91,25% (2233) no tiene cuadros depresivos activos y sólo un pequeño porcentaje tiene algún cuadro depresivo activo, presentando un 3,8% (93) un cuadro depresivo mayor y un 4,94% (121) otros cuadros depresivos (Figura 3).

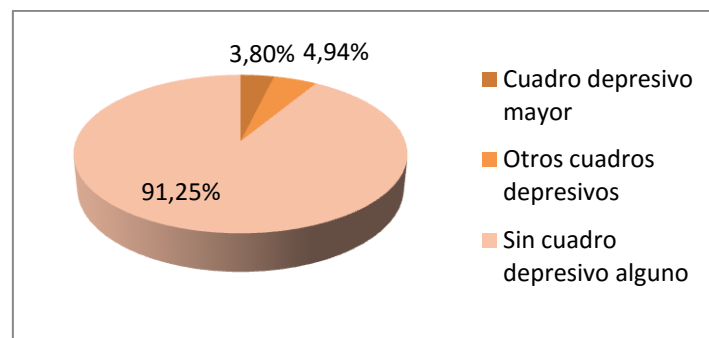


Figura 3: Prevalencia sintomatología depresiva en cuidadores

4.4 DIFERENCIAS EN DEPENDENCIA DE HORAS DEDICADAS A LOS CUIDADOS

En función de la variable horas semanales dedicadas al cuidado de otras personas se dividió al grupo de cuidadores en dos grupos:

- Cuidadores que dedican 20 horas o más al cuidado de otras personas (1327 cuidadores que representa el 45,77%).
- Cuidadores que dedican menos de 20 horas al cuidado de otras personas (1120 cuidadores que representa el 54,23%).

4.4.1 Perfil sociodemográfico según el tiempo dedicado a los cuidados

La mediana de la edad en el grupo que cuida menos de 20 horas es de 50 años, mientras que la mediana de edad en el grupo que cuida 20 horas o más es de 55 años. Las diferencias observadas en ambos grupo son estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Existe asociación significativa entre las variables sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación de los cuidadores y las horas semanales dedicadas al cuidado de otras personas ($p < 0,05$). En relación al sexo, existe un mayor porcentaje de mujeres que dedican más de 20 horas al cuidado, que de hombres que dedican este tiempo ($p < 0,001$). Con respecto al nivel educativo se observa que a menor nivel educativo se dedican más horas al cuidado y viceversa ($p < 0,001$). En cuanto al estado civil, los cuidadores con estado civil casado o separado cuidan menos horas, mientras que los solteros, viudos o divorciados dedican más horas al cuidado de otras personas ($p < 0,042$). Se observa que los cuidadores que realizan otras actividades (trabajo remunerado o estudios) aparte del cuidado dedican menos tiempo al cuidado de otras personas, mientras que los que no realizan actividades adicionales (labores del hogar, jubilados, desempleados) dedican más tiempo al cuidado de otras personas ($p < 0,001$). Los cuidadores que viven con personas que aún pueden depender de ellos (pareja/ padre /madre con algún hijo menor de 25 años) dedican menos horas al cuidado de otras personas, mientras que los que viven con personas que pueden ser más independientes (pareja sola, pareja/ padre /madre con todos los hijos mayores de 25 años) dedican más horas al cuidado de

otras personas ($p<0,01$) (Tabla 8). Ser cuidador nacional o extranjero no influye en el número de horas que se dedica al cuidado de otras personas ($p=0,746$). Tampoco existe asociación significativa entre el tamaño de municipio al que pertenecen los cuidadores y el número de horas semanales dedicadas al cuidado ($p=0,473$) (Tabla8).

Tabla 8: Relación entre variables sociodemográficas y horas dedicadas al cuidado

VARIABLE	< 20 HORAS		≥20 HORAS		P
	N	%	N	%	
SEXO					<0,001
Hombre	572	43,10	348	31,07	
Mujer	755	56,90	772	68,93	
NIVEL EDUCATIVO					P<0,001
Bajo	257	19,37	412	36,79	
Medio	618	46,57	467	41,70	
Alto	452	34,06	241	21,52	
ESTADO CIVIL					P=0,042
Soltero	324	24,42	293	26,16	
Casado	835	62,92	662	59,11	
Viudo	63	4,75	80	7,14	
Separado	39	2,94	24	2,14	
Divorciado	66	4,97	61	5,45	
OCUPACIÓN					P<0,001
Trabajando	726	54,71	386	34,46	
En desempleo	238	17,94	220	19,64	
Estudiando	56	4,22	18	1,61	
Jubilado	182	13,72	290	25,89	
Labores del hogar	125	9,42	206	18,39	
PAÍS DE NACIMIENTO					P=0,746
España	1269	95,63	1068	95,36	
Extranjero	58	4,37	52	4,64	
TIPO DE HOGAR					P<0,01
Hogar unipersonal	225	16,96	118	10,54	
Pareja sola (1)	301	22,68	285	25,45	
Pareja y algún hijo < 25 años	435	32,78	174	15,54	
Pareja y todos los hijos ≥ 25 años	112	8,44	97	8,66	
Padre (2) o madre(3) con algún hijo < 25 años	79	5,95	35	3,13	
Padre o madre y todos los hijos ≥ 25 años	66	4,97	179	15,98	
1 o 2 o 3 con hijo <25 años y otras personas	45	3,39	60	5,36	
Otro tipo de hogar	64	4,82	172	15,36	
TAMAÑO DE MUNICIPIO					P=0,473
Más de 500.000 habitantes	171	12,89	149	13,30	
Capital de provincia	288	21,70	267	23,84	
Más de 100.000 habitantes	98	7,39	95	8,48	
50.000 a < 100.000 habitantes	104	7,84	91	8,13	
20.000 a < 50.000 habitantes	212	15,98	149	13,30	
10.000 a < 20.000 habitantes	156	11,76	124	11,07	
Menos de 10.000 habitantes	298	22,46	245	21,88	

N= número de cuidadores; %= porcentaje; p= nivel de significación test de chi cuadrado

4.4.2 Nivel de salud según el tiempo dedicado a los cuidados

Se seleccionaron los 10 problemas de salud más frecuentes en este grupo, encontrándose en el grupo que dedicaba 20 horas o más los cuidados una mayor prevalencia de hipertensión arterial, dolor crónico de espalda cervical y lumbar, artrosis, varices en extremidades inferiores, depresión y ansiedad ($p<0,05$); mientras que para la alergia, migraña y niveles altos de colesterol las diferencias no son significativas ($p>0,05$) (Tabla N9).

Tabla 9: Relación entre patologías diagnosticadas y horas dedicadas al cuidado

VARIABLE	< 20 HORAS		≥20 HORAS		P
	N	%	N	%	
Colesterol alto	311	23,44	289	25,80	P=0,175
Dolor crónico de espalda lumbar	298	22,46	294	26,25	P=0,029
Hipertensión arterial	244	18,39	312	27,86	P<0,001
Artrosis	208	15,67	310	27,68	P<0,001
Dolor crónico de espalda cervical	238	17,94	265	23,66	P<0,001
Varices en EEII	192	14,47	225	20,09	P<0,001
Alergia	235	17,71	166	14,82	P=0,055
Depresión	135	10,17	175	15,63	P<0,001
Migraña o dolor de cabeza	170	12,81	149	13,30	P=0,718
Ansiedad	124	9,34	170	15,18	P<0,001

N= número de cuidadores; %= porcentaje; p= nivel de significación test de chi cuadrado

Con respecto a la salud percibida existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($P<0,001$), ya que perciben peor su estado de salud los que dedican más horas al cuidado de otras personas. Con respecto al grado de dolor percibido durante las últimas cuatro semanas se observan diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos ($P<0,01$), siendo mayor el grado de dolor percibido cuando se dedican más horas al cuidado. En los cuidadores que percibieron algún grado de dolor, con respecto de la afectación del mismo en las actividades cotidianas, las diferencias no fueron significativas en ambos grupos ($p=0,144$) (tabla 10).

Tabla 10: Relación entre grado de salud-dolor percibido y horas de cuidado

VARIABLE	< 20 HORAS		≥20 HORAS		P
	N	%	N	%	
SALUD PERCIBIDA					P<0,001
Buena	962	72,49	706	63,04	
Mala	365	27,51	414	36,96	
DOLOR PERCIBIDO					P<0,001
Ninguno	702	52,90	497	44,38	
Muy leve	132	9,95	96	8,57	
Leve	196	14,77	198	17,68	
Moderado	215	16,20	227	20,27	
Extremo	82	6,18	102	9,11	
AFECTACIÓN DEL DOLOR EN ACTIVIDADES					P=0,144
Nada	243	38,88	222	35,63	
Un poco	182	29,12	160	25,68	
Moderadamente	120	19,20	138	22,15	
Bastante	65	10,40	80	12,84	
Mucho	15	2,40	23	3,69	

N= número de cuidadores; %= porcentaje; p= nivel de significación test de chi cuadrado

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,05$) entre la ausencia del trabajo y el número de horas dedicadas al cuidado, ya que las personas que cuidaban menos horas se ausentaron con más frecuencia al trabajo. En cuanto a la mediana de días de ausencia en el trabajo por problemas de salud no existen diferencias significativas entre los dos grupos ($p=0,5569$) siendo la mediana de días de ausencia en el trabajo de 7 días en ambos grupos. En relación a la salud mental existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p<0,001$), siendo mayor la prevalencia de síntomas y cuadros depresivos y con mayor intensidad en el grupo que dedica más horas al cuidado de otras personas. (Tabla 11).

Tabla 11: Relación entre salud mental- ausencia en el trabajo y horas dedicada al cuidado

VARIABLE	< 20 HORAS		≥20 HORAS		P
	N	%	N	%	
AUSENCIA EN EL TRABAJO					P=0,053
No	549	63,99	309	36,01	
Si	169	70,71	70	29,29	
INTENSIDAD DE SINTOMAS DEPRESIVOS					P=0,001
Ninguna	1125	57,08	846	42,92	
Leve	136	43,45	177	56,55	
Moderada	32	36,78	55	63,22	
Moderadamente Grave	27	47,37	30	52,63	
Grave	7	36,84	12	63,16	
PREVALENCIA DE CUADROS DEPRESIVOS					P<0,001
Cuadro depresivo mayor	41	44,09	52	55,91	
Otro cuadro depresivo	43	35,54	78	64,46	
Sin cuadro depresivo	1243	55,67	990	44,33	

N= número de cuidadores; %= porcentaje; p= nivel de significación test de chi cuadrado

4.4.3 Análisis multivariante

Se analizó la influencia de las horas de cuidado sobre los resultados de salud en los que se habían encontrado diferencias significativas, ajustando por características sociodemográficas de los cuidadores. Se observó que las personas que dedicaban 20 o más horas a los cuidados tenían un riesgo 1,5 veces mayor de presentar sintomatología depresiva (IC95%: 1,226-1,927) o algún cuadro depresivo activo (IC95%: 1,107-2,089) según el cuestionario PHQ-8(se preguntó la frecuencia e intensidad de síntomas depresivos durante las dos últimas semanas y de esto se establecieron dos variables: presencia e intensidad de síntomas depresivos y prevalencia de cuadros depresivos), que aquellas personas que dedicaban menos tiempo a los cuidados(Tabla 12).

Tabla 12: Análisis de Regresión logística para sintomatología y cuadros depresivos

VARIABLE	SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA			CUADRO DEPRESIVO ACTIVO		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD	0,996	0,984	1,009	0,992	0,975	1,010
Hombre	1			1		
Mujer	1,953*	1,512	2,523	1,474*	1,201	2,522
Nivel educativo bajo	1			1		
Nivel educativo medio	1,079	0,827	1,408	0,882	0,622	1,251
Nivel educativo alto	0,695*	0,500	0,965	0,401	0,243	0,661
Trabajando	1			1		
Desempleado	2,217*	1,667	2,949	2,520*	1,678	3,783
Estudiando	1,293	0,617	2,710	1,192	0,404	3,516
jubilado	1,517*	1,034	2,226	1,828*	1,065	3,136
Labores del hogar	2,140*	1,520	3,012	2,343*	1,451	3,784
Soltero	1			1		
casado	1,055	0,717	1,550	1,210	0,704	2,081
Viudo	1,617	0,984	2,657	1,890	0,974	3,668
Separado	2,159*	1,157	4,030	2,619*	1,156	5,934
divorciado	1,278	0,766	2,132	1,242	0,599	2,573
Hogar unipersonal	1			1		
Pareja sola (1)	0,993	0,627	1,572	1,011	0,517	1,976
Pareja y algún hijo < 25 años	0,916	0,566	1,482	0,962	0,475	1,950
Pareja y todos los hijos ≥25 años	1,220	0,738	2,016	1,397	0,681	2,868
Padre (2) o madre(3) con algún hijo < 25 años	1,094	0,626	1,912	1,772	0,841	3,732
Padre o madre y todos los hijos ≥25 años	0,902	0,581	1,401	1,191	0,638	2,221
1 o 2 o 3 con hijo <25 años y otras personas	0,713	0,377	1,347	1,270	0,552	2,923
Otro tipo de hogar	0,898	0,561	1,438	1,183	0,613	2,287
Menos de 20 horas de cuidados	1			1		
20 o más horas de cuidados	1,537*	1,226	1,927	1,521*	1,107	2,089

IC= intervalo de Confianza; OR= Odds Ratio; * Resultados estadísticamente significativos.

No se observó relación entre las horas de cuidado y la salud y el dolor percibido por los cuidadores tras el ajuste por variables sociodemográficas (Tabla13).

Tabla 13:Análisis de Regresión logística para salud percibida, dolor percibido

VARIABLE	SALUD PERCIBIDA			DOLOR PERCIBIDO		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
EDAD	1,017*	1,005	1,028	1,014*	1,004	1,025
Hombre	1			1		
Mujer	1,376*	1,116	1,697	2,232*	1,852	2,690
Nivel educativo bajo	1			1		
Nivel educativo medio	0,728*	0,579	0,915	0,948	0,758	1,184
Nivel educativo alto	0,478*	0,364	0,628	0,856	0,666	1,099
Trabajando	1			1		
Desempleado	1,521*	1,176	1,967	1,211	0,960	1,528
Estudiando	1,377	0,684	2,774	0,898	0,500	1,615
jubilado	1,733*	1,266	2,372	1,635*	1,211	2,208
Labores del hogar	1,782*	1,314	2,418	1,155	0,863	1,547
Soltero	1			1		
casado	1,256	0,896	1,760	1,175	0,870	1,588
Viudo	1,607*	1,028	2,513	1,011	0,655	1,561
Separado	1,928*	1,083	3,433	1,533	0,881	2,667
divorciado	1,291	0,811	2,055	1,486	0,979	2,256
Hogar unipersonal	1			1		
Pareja sola (1)	1,347	0,900	2,016	0,874	0,609	1,253
Pareja y algún hijo < 25 años	0,983	0,640	1,510	1,119	0,773	1,621
Pareja y todos los hijos ≥ 25 años	1,681*	1,078	2,620	0,929	0,620	1,392
Padre (2) o madre(3) con algún hijo < 25 años	1,272	0,752	2,151	1,080	0,676	1,725
Padre o madre y todos los hijos ≥ 25 años	1,348	0,911	1,994	0,866	0,609	1,232
1 o 2 o 3 con hijo <25 años y otras personas	1,209	0,695	2,103	0,922	0,563	1,510
Otro tipo de hogar	1,227	0,806	1,868	1,044	0,713	1,529
Menos de 20 horas de cuidados	1			1		
20 o más horas de cuidados	1,028	0,844	1,252	1,124	0,938	1,346

IC= intervalo de Confianza; OR= Odds Ratio; * Resultados estadísticamente significativos.

Con respecto a las enfermedades diagnosticadas a los cuidadores, se observó que las personas que dedicaban más de 20 horas tenían un riesgo de 1,3 veces mayor de presentar ansiedad que las personas que dedican menos tiempo a los cuidados, siendo este resultado estadísticamente significativo tras el ajuste por variables sociodemográficas (IC95%: 1,015-1,758) (Tabla 16). No se observó relación entre las horas de cuidado y en el resto de enfermedades o problemas de salud diagnosticados, tras el ajuste por variables sociodemográficas (Tablas 14-15).

