

ORIGINAL

Recibido: 16 de mayo 2018
 Aceptado: 17 de noviembre de 2018
 Publicado: 28 de enero de 2019

DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LOS IMPACTOS DEL CUIDADO INFORMAL DE MAYORES DEPENDIENTES EN GIPUZKOA: ESTUDIO CUIDAR-SE(*)

Isabel Mosquera Metcalfe (1,2), Isabel Larrañaga Padilla (3), María Del Río Lozano (4,5), Carlos Calderón Gómez (6), Mónica Machón Sobrado (7,8,9,10), María del Mar García Calvente (4,5)

(1) Departamento de Sociología 2. Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación. Universidad del País Vasco UPV/EHU. Leioa. Bizkaia. España

(2) OPIK – Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico. Universidad del País Vasco UPV/EHU. Leioa. Bizkaia. España

(3) Departamento de Salud. Gobierno Vasco. San Sebastián. España

(4) Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España

(5) Instituto de Investigación Biosanitaria ibs.Granada. Granada. España

(6) Centro de salud de Alza. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. San Sebastián. España

(7) Unidad de Investigación de Atención Primaria-OSIs Gipuzkoa. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. San Sebastián. España

(8) Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Barakaldo. España

(9) Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia. San Sebastián. España

(10) Kