

***CARACTERIZACIÓN DE UN COLECTIVO DE CUIDADORES  
INFORMALES DE ACUERDO A SU PERCEPCIÓN DE LA SALUD***

***CHARACTERIZATION OF A GROUP OF PRIMARY INFORMAL CAREGIVES  
ACCORDING TO THEIR SELF-RATED HEALTH***

**Trinidad Lorenzo, José Carlos Millán-Calenti,**

**Laura Lorenzo-López, Ana Maseda**

**Universidad de A Coruña**

**Resumen**

La salud autopercebida es un elemento clave a la hora de minimizar el impacto socioeconómico generado por el cuidado de personas mayores con dependencia. En este estudio, se pretende caracterizar a un colectivo de personas cuidadoras informales de acuerdo a dicha variable. Se realizó un estudio transversal con un grupo de cuidadores seleccionados por muestreo no probabilístico incidental, en el área urbana de A Coruña y área rural de Mondoñedo (Lugo). En nuestro estudio, el género y el hábitat se han mostrado como dos variables de gran relevancia a la hora de establecer las necesidades de apoyo de los cuidadores informales de acuerdo a su autopercepción de la salud.

**Palabras clave**

Salud autopercebida, apoyo social, características socio-demográficas, cuidadores informales, personas mayores.

## **Abstract**

*Self-rated health is a useful key element to determine the need of intervention in order to minimize the socio-sanitary impact the care of dependent elderly. This article pretends characterize primary informal caregivers according to self-rated health. Cross-sectional study of an incidental non-probability sample with 35 Spanish caregivers, from an urban area of A Coruña city and a rural area of Mondoñedo (Lugo), was designed. In our study, gender and habitat have been shown as two highly relevant variables when setting the support needs of informal caregivers according to their self-rated health.*

## **Keywords**

*Self-rated health, social support, demographic characteristics, family caregivers, elderly.*

## **1. INTRODUCCIÓN**

Entendemos como cuidadores informales a los miembros de la familia, generalmente co-residentes, que ayudan en las necesidades de cuidado diario de la persona con dependencia (Schreiner et al., 2006). Como resultado de esta ayuda, estas personas pueden, en muchas ocasiones, llegar a sufrir problemas físicos, psicológicos, sociales y financieros. La progresiva disminución en la disponibilidad de cuidadores informales, unido a las reformas en los sistemas de salud y otros del Estado de Bienestar, propician el debate sobre la calidad de vida de los cuidadores informales. Las consecuencias derivadas del cuidado informal dirigido a las personas mayores con algún tipo de dependencia han sido consideradas en diversas investigaciones. Sin embargo, son escasos los estudios que consideran las condiciones previas de los cuidadores o los que clasifican a estos de acuerdo a sus características sociodemográficas, es decir, a características invariables (sexo, edad) o difícilmente modificables como el hábitat de residencia o el nivel educativo.

En las sociedades occidentales actuales, el incremento de la esperanza de vida conduce a un aumento de las personas mayores, que están siendo atendidas por miembros de su familia dentro de la comunidad (Hubleby et al., 2003). La atención familiar a los adultos mayores está readaptándose frente a los cambios demográficos (Zsembik y Bonilla, 2000). Además, las sociedades occidentales dan prioridad al hecho de “envejecer en casa”, lo que implica la promoción del sistema de cuidado informal proporcionado por los cuidadores familiares o informales (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 1996). Hoy en día, en muchos países, las familias han adquirido nuevos roles a través de la promoción del cuidado a los mayores. Sin embargo, las familias necesitan apoyo para desarrollar plenamente los nuevos roles (Kudo, 2004) derivados de esta reformulación del cuidado informal producido por ciertos cambios sociales contemporáneos (importantes porcentajes de mujeres que trabajan fuera del ámbito doméstico, la falta de disponibilidad de “personal” que proporcionaba la familia extensa, los ancianos frágiles con una esperanza de vida mayor...). De esta manera, el cuidado de las personas mayores es uno de los dilemas sociales y familiares más relevantes de nuestra época tanto desde el punto de vista numérico, dado que afecta a un importante número de la población y sus respectivos cuidadores familiares, como desde el punto de vista socioeconómico, por la cantidad de recursos humanos y económicos destinados al cuidado informal.

A veces, el cuidado informal significa un esfuerzo ineficaz e ineficiente (Molina-Linde y Iañez-Velasco, 2006) que tiene una influencia sobre la “carga del cuidador” contextualizada en el hecho de que, normalmente, cuando el tamaño de la red social de la persona mayor se reduce, a menudo esta se centra en un único cuidador informal. Se habla así del “principio de sustitución” (Shanas, 1979): las personas mayores con dependencia buscan en primer lugar ayuda entre sus familiares, amigos y vecinos. Los servicios formales son la última alternativa, cuando no se dispone de cuidadores informales o cuando sus necesidades superan los recursos disponibles de sus redes informales.

Aunque el perfil de los cuidadores informales es bastante similar en los países europeos (Bien et al., 2007; Crosato y Leipert, 2006), la literatura sugiere que los resultados del cuidado pueden diferir de acuerdo a la ubicación geográfica (rural vs urbano) (Bédard et al., 2004; Glasgow, 2000). En muchas ocasiones, las diferencias se deben a las

características socioeconómicas, como ocurre con el acceso a los recursos sociosanitarios. En los países de Europa del norte principalmente, el cuidado de los ancianos es mayoritariamente formal, con una gran proporción de asistencia oficial proporcionada por medios institucionales. El caso opuesto está representado por los países del sur, como España, Grecia o Italia (Centro de Estudios Monetarios y Financieros, 2006). Estos países se han caracterizado por una fuerte cultura familiar que se refiere al cuidado de parientes necesitados como un asunto privado, y tradicionalmente han sido las mujeres las que han proporcionado la mayor parte de la asistencia requerida (Bianchera y Arber, 2007).

Se ha considerado pues, que los países del sur de Europa tienen regímenes de bienestar de carácter familiar, en lo que se ha denominado el modelo mediterráneo de protección a la dependencia (Lorenzo Carrascosa, 2008), con un gran protagonismo del cuidado informal con intensas desigualdades, tanto en términos de género como de clases sociales.

Observamos pues la relevancia de la perspectiva del lugar de residencia en Gerontología, con una amplia trayectoria de investigación (Andrews et al., 2007; Lorenzo et al., 2008; Lorenzo y Maseda, 2009). Investigaciones previas describen cómo aquellos que viven en comunidades rurales acceden a los servicios de apoyo de manera más limitada que aquellos que viven en las urbanas (Smith y Bell, 2005). En este sentido, los cuidadores rurales podrían ser más vulnerables a los efectos negativos de cuidado debido a que tienen menos acceso a los servicios sociosanitarios, al mismo tiempo que los receptores del cuidado tienden a presentar más discapacidad (Czekanowski y Bien, 2006). Sabemos que el cuidado informal proporcionado en el medio rural, en general, es más frecuente que en la mayoría de las zonas urbanas (Crosato y Leipert, 2006); además, los retos asociados a proporcionar atención a las personas con discapacidad en un entorno rural son mayores por diferentes causas como pueden ser las dificultades para acceder a servicios adecuados de transporte y la distancia de los servicios regionales o, incluso, la falta de conocimiento acerca de los servicios disponibles (Crosato y Leipert, 2006; Morgan et al., 2002).

La perspectiva de género también se presenta determinante en los estudios referidos a las personas mayores, ya que se ha descrito que las mujeres cuidadoras constituyen una

relevante mayoría (Gallicchio et al., 2002). Este hecho se asocia con una mayor carga sobre las mujeres cuidadoras que puede derivar en problemas físicos, psicológicos o de otro tipo. Las mujeres cuidadoras tienden a informar peor sobre su salud psicosocial y a reflejar un menor nivel de estado salud percibida que sus homólogos masculinos (Chiou et al., 2005).

Señalar además, una tercera variable que ha sido ampliamente tenida en cuenta en los estudios de corte gerontológico y que se considera un indicador importante de la salud: la salud percibida, que describe la forma en que una persona observa su propia salud en relación a su estado de bienestar (Hoeymans et al., 1997). Utilizada ampliamente en las encuestas de salud (Martikaine et al., 1999), incluso en personas mayores de 65 años, recoge una amplia gama de información sobre aspectos de la salud, más allá de la ausencia o presencia de la enfermedad, o a través del historial clínico (Idler et al., 1999). En base a lo anteriormente expuesto, el trabajo que presentamos se centra en el estudio de cuidadores familiares de personas mayores con dependencia, de acuerdo a sus características sociodemográficas y de apoyo social percibido, siendo nuestro objetivo identificar algunas de las características personales asociadas al cuidador familiar de personas con dependencia a partir del estudio de su salud percibida, ya que esta es una medida inclusiva de salud, que abarca aspectos más amplios que los meramente sociales o psicológicos, relacionándose estrechamente con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

## **2. MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio observacional de corte transversal sobre una muestra de sujetos pertenecientes a dos municipios, uno del entorno rural (Mondoñedo, Lugo) y otro del urbano (A Coruña), de Galicia, España. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico casual o incidental, derivado de una muestra aleatoria de 140 personas mayores de 65 años con dependencia registrada previamente, para analizar la relación entre la salud percibida, el apoyo social y determinadas variables sociodemográficas.

Para participar, los cuidadores debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: tener una edad  $\geq 18$  años; cuidar a una persona de edad  $\geq 65$  años con dependencia y ser el

familiar que más tiempo dedica a ello; llevar residiendo al menos 12 años en el municipio de referencia y, por último, haber otorgado el consentimiento informado. Se consideró como criterio de exclusión el percibir algún tipo de gratificación económica por realizar el cuidado.

A pesar de ser una muestra no aleatoria incidental de cuidadores, el sesgo en el que se podría incurrir se minora al solicitar que participen una vez han contestado, de acuerdo al grado de dependencia, o colaborado en la entrevista llevada a cabo con anterioridad sobre los 140 sujetos en relación a que los sujetos hubieran decidido por sí mismos participar en la investigación (Argibay, 2009). El criterio de la validez ecológica se mantiene al proceder la muestra de situaciones naturales, y por tanto con una posibilidad de generalizar mayor que las de una mera muestra no aleatoria. Por otro lado, identificar y registrar qué características (edad, sexo...) tienen los sujetos que decidieron no participar permite mínimamente analizar si las características son similares o no a las de la muestra de este estudio (Argibay, 2009).

Una vez aplicados los criterios de inclusión/exclusión, la muestra quedó formada por 35 sujetos, de los cuales 22 (62,86%) residían en el entorno rural y el resto (37,14%) en el urbano. La media de edad de los participantes fue de 63,4 años ( $\pm 9,4$ ), de los cuales el 71,4% fueron mujeres.

## **2.1. Recogida de información y definición de variables**

La recogida de información se llevó a cabo mediante entrevista personal realizada por un profesional debidamente entrenado. La salud percibida se evaluó con la pregunta “En general, ¿cómo calificaría usted su salud en los últimos 12 meses?” (Instituto Nacional de Estadística, 2008). Los participantes debían responder de acuerdo a una escala Likert con cinco posibilidades (muy buena, buena, regular, mala y muy mala), que se dicotomizó en tres categorías: muy buena o buena, regular, y muy mala o mala.

Los datos sociodemográficos recogidos fueron el género, la edad, el hábitat (rural o urbano), el nivel de instrucción y el estado civil.

Para evaluar el apoyo social percibido para el cuidado, los participantes debían responder a las siguientes cuestiones (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2006; Instituto Nacional de Estadística, 2008): “¿Recibe ayuda por parte de sus familiares y/o amigos?”; “¿Recibe ayuda por parte de otras personas (personal remunerado)?”; “¿Siente usted que necesita más ayuda de la que recibe?”. Siendo las posibilidades de respuesta Sí o No.

Por último y a fin de evaluar la carga derivada del cuidado se utilizó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Zarit et al., 1980), adaptada y validada a la población española (Martín et al., 1996).

El estudio realizado cumple los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, en su revisión de octubre de 2008.

## **2.2. Análisis estadístico**

Para observar la relación entre las características sociodemográficas y el apoyo social de los cuidadores con su salud percibida, se utilizó el test de Chi-cuadrado. Las posibles relaciones de interdependencia entre las variables categóricas referidas a los patrones de los cuidadores de acuerdo a su salud fueron establecidas a través de un Análisis de Correspondencia Múltiple (ACM). En todas las pruebas, un valor p (bilateral) inferior o igual a 0,05 fue considerado estadísticamente significativo. Para realizar el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences® 16.0.1).

## **3. RESULTADOS**

En la tabla 1 podemos observar las características sociodemográficas de los cuidadores que no desearon participar en el estudio (N=105) y los que sí lo hicieron, la muestra final (N = 35) a fin de comparar las similitudes/diferencias encontradas de acuerdo a lo que señalábamos anteriormente al hablar de la incidentalidad de la muestra.

Observamos que, exceptuando las variables hábitat (donde porcentualmente desearon participar más sujetos del entorno rural que del urbano) y edad (los participantes se

situaban mayoritariamente en el grupo de edad de 66-75 años), con el resto de variables se presentan claras semejanzas entre la muestra “posible y aleatoria” y nuestra muestra “real y no aleatoria”. La media de edad de la muestra posible fue de 64,1 años distanciándose 0,7 puntos de la media de edad de nuestra población de estudio. El nivel educativo “Solo capaz de leer y escribir” fue el más numeroso en ambas muestras. Por último, respecto al estado civil, en la muestra aleatoria el grupo más numeroso es el de los sujetos casados seguido del de los solteros, del mismo modo que ocurre en la muestra real y no aleatoria.