Tabla 14: Análisis de Regresión logística para diagnóstico de hipertensión arterial y varices en extremidades inferiores

VARIABLE	HIPERTENSIÓN ARTERIAL			VARICES EXTREMIDADES INFERIORES		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
Edad	1,058*	1,043	1,072	1,032*	1,017	1,047
Hombre	1			1		
Mujer	0,675	0,531	0,857	5,037*	3,657	6,936
Nivel educativo bajo	1					
Nivel educativo medio	0,808	0,621	1,052	0,683	0,514	0,908
Nivel educativo alto	0,774	0,569	1,051	0,474	0,334	0,672
Trabajando	1			1		
Desempleado	1,117	0,807	1,545	0,872	0,617	1,233
Estudiando	0,982	0,223	4,334	0,596	0,132	2,681
jubilado	1,269	0,901	1,789	0,976	0,654	1,458
Labores del hogar	1,384	0,964	1,985	0,616	0,604	1,230
Soltero	1			1		
casado	1,500	0,997	2,258	1,643*	1,031	2,618
Viudo	1,620	0,998	2,629	1,466	0,856	2,511
Separado	0,922	0,446	1,906	2,363*	1,162	4,808
divorciado	1,017	0,570	1,814	1,635	0,893	2,993
Hogar unipersonal	1			1		
Pareja sola (1)	0,727	0,458	1,153	0,845	0,504	1,416
Pareja y algún hijo < 25 años	0,544	0,327	0,905	1,082	0,627	1,867
Pareja y todos los hijos ≥ 25 años	0,881	0,529	1,468	0,748	0,413	1,354
Padre (2) o madre(3) con algún hijo < 25 años	1,005	0,507	1,993	0,609	0,295	1,259
Padre o madre y todos los hijos ≥25 años	0,908	0,591	1,396	0,855	0,518	1,410
1 o 2 o 3 con hijo <25 años y otras personas	0,637	0,311	1,305	1,051	0,523	2,110
Otro tipo de hogar	0,809	0,503	1,300	0,832	0,489	1,417
Menos de 20 horas de cuidados	1			1		
20 o más horas de cuidados	1,127	0,897	1,415	1,004	0,785	1,284

IC= intervalo de Confianza; OR= Odds Ratio; * Resultados estadísticamente significativos

Tabla 15: Análisis de Regresión logística para diagnóstico de artrosis y dolor de espalda cervical y lumbar

VARIABLE	ARTROSIS			DOLOR ESPALDA CERVICAL			DOLOR ESPALDA LUMBAR		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%		OR	IC 95%	
Edad	1,062*	1,046	1,078	1,008	0,995	1,021	1,022*	1,010	1,034
Hombre	1			1			1		
Mujer	2,760*	2,087	3,649	2,697*	2,098	3,466	1,396*	1,123	1,737
Nivel educativo bajo	1			1			1		
Nivel educativo medio	0,840	0,639	1,106	0,789	0,606	1,028	0,992	0,774	1,271
Nivel educativo alto	0,631*	0,452	0,881	0,677*	0,498	0,922	0,742*	0,556	0,992
Trabajando	1			1			1		
Desempleado	1,276	0,901	1,808	0,906	0,666	1,233	1,132	0,859	1,491
Estudiando	-	-	-	0,367	0,107	1,258	0,747	0,298	1,871
jubilado	1,338	0,922	1,943	1,619*	1,133	2,313	1,299	0,933	1,810
Labores del hogar	1,371	0,961	1,955	0,884	0,630	1,240	1,038	0,749	1,439
Soltero	1			1			1		
casado	2,560*	1,609	4,074	1,956*	1,314	2,912	1,321*	0,923	1,890
Viudo	1,682*	1,005	2,817	0,699	0,416	1,174	0,661	0,402	1,087
Separado	1,812	0,879	3,734	1,113	0,552	2,245	1,312	0,707	2,434
divorciado	1,336	0,711	2,509	0,899	0,508	1,594	1,327	0,822	2,142
Hogar unipersonal	1			1			1		
Pareja sola (1)	0,573*	0,346	0,948	0,562*	0,357	0,883	0,819	0,539	1,245
Pareja y algún hijo < 25 años	0,396*	0,226	0,697	0,501*	0,310	0,809	0,805	0,518	1,252
Pareja y todos los hijos ≥ 25 años	0,812	0,464	1,420	0,559*	0,334	0,937	0,982	0,617	1,563
Padre (2) o madre(3) con hijo < 25 años	0,729	0,354	1,502	0,652	0,349	1,218	0,739	0,409	1,336
Padre o madre hijos ≥ 25 años	0,864	0,537	1,389	0,726	0,464	1,137	1,091	0,729	1,632
1 o 2 o 3 con hijo < 25 y otras personas	0,433*	0,196	0,956	0,555	0,290	1,061	0,875	0,484	1,581
Otro tipo de hogar	0,905	0,545	1,503	0,680	0,425	1,088	0,839	0,539	1,306
Menos de 20 horas de cuidados	1			1			1		
20 o más horas de cuidados	1,124	0,884	1,428	1,084	0,867	1,354	0,937	0,761	1,155

IC= intervalo de Confianza; OR= Odds Ratio; * Resultados estadísticamente significativos

Tabla 16: Análisis de Regresión logística para diagnóstico de depresión y ansiedad