**Tabla 1. Variables sociodemográficas de los cuidadores**

	No participantes		Participantes	
	N	%	N	%
<b>Género</b>				
Hombre	21	20,0	10	28,6
Mujer	84	80,0	25	71,4
<b>Edad</b>				
46-55 años	39	37,1	9	25,7
56-65 años	63	60,0	8	22,9
66-75 años	0	0,0	16	45,7
76-85 años	3	2,9	2	5,7
<b>Hábitat</b>				
Rural	18	17,1	22	62,9
Urbano	87	82,9	13	37,1
<b>Nivel de instrucción</b>				
Iltrado	6	5,7	6	17,1
Solo capaz de leer y escribir	39	37,1	14	40,0
Educación primaria	25	23,8	10	28,6
Educación secundaria	15	14,3	5	14,3
Educación universitaria	20	19,0	0	0,0
<b>Estado civil</b>				
Soltero	44	41,9	10	28,6
Casado	49	46,7	12	34,3
Separado/divorciado	8	7,6	4	11,4
Viudo	2	1,9	9	25,7

N: frecuencia; %: porcentaje



En la tabla 2 podemos observar las características de la muestra en relación a la percepción de la salud.

**Tabla 2. Relación entre la salud percibida y las variables sociodemográficas**

	Salud percibida						P
	Muy buena o buena		Regular		Mala o muy mala		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Género</b>							0,015
Hombre	8	80,0	1	10,0	1	10,0	
Mujer	7	28,0	3	12,0	15	60,0	
<b>Edad</b>							0,288
65-74 años	10	58,8	2	11,8	5	29,4	
75-84 años	3	25,0	2	16,7	7	58,3	
> 85 años	2	33,3	0	0,0	4	66,7	
<b>Hábitat</b>							0,006
Rural	5	22,7	4	18,2	13	59,1	
Urbano	10	76,9	0	0,0	3	23,1	
<b>Nivel de instrucción</b>							0,614
Iletrado	3	50,0	1	16,7	2	33,3	
Solo capaz de leer y escribir	6	42,9	1	7,1	7	50,0	
Educación primaria	5	50,0	2	20,0	3	30,0	
Educación secundaria	1	20,0	0	0,0	4	80,0	
<b>Estado civil</b>							0,067
Soltero	5	41,7	1	8,3	6	50,0	
Casado	5	41,7	1	8,3	6	50,0	
Separado/divorciado	4	100,0	0	0,0	0	0,0	
Viudo	2	22,3	3	33,3	4	44,4	

N: frecuencia; %: porcentaje; p: grado de significación por prueba de Chi-cuadrado

Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la salud percibida y las variables sociodemográficas género y hábitat. Además, los hombres, los participantes de edad comprendida entre 65 y 74 años y los pertenecientes al entorno urbano referían tener mejor salud percibida que el resto de categorías de su grupo. Respecto al estado

civil, el 100% de los separados/divorciados indicaron que tenían una salud muy buena o buena; por su parte, tanto los iletrados como aquéllos con educación primaria señalaron tener mejor salud percibida que el resto de las categorías.

Por último, en la tabla 3, podemos observar la distribución de la salud percibida según las diferentes variables relacionadas con el apoyo social percibido para el cuidado. Señalar que únicamente la cuestión “¿Siente usted que necesita más ayuda de la que recibe?” ( $p < 0,05$ ) resultó significativa en el análisis bivariado.

**Tabla 3. Relación entre la salud percibida y el apoyo social percibido para el cuidado**

	Salud percibida						p
	Muy buena o buena		Regular		Muy mala o mala		
	N	%	N	%	N	%	
¿Recibe ayuda por parte de sus familiares y/o amigos?							0,239
Sí	4	26,7	2	13,3	9	60,0	
No	11	55,0	2	10,0	7	35,0	
¿Recibe ayuda por parte de otras personas (personal remunerado)?							0,289
Sí	2	25,0	2	25,0	4	50,0	
No	13	48,2	2	7,4	12	44,4	
¿Siente usted que necesita más ayuda de la que recibe?							0,016
Sí	4	22,2	4	22,2	10	55,6	
No	11	64,7	0	0,0	6	35,3	
Puntuaciones en la Escala de sobrecarga del cuidador							0,855
No existe carga	10	43,5	2	8,7	11	47,8	
Carga leve	3	37,5	1	12,5	4	50,0	
Carga intensa	15	42,9	4	11,4	1	45,7	