VARIABLE	DEPRESIÓN			ANSIEDAD		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%	
Edad	1,004*	0,989	1,019	0,995	0,980	1,010
Hombre	1			1		
Mujer	1,924*	1,406	2,634	2,433*	1,750	3,382
Nivel educativo bajo	1,000					
Nivel educativo medio	0,894	0,656	1,218	0,810	0,590	1,112
Nivel educativo alto	0,690	0,470	1,013	0,681	0,463	1,003
Trabajando	1			1		
Desempleado	1,891*	1,327	2,695	1,844*	1,285	2,647
Estudiando	0,821	0,265	2,549	0,599	0,168	2,135
jubilado	1,853*	1,195	2,873	2,298*	1,464	3,608
Labores del hogar	2,164*	1,445	3,240	1,930*	1,283	2,901
Soltero	1			1		
casado	1,394	0,873	2,227	1,626	0,992	2,665
Viudo	1,740	0,995	3,043	1,119	0,600	2,085
Separado	1,511	0,693	3,295	2,347*	1,110	4,962
divorciado	1,726	0,970	3,070	1,723	0,936	3,172
Hogar unipersonal	1			1		
Pareja sola (1)	0,855	0,487	1,501	0,943	0,527	1,688
Pareja y algún hijo < 25 años	0,770	0,420	1,411	0,824	0,442	1,536
Pareja y todos los hijos ≥ 25 años	1,361	0,742	2,496	1,225	0,648	2,313
Padre (2) o madre(3) con algún hijo < 25 años	2,187*	1,168	4,095	1,806	0,937	3,482
Padre o madre y todos los hijos ≥ 25 años	1,537	0,921	2,566	1,284	0,740	2,228
1 o 2 o 3 con hijo < 25 años y otras personas	1,208	0,581	2,512	1,149	0,543	2,430
Otro tipo de hogar	1,199	0,683	2,105	0,812	0,439	1,502
Menos de 20 horas de cuidados	1			1		
20 o más horas de cuidados	1,151	0,880	1,507	1,336*	1,015	1,758

IC= intervalo de Confianza; OR= Odds Ratio; * Resultados estadísticamente significativos

5. DISCUSIÓN:

La prevalencia de cuidados en España en el año 2014 fue del 11,24%, el 54,23% de cuidadores dedican menos de 20 horas a la semana a la tarea de cuidados y el 94,20% cuida familiares.

El perfil básico del cuidador en España es de una persona del sexo femenino, con una mediana de edad de 53 años, con nivel educativo medio, casada, nacida en España y cuida principalmente de familiares. El 45,44% de cuidadores combina la tarea de cuidar con un trabajo remunerado, un 24,89% de cuidadores viven con su pareja y algún hijo de 25 años y un 23,95% viven solo con su pareja. Un 22,68% de cuidadores viven en municipios capital de provincia y un 22,19% en municipios con menos de 10.000 habitantes.

Entre las principales enfermedades o problemas de salud diagnosticados al cuidador los más relevantes son niveles altos de colesterol en un 25% de los cuidadores, dolor de espalda crónico lumbar en un 24%, hipertensión arterial en un 23%, artrosis en un 21%, dolor de espalda cervical en un 21%, varices en extremidades inferiores en un 17%, alergia crónica en un 16%, depresión en un 14%, migraña o cefalea en un 13%, y ansiedad crónica en un 13%. El 68,17% de cuidadores reportó tener buena salud, aunque un 51% percibieron algún grado de dolor en las cuatro últimas semanas, un 19,45% presentaron síntomas depresivos en las dos últimas semanas y un 8,75% presentaron algún cuadro depresivo activo (depresión mayor, otros).

El perfil sociodemográfico del cuidador/a de nuestro estudio es similar al reportado en la bibliografía; así la mediana de la edad de los cuidadores es de 52 años, cuidan principalmente de familiares (94,2%), están casados (61,18%), y al igual que en los estudios revisados el cuidado es realizado mayormente por mujeres (62%)^{1, 2,5-17}.

Al comparar las características sociodemográficas de los cuidadores en dependencia a las horas dedicadas a los cuidados, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos según edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación y tipo de hogar.

Si se analiza la variable edad en función de las horas dedicadas al cuidado de otras personas, existen diferencias significativas entre los dos grupos, siendo la mediana de la edad en el grupo que cuida menos de 20 horas de 50 años y en el grupo que cuida 20 horas o más de 55 años; siendo importante destacar que aunque haya una diferencia de 5 años, la edad de los cuidadores de los dos grupos se encuentra dentro de los intervalos de edad descritos por otros trabajos^{1,2,5-17}.

Con respecto al nivel de estudios y ocupación del cuidador en nuestro estudio predomina el nivel de educación medio con un 44,34%, un 45,44% de cuidadores compagina la tarea de cuidar con un

trabajo remunerado y sólo un 13,53% se dedican a labores del hogar; estos resultados difieren con lo descrito en la bibliografía revisada que indica que el nivel de formación del cuidador es principalmente de estudios primarios y que se dedica a las labores del hogar^{2,7,8,10,16,17}. Sin embargo si se tiene en cuenta que en los estudios de la bibliografía consultada la población de estudio fue investigada entre los años 2000 y 2009 y considerando que la población de nuestro estudio fue investigada entre el año 2014-2015, estas diferencias quizá podrían atribuirse a la crisis económica que ha atravesado el país en los últimos años lo que ha podido conllevar que personas con mayor nivel de formación o con trabajo estable, y que en otras circunstancias delegaban el cuidado de sus familiares a cuidadores formales, hayan tenido que asumir actualmente el rol del cuidador.

Si se analizan las demás variables sociodemográficas en función de las horas dedicadas al cuidado, con respecto al sexo se observa que existe un mayor porcentaje de mujeres que dedican más de 20 horas al cuidado que de hombres que dedican este mismo tiempo, lo que coincide con la literatura consultada que refiere una mayor proporción de mujeres cuidadoras^{1,2,5-17}. Con respecto al estado civil los casados y los separados cuidan menos horas, mientras que los solteros, viudos o divorciados cuidan más horas; esta situación podría deberse a que los casados probablemente tengan más ocupaciones con sus propios hogares con lo que no podrían dedicar más tiempo a cuidar de sus familiares. Con respecto al tipo de hogar los cuidadores cuyo hogar está conformado por personas con mayor independencia (pareja sola, pareja/padre/madre/pareja con todos los hijos mayores de 25 años) dedican más horas al cuidado de otras personas. Con respecto al nivel de educación y ocupación, encontramos que existen diferencias significativas ($p < 0,001$), siendo el grupo de cuidadores con un nivel educativo más bajo (36,79%) y en el que realizan más labores del hogar (18,39%) el que dedica más horas al cuidado de otras personas, coincidiendo estos hallazgos con el perfil básico del cuidador descrito por otros estudios^{1,2,5-17}.

Con respecto al número de horas que los cuidadores dedican a la tarea de cuidado de otras personas en algunos estudios se indica que se dedican más de 40 horas semanales a esta tarea^{6,10}, mientras que en nuestro estudio se encontró que una mayor proporción de cuidadores (54,23%) dedican menos de 20 horas semanales al cuidado de otras personas. Esta diferencia podría deberse a que en otros estudios se incluye sólo a cuidadores que viven en el mismo domicilio del cuidador con lo que se considera que están las 24 horas del día al cuidado del dependiente; mientras que en nuestro estudio se investiga las horas semanales dedicadas al cuidado sin considerar si el cuidador vive o no con el dependiente.

Con respecto a la salud percibida un 68,17% de cuidadores refirió tener buena salud lo que no concuerda con los datos referidos en la bibliografía consultada que indica que los cuidadores

reportan tener peor estado de salud. Esto quizá podría deberse, a que en nuestro estudio la mayor parte de cuidadores dedican menos horas al cuidado de otras personas, y dentro de este grupo un gran porcentaje de cuidadores están más activos ya que combinan el cuidado de un familiar con otras actividades (45,44% trabajan y cuidan de un familiar); esta mayor actividad conllevaría a una mejor percepción de salud. Por otra parte el menor tiempo de dedicación al cuidado de otras personas quizá conlleve menores niveles de sobrecarga por la tarea de cuidados, de hecho en un estudio que correlaciona el nivel de salud percibida con el nivel de sobrecarga del cuidador refiere que cuanto peor es la salud percibida mayor es la sobrecarga del cuidador²¹. Sin embargo si analizamos la salud percibida en función de las horas dedicadas al cuidado, encontramos que existen diferencias significativas ($p<0,001$), percibiendo peor estado de salud los cuidadores que dedican más horas semanales al cuidado de otras personas (36,96%) siendo estos hallazgos similares a los descritos en otros estudios^{2,7,14,19}. No obstante, esta asociación no fue estadísticamente significativa en nuestro estudio cuando se ajustó por las características sociodemográficas.

Los resultados de nuestro estudio sobre los problemas de salud que han sido diagnosticados con más frecuencia a los cuidadores ponen de manifiesto que existe una mayor prevalencia de niveles altos de colesterol en un 25% de cuidadores, dolor de espalda crónico lumbar en un 24%, hipertensión arterial en un 23%, dolor de espalda crónico lumbar en un 21%, depresión en un 14%, migraña o cefalea en un 13% y ansiedad crónica en un 13%. Lo que concuerda en parte con los hallazgos de la bibliografía revisada ya que en ésta se hace referencia a mayor prevalencia en cuidadores de síntomas físicos como cefalea, dolor de espalda, cansancio, y problemas de ansiedad y depresión^{7,9,10,18,19}, sin embargo no se hace referencia a problemas hipertensión o colesterol alto. Esto podría deberse a que en los diferentes estudios se hace más hincapié a síntomas subjetivos que son más fácilmente contados por el paciente y les hace más susceptibles de ser recogidos, mientras que en nuestro estudio se le enumera al cuidador una lista específica de problemas de salud y se le pregunta si le han diagnosticado alguno de ellos.

Si se estudian los problemas de salud diagnosticados en función de las horas dedicadas al cuidado de otras personas, encontramos que existe una asociación significativa entre hipertensión arterial, dolor crónico de espalda lumbar y cervical, artrosis, varices en extremidades inferiores, depresión y ansiedad y las horas dedicadas al cuidado ($p<0,05$), esto implica que las personas que cuidan más horas tienen más riesgo de enfermedad. Estos hallazgos son concordantes con la bibliografía revisada^{7,9,10,18,19}, y en algún estudio además hacen referencia a que en el número de problemas de salud percibidos y las manifestaciones de ansiedad y depresión de los cuidadores, es mayor cuanto mayor es el nivel de dependencia física y deterioro mental del dependiente y cuanto mayor es el tiempo que lleva cuidando el cuidador^{18,19}. Sin embargo tras realizar el ajuste por las variables

sociodemográficas de los cuidadores sólo se observó asociación significativa en la ansiedad, de forma que las personas que dedicaban más de 20 horas tenían un riesgo de 1,3 mayor de presentar ansiedad que las personas que cuidaban menos horas (IC95%: 1,015-1,758). En el resto de enfermedades diagnosticadas no se encontró asociación estadística tras el ajuste por variables sociodemográficas.