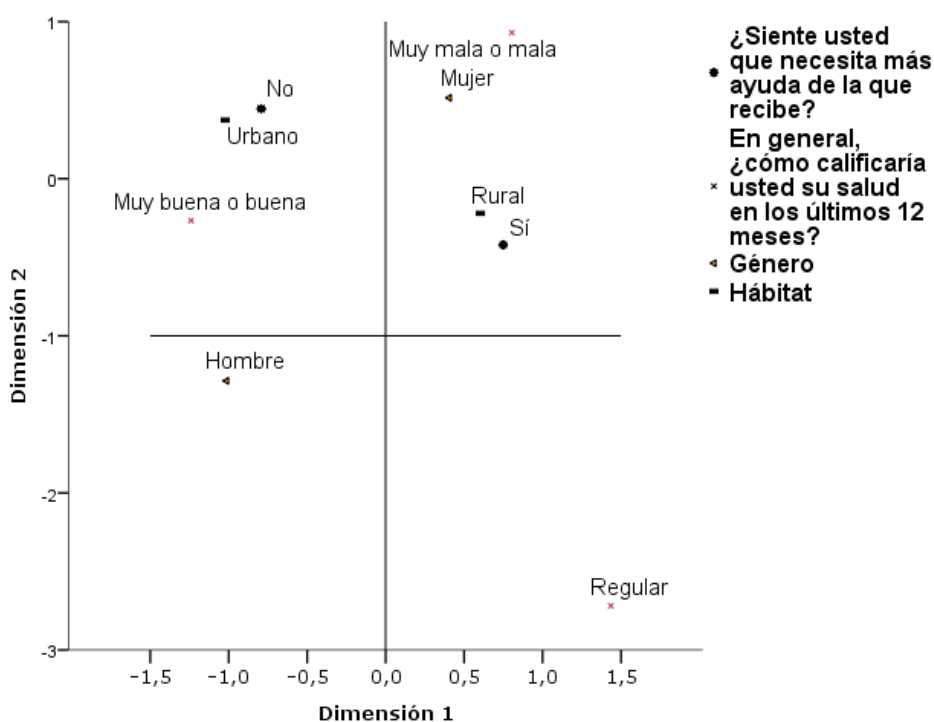
N: frecuencia; %: porcentaje; p: grado de significación por prueba de Chi-cuadrado

#### 4. CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES

Nuestro modelo constaba de cuatro variables categóricas (asociadas en el análisis univariante con la salud percibida ( $p < 0,05$ )), dos variables sociodemográficas, una variable referida al apoyo social percibido para el cuidado, y la propia variable de salud percibida: “En general, ¿cómo calificaría usted su salud en los últimos 12 meses?” (Tablas 2 y 3).

La figura 1 presenta gráficamente la relación entre las características sociodemográficas de los cuidadores y la salud percibida, a partir del ACM.

**Figura 1. Relación entre la salud percibida y las variables explicativas**



La varianza explicada por los dos factores fue del 79,8% (tabla 4). El alfa de Cronbach nos indicó que la dimensión 1 (49,5%) es más efectiva que la segunda (30,3%). El examen de la configuración de las variables en la figura 1 muestra dos situaciones distintas: (a) un primer grupo se caracteriza por ser los cuidadores del medio rural y del género “mujer” con muy mala o mala salud percibida y que creen necesitar más ayuda de la que recibían en el cuidado del mayor con dependencia, y (b) un segundo grupo con características similares, formado por cuidadores del hábitat urbano con muy buena salud percibida que no sienten que necesiten más ayuda en el cuidado. Los cuidadores “hombre” y aquéllos de ambos sexos con una salud percibida regular no fueron agrupados debido a que no existía proximidad entre ellos y las otras categorías.

**Tabla 4. Resumen del modelo de correspondencias múltiples**

Dimensión	Varianza explicada		Alfa de Cronbach
	Total (autovalores)	Varianza explicada (%)	
1	1,98	49,5	0,66
2	1,21	30,3	0,23
Total	3,19	79,8	

## 5. CONCLUSIONES

Aunque la bibliografía existente sobre cuidadores informales es amplia, cuando nos referimos a su salud percibida es más limitada, aun sabiendo su influencia sobre el estado de bienestar general del cuidador y que, por tanto, repercutirá sobre la persona cuidada. En esta línea, estudiar la salud percibida podría ser una variable relevante en asociación con otras variables como el género o el hábitat, según indican nuestros datos. El análisis estadístico define dos grupos: la 1ª dimensión posee una serie de semejanzas internas puesto que es el grupo más desfavorecido desde el punto de vista de la percepción de su salud y las necesidades de apoyo. La 2ª dimensión por su parte, asoció características similares a los cuidadores del área urbana con un autoinforme de salud muy buena o buena, y el no necesitar más ayuda en el cuidado del anciano con dependencia.

Los resultados de nuestro estudio concuerdan con estudios previos (Ducharme et al., 2006) que señalan que las cuidadoras “mujer” estarían en desventaja respecto a los cuidadores “hombre” ya que estos percibirían más ayuda de sus familiares y amigos para las funciones del cuidado. Además, el apoyo que reciben los “hombres” sería principalmente de tipo emocional en lugar de instrumental (Chiou et al., 2005). Se observó también, que los “hombres” son más proclives a utilizar los servicios sociales comunitarios públicos (Chiou et al., 2005).