Con respecto al grado de dolor percibido el 51% de cuidadores percibieron algún grado de dolor siendo este percibido mayormente como grado leve, estos resultados coinciden con otro estudio en el que se describe que los cuidadores perciben algún grado de dolor aunque lo perciben mayormente con una intensidad moderada¹³. Sin embargo en la comparación en función de las horas dedicadas al cuidado existe un mayor grado de dolor percibido a mayor número de horas de cuidado, lo que es concordante con la literatura¹³.

De los cuidadores que reportó tener dolor, un 62,74% refirió que este afectó a sus actividades cotidianas; aunque no se han encontrado estudios que analicen la limitación de las actividades cotidianas debido al dolor percibido por un cuidador, un estudio que evalúa la correlación entre la sobrecarga subjetiva y el dolor percibido en cuidadoras de ancianos, encontró una relación positiva significativa entre la sobrecarga de la cuidadora y la intensidad del dolor percibido, así como entre tiempo desempeñado como cuidadora y la intensidad del dolor²⁰.

Igual que en nuestro estudio, donde hasta un 78,21% de los cuidadores que están trabajando se ausentaron del trabajo en el último año por problemas de salud, otros autores referencian que los cuidadores que trabajan fuera de casa tienen problemas para compaginar las tareas del cuidado y las obligaciones laborales, lo que ocasiona impuntualidad y absentismo laboral.^{2,12,19}.

En relación a la salud mental un 15,45% de cuidadores tienen síntomas depresivos y un 8,75% tiene un cuadro depresivo activo. Estos hallazgos concuerdan con los reportados por otros estudios donde se presentan síntomas depresivos o de deterioro de la salud mental en cuidadores en porcentajes similares a los de nuestro estudio^{9,12,17}, o incluso con porcentajes mayores⁷.

Si se analiza la salud mental en función de las horas dedicadas al cuidado de otras personas, existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < 0,001$), siendo mayor la prevalencia de síntomas y cuadros depresivos activos y presentándose mayor intensidad en el grupo que dedica más horas al cuidado de otras personas. Esto podría explicarse porque las personas que cuidan más horas la mayoría se dedican exclusivamente al cuidado del dependiente sin realizar otras actividades; con lo que es más factible que se perciban mayormente síntomas

negativos como sentirse cansados, desesperanzados o fracasados. Es importante resaltar que tras el ajuste por las características sociodemográficas de los cuidadores se observó que las personas que dedicaban 20 o más horas a los cuidados tenían un riesgo 1,5 veces mayor de presentar síntomas depresivos (IC 95%: 1,226-1,927) o algún cuadro depresivo activo (IC95%: 1,107-2,089) según el cuestionario PHQ-8 aplicado a los cuidadores en el momento de la encuesta, que aquellas personas que dedican menos tiempo al cuidado de otras personas.

Este trabajo tiene algunas limitaciones. En primer lugar, dado que ha sido realizado a partir de datos obtenidos por medio de información proporcionada por la persona encuestada, la principal limitación es la no respuesta y que los datos proporcionados no reflejen la situación del encuestado, lo que puede ocasionar sesgos; no obstante la metodología utilizada para el diseño y la recogida de información de la Encuesta Europea de Salud ha sido bien estructurada y sistematizada con lo que la información tiene una alta fiabilidad. Por otro lado, debido al elevado número de valores perdidos en este estudio no se consideró la variable ingresos, lo que limita en cierta medida conocer el nivel socioeconómico de los cuidadores y la relación con el tiempo dedicado al cuidado de otras personas; no obstante al contar con otras variables que dan cuenta de otros factores también relacionados con el nivel socioeconómico, como el nivel educativo o el tipo de hogar, es posible tener una perspectiva del mismo.

Entre las fortalezas del estudio se encuentra que la información que proporciona la Encuesta Europea de Salud es representativa de la población española y está armonizada a nivel Europeo, lo que permite que las estimaciones sobre el estado de salud de la población Española puedan ser comparadas a nivel de la Comunidad Europea. Además, el hecho de que la población diana de la Encuesta Europea de Salud sea toda la población nacional, permite que las estimaciones de nuestro estudio proporcionen una visión general de las características del cuidado y del cuidador a nivel nacional, de manera que los resultados y conclusiones de nuestro estudio pueden ser generalizados con precisión a toda la población Española (validez externa). Esto supone una ventaja sobre la mayoría de trabajos que tratan este tema ya que estos principalmente se centran en el estudio de una parte específica de la población con lo que la generalización de los resultados sólo puede hacerse a poblaciones similares.

Los resultados de nuestro estudio ponen en evidencia que las personas que dedican parte de su tiempo al cuidado de otras personas es una población que tiene una mayor susceptibilidad para padecer problemas sociales, económicos y de salud. Esto es especialmente relevante en el caso de la patología psiquiátrica ya que tras el ajuste por las variables sociodemográficas del cuidador se observó, que aquellos cuidadores que dedicaban más tiempo a los cuidados tenían un riesgo de

1,3 veces mayor de presentar ansiedad y un riesgo de 1,5 veces mayor de presentar sintomatología depresiva o algún cuadro depresivo activo según el cuestionario PHQ-8 aplicado en el momento de la encuesta, que cuidadores que dedican menos tiempo a los cuidados. Es de vital importancia que desde niveles asistenciales como la Atención Primaria se contribuya a lograr el bienestar físico y psíquico de este segmento de la población, teniendo en cuenta aquellos problemas de salud que son más frecuentes en estas personas y proporcionando una intervención terapéutica eficaz que controle en la medida de lo posible los síntomas físicos. Acciones como la creación de programas psicoterapéuticos en los que un profesional de Salud Mental enseñe al cuidador a afrontar y adaptarse a las consecuencias del cuidado resultarían de interés para minimizar y prevenir las consecuencias psiquiátricas derivadas de la tarea de cuidar.