Sin embargo, debemos observar que estos servicios, disponibles en mayor número y tipología en las comunidades urbanas, pueden no estar disponibles en entornos rurales

(Bédard et al., 2004). Se relacionan de este modo las principales variables sociodemográficas del estudio: género y hábitat.

Nuestros resultados concuerdan, además, con investigaciones previas (Hansen et al., 2005; Innes et al., 2011; McKenzie et al., 2010) que apoyan el hecho de que la limitada disponibilidad de apoyo formal a las personas mayores en situación de dependencia en el medio rural puede conducir a la sobrecarga del cuidador informal (en su mayoría mujeres), resultando en un número relevante de consecuencias físicas, psíquicas, sociales e incluso económicas que tendrían una clara influencia en su percepción de la salud. Por ello, las estrategias para hacer frente a la situación derivada del cuidado pueden ser diferentes y de mayor calado en el hábitat rural que en otros entornos residenciales (Innes et al., 2011). Sin embargo, un hecho evidente es que en la mayor parte de los casos no hay suficientes ni, por supuesto, eficientes programas de intervención en el medio rural, que pretendan mejorar la Calidad de Vida del cuidador.

Para mejorar la eficacia y conseguir los objetivos de los planes sociosanitarios de atención al cuidador, sería necesario diseñar dichas intervenciones y grupos de apoyo teniendo en cuenta la población a quién van dirigidos, de acuerdo a los parámetros obtenidos en nuestro modelo. Son necesarias intervenciones educativas y formativas adaptadas a sus necesidades específicas (Edelman et al., 2006; Smith y Bell, 2005). Estas intervenciones, en las zonas rurales y en las mujeres cuidadoras, han demostrado ser eficaces en la disminución de la carga del cuidador y sobre los síntomas depresivos; incluso existen estudios que demuestran la mejora del bienestar y del estado de salud general (Innes et al., 2011; Millán-Calenti et al., 2000). Por otra parte, las actividades de educación podrían cambiar las actitudes sobre el uso de los servicios sociales comunitarios ya que los servicios de apoyo son particularmente relevantes para las mujeres que se encuentran en necesidad de atención al estar comenzando su rol de cuidadoras (Tooth et al., 2010), evitando la reticencia de los cuidadores, principalmente de tipo femenino, para utilizarlos y, por tanto, sobrecargar tanto al cuidador principal como a la familia en general.

Es importante tener en cuenta además, que el bienestar de los cuidadores se relaciona estrechamente con el impulso del “envejecimiento en casa” ya que la provisión de asistencia informal evita en muchos casos la institucionalización obligatoria del mayor.

Teniendo en cuenta que el coste sanitario de enfermedades como el Alzheimer es menor en España que en otros países europeos (Oficina Estadística de la Unión Europea, 2003), incluyéndose en ese coste las horas de dedicación familiar al cuidado del mayor dependiente, causa que en España se tripliquen las horas de cuidado en comparación con Alemania o Francia (Alzheimer Europe, 2011). Los cuidadores familiares son un grupo de gran valor al cumplir las funciones deficitarias de Estados de Bienestar como el español y otros con políticas sociosanitarias similares. Además, en España, donde las pensiones son bajas, aquellos realizan una labor que de otro modo no podría ser pagada por muchos mayores.

A la hora de interpretar los resultados expuestos, hemos de ser cautos y tener en cuenta las posibles limitaciones como son: el que el estudio se haya basado en un diseño transversal, y sus resultados solo pueden interpretarse como asociaciones y no relaciones causales. Además, nuestros resultados los presentamos como “estudio preliminar”, por lo que son necesarias más investigaciones para comprender mejor cómo las condiciones socioeconómicas influyen en los resultados de los cuidados considerando el ambiente de residencia. Además, podría ser interesante tener en cuenta otras variables referidas a la personalidad del cuidador en los modelos teóricos y empíricos del proceso de cuidar ya que, por ejemplo, se observa que aquellos que presentan altos niveles de neuroticismo y bajos niveles de extraversión son más vulnerables a sufrir los efectos negativos del cuidado (González-Abraldes et al., 2013).

Sin embargo, y a pesar de su tamaño de muestra, se abre una línea de investigación prometedora para la intervención específica y la formación de los cuidadores familiares, atendiendo a sus características y centrándose en primer lugar en los grupos diana más necesitados de dicha intervención: las mujeres cuidadoras y los cuidadores del hábitat rural.

En relación con el objetivo principal, concluimos que los datos ponen de manifiesto la posibilidad de potenciación de estos tipos de asociaciones entre ciertas características de los cuidadores informales a partir de la salud percibida. La relación entre la salud percibida y las variables sociodemográficas (como el ambiente de residencia o el género) podría ser uno de los ejes vertebradores para clasificar y organizar diferentes tipos de intervenciones sociosanitarias, disminuyendo la sobrecarga percibida por el

cuidador y las repercusiones que dicha sobrecarga supone para los distintos ámbitos de la salud, más allá de la mera salud “clínica”.