6. CONCLUSIONES:

1. El 11,24% de la población española en el año 2014 dedicaba parte de su tiempo al cuidado de otras personas. Más de la mitad de cuidadores dedicaban menos de 20 horas a la semana a la tarea de cuidados y la mayoría de cuidadores cuidaba de familiares.
2. El perfil sociodemográfico del cuidador en España es de una persona del sexo femenino, con una mediana de edad de 53 años, con nivel educativo medio, casada, y nacida en España.
3. Entre los problemas de salud diagnosticados en cuidadores, destacan la existencia de niveles altos de colesterol, dolor de espalda crónico lumbar y cervical, artrosis, hipertensión arterial, varices en extremidades inferiores, alergia crónica, depresión, cefaleas y ansiedad crónica. La mayoría de cuidadores declaró tener buena salud, aunque la mitad también reportó algún grado de dolor en las cuatro últimas semanas que no limitó sus actividades diarias; un 19,45% presentó síntomas depresivos según el cuestionario PHQ-8 aplicado en el momento de la encuesta.
4. En función de las horas dedicadas a los cuidados se encontraron diferencias según edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación y tipo de hogar. En el grupo que dedicaba más horas al cuidado existió una mayor frecuencia de hipertensión arterial, dolor crónico de espalda cervical y lumbar, artrosis, varices en extremidades inferiores, depresión y ansiedad; así mismo, se observaron diferencias entre los dos grupos en las variables percepción del estado de salud, grado de dolor percibido, prevalencia e intensidad de síntomas depresivos, con peores resultados en aquellos cuidadores que dedicaban más tiempo a los cuidados; Tras realizar un ajuste por variables sociodemográficas del cuidado se encontró que las personas que dedicaban más tiempo a los cuidados tenían mayor riesgo de presentar ansiedad diagnosticada y síntomas o algún cuadro depresivo según el cuestionario PHQ-8 aplicado en el momento de la encuesta .
5. Resultaría conveniente la creación de programas específicos de apoyo para las personas dedicadas a los cuidados, para prevenir las consecuencias negativas sobre la salud que se asocian a la tarea de cuidar.

Bibliografía:

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO). Atención a las Personas Mayores en situación de Dependencia en España, Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: IMSERSO; 2004.
2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles: el entorno familiar. Madrid: IMSERSO; 2005.
3. Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*. 2009;83(3):393-405.
4. INE.Tablas de mortalidad de la población de España. Serire 1975-2014. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/p319a/serie/p02/l0/&file=02001.px&L=0> (último acceso mayo 2016).
5. IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2014. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm (último acceso mayo 2016).
6. Heras MA. Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. *Revista del Ministerio de trabajo e inmigración*. 2006(60):57-74.
7. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2009;2(7):332-339.
8. Babarro A, Garrido Barral A, Díaz Ponce A, Casquero Ruiz R, Riera Pastor M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria*. 2004;33(2):61-66.
9. Llach Badia X, Suriñachb Lara N, Gamisans Roset M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Atención Primaria*. 2004;34(4):170-177.
10. do Muíño Joga M, Fernández Fernández MV, Rodríguez Rodríguez E, Hermida Rodríguez A, Hervés Rego E. Perfil sociocultural de los cuidadores de pacientes inmovilizados en Atención Primaria. *Cadernos de Atención Primaria*. 2009;16:280-283.
11. Moreno-Gaviño L, Bernabeu-Wittel M, Alvarez-Tello M, Rincón-Gómez M, Bohórquez-Colombo P, Cassani-Garza M et al. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Atención Primaria*. 2008;40(4):193-198.
12. García-Calvente MdM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*. 2004;18(2):83-92.

13. Sánchez Mendoza R, Company Sancho MC, Hernández Garía EL, Medina Pérez M, Gómez Perera M^a L, et al. Perfil del cuidador principal en el área de salud de Gran Canaria. *ENE, Revista de Enfermería*. 2014;8(2).
14. Flores N, Jenaro C, Moro L, 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*. 2015;4(2):78-79.
15. Domínguez JA, Ruíz M, Gómez I, Gallego E, Valero J, Izquierdo MT. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 2012;38(1):16-23.
16. Otero Á, Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso Á, Aguilar MD, Lázaro P. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Revista Española de Salud Pública*. 2004;78(2):201-13.
17. Peñaranda AP, García Ortiz L, Sánchez Rodríguez E, Baltar Losada A, Santos Porras N, Gómez Marcos MÁ. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Atención Primaria*. 2009;41(11):621-628.
18. Seira Lledós MP, Aller Blanco A, Calvo Gascón A. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. *Revista Española de Salud Pública*. 2002;76(6):713-721.
19. Bonet Úbeda I, Roger Roca M. ¿Cómo repercute el cuidar en los cuidadores familiares de personas dependientes?. *Nursing* . 2008; 31;26(10):62-66.
20. Villarejo Aguilar L, Peña Zamora MA, Casado Ponce G. Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Enfermería Global*. 2012;11(27):159-164.
21. de Larrinoa Palacios P, Rodríguez Martínez S, Marqués Ortiz N, Zabaleta Carrasco M, Eizagirre Solabarrieta J, Marroquín Gómez I. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*. 2011;23(3):388-393.