Existe pues, una asociación relevante entre la salud percibida de los cuidadores familiares y determinadas variables sociodemográficas como el hábitat y el género. Además, la menor disponibilidad y/o conocimiento de un servicio en el entorno rural podría influir en la asociación entre la muy mala-mala salud percibida y la percepción de necesitar más ayuda en el cuidado. Por último y teniendo en cuenta estas variables, entendemos que las intervenciones sociosanitarias y de apoyo podrían ser eficaces para reducir los problemas psicosociales e incluso clínicos del cuidador familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

Alzheimer Europe (2011). *Dementia in Europe Yearbook 2012*. Luxemburgo, Alzheimer Europe.

Andrews, G.J., Cutchin, M., McCracken, K., Phillips, D.R., Wiles, J. (2007). 'Geographical gerontology: the constitution of a discipline', en *Social Science and Medicine*. Núm. 65, pp. 151-168.

Argibay, J.C. (2009). 'Muestra en investigación cuantitativa', en *Subjetividad y Procesos Cognitivos* [En línea] Núm. 213, disponible en: [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/719/Muestra\\_en\\_investigaci%  
c3%b3n\\_cuantitativa.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/719/Muestra_en_investigaci%c3%b3n_cuantitativa.pdf?sequence=1) [Accesado el 3 de diciembre de 2012].

Bédard, M., Koivuranta, A., Stuckey, A. (2004). 'Health impact on caregivers of providing informal care to a cognitively impaired older adult: rural versus urban settings', en *Canadian Journal Rural Medicine*. Núm. 9, pp. 15-23.

Bianchera, E., Arber, S. (2007). 'Caring and sleep disruption among women in Italy', en *Sociological Research Online* [En línea] Núm. 12, disponible en: [www.socresonline.org.uk/12/5/4.html](http://www.socresonline.org.uk/12/5/4.html) [Accesado el 3 de diciembre de 2012].

Bien, B., Wojszel, B., Sikorska-Simmons, E. (2007). 'Rural and urban caregivers for older adults in Poland: perceptions of positive and negative impact of caregiving', en *International Journal of Aging and Human Development*. Núm. 65, pp. 185-202.

Centro de Estudios Monetarios y Financieros (2006). *Caring for parents and employment status of European mid-life women*. Madrid, Centro de Estudios Monetarios y Financieros.

Chiou, C.J., Chen, I.P., Wang, H.H. (2005). 'The health status of family caregivers in Taiwan: an analysis of gender differences' en *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Núm. 20, pp. 821-826.



Crosato, K., Leipert, B. (2006). 'Rural women caregivers in Canada' en *Rural and Remote Health Journal* [En línea] Núm. 6, disponible en: [http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article\\_print\\_520.pdf](http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_520.pdf) [Accesado el 3 de diciembre de 2012].

Czekanowski, P., Bien, B. (2006). 'Older people and their needs for care' en Bien, B. (editora), *Family caregiving for the elderly in Poland*. Polonia, Trans Humana.

Ducharme, F., Lévesque, L., Lachance, L., Zarit, S., Vézina, J., Gangbè, M., Caron, C.D. (2006). 'Older husbands as caregivers of their wives: a descriptive study of the context and relational aspects of care' en *International Journal of Nursing Studies*. Núm. 43, pp. 567-579.

Edelman, P., Kuhn, D., Fulton, B., Kyrouac, G. (2006). 'Information and service needs of persons with Alzheimer's disease and their family caregivers living in rural communities', en *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. Núm. 21, pp. 226-233.

Gallicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P., Baumgarten, M. (2002). 'Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community' en *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Núm. 17, pp. 154-163.

Glasgow, N. (2000). 'Rural/urban patterns of aging and caregiving in The United States' en *Journal of Family Issues*. Núm. 21, pp. 611-631.

González-Abraldes, I., Millán-Calenti, J.C., Lorenzo-López, L., Maseda, A. (2013). 'The influence of neuroticism and extraversion on the perceived burden of dementia caregivers: an exploratory study' en *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Núm. 56, pp. 91-95.

Hansen, E., Robinson, A., Mudge, P., Crack, G. (2005). 'Barriers to the provision of care for people with dementia and their carers in a rural community' en *Australasian Journal of Primary Health*. Núm. 11, pp. 72-79.

Hoeymans, N., Feskens, E.J.M., Kromhout, D., van den Bos, G.A.M. (1997). 'Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men' en *Social Science and Medicine*. Núm. 45, pp. 1527-1536.

Hubley, A., Hemingway, D., Michalos, A. (2003). 'A comparison of older informal caregivers and non-caregivers living in non-metropolitan areas' en *Social Indicators Research*. Núm. 61, pp. 241-258.

Idler, E.L., Hudson, S.W., Leventhal, H., (1999). 'The meanings of self-ratings of health; a qualitative and quantitative approach' en *Research on Aging*. Núm. 21, pp. 458-476.

Innes, A., Morgan, D., Kosteniuk, J. (2011). 'Dementia care in rural and remote settings: a systematic review of informal/family caregiving' en *Maturitas*. Núm. 68, pp. 34-46.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2006). *Encuesta de condiciones de vida de los mayores* [En línea] disponible en [http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apropositoconp\\_m.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apropositoconp_m.pdf) [Accesado el 14 de abril de 2007].

Instituto Nacional de Estadística, (2008) *Encuesta Nacional de Salud de España 2006* [En línea] disponible en <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm> [Accesado el 14 de abril de 2007].

Kudo, Y. (2004). 'Aging society and family: a case study on telephone hotline to support family caregivers' en *Geriatric and Gerontology International*. Núm. 4, pp. 104-105.

Lorenzo Carrascosa, L. (2008). 'Envejecimiento de la población y apoyo familiar en la Unión Europea' en *Revista de Demografía Histórica*. Núm. 26, pp. 35-54.

Lorenzo, T., Maseda, A., Millán-Calenti, J.C. (2008). *La dependencia en las personas mayores: necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat*. A Coruña, Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.

Lorenzo, T., Maseda, A. (2009). 'Hábitat y dependencia' en Millán-Calenti, J.C. (compilador), *Envejecimiento, dependencia, demencias y nuevas tecnologías*. A Coruña, Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.

Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.C., Lanz, P., Taussig, M.I. (1996). 'Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit' en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. Núm. 6, pp. 338-346.

Martikaine, P., Aromaa, A., Heliövaara, H., Klaukka, M., Knekt, P., Maatela, J. Lahelma, E. (1999). 'Reliability of perceived health by sex and age' en *Social Science and Medicine*. Núm. 48, pp. 1117-1122.

McKenzie, S.J., McLaughlin, D., Dobson, A.J., Byles, J.E. (2010). 'Urban-rural comparisons of outcomes for informal carers of elderly people in the community: a systematic review' en *Maturitas*. Núm. 67, pp. 139-143.

Millán-Calenti, J.C., Gandoy-Grego, M., Antelo-Martelo, M., López-Martínez, M., Riveiro-López, M.P., Mayán-Santos, J.M. (2000). 'Helping the family carers of Alzheimer's patients: from theory...to practice. A preliminary study' en *Archives of Gerontology and Geriatric*. Núm. 30, pp. 131-138.

Molina-Linde, J.M., Iañez-Velasco, M.A. (2006). 'Cuidadores informales de enfermos de Alzheimer: factores influyentes en la sobrecarga' en *Anales de Psiquiatría*. Núm. 22, pp. 234-242.

Morgan, D.G., Semchuk, K.M., Stewart, N.J., D'Arcy, C. (2002). 'Rural families caring for a relative with dementia: barriers to use of formal services' en *Social Science and Medicine*. Núm. 55, 1129-1142.

Oficina Estadística de la Unión Europea (2003). *Feasibility study about comparable statistics in the area of care of dependant adults in the European Union*. [En línea] disponible en: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-CC-03-004/EN/KS-CC-03-004-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CC-03-004/EN/KS-CC-03-004-EN.PDF) [Accesado el 9 de mayo de 2007].

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (1996). *Protéger les personnes âgées dépendantes*. Francia, Nouvelles Orientations.

Schreiner, A., Morimoto, T., Arai, Y., Zarit, S. (2006). 'Assessing family caregivers' mental health using a statistically derived cutoff score for the Zarit Burden Interview' en *Aging and Mental Health*. Núm. 10, pp. 107-111.

Shanas, E. (1979). 'The family as a social support system in old age' en *The Gerontologist*. Núm. 19, pp. 169-174.

Smith, S.A., Bell, P. (2005). 'Examining the effectiveness of the Savvy Caregiver Program among rural Colorado residents' en *Rural and Remote Health Journal* [En línea] disponible en [http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article\\_print\\_466.pdf](http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_466.pdf) [Accesado el 3 de diciembre de 2012].

Tooth, L., McKenzie, S., Hockey, R., Lucke, J., Dobson, A. (2010). 'Caregivers use of health and community services: Importance of stage of care transition' en *Australasian Journal of Ageing*. Núm. 29, pp. 45.

Zarit, S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, J. (1980). 'Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden' en *The Gerontologist*. Núm. 20, pp. 649-655.

Zsembik, B., Bonilla, Z. (2000). 'Eldercare and the changing family in Puerto Rico' en *Journal of Family Issues*. Núm. 21, pp. 652-674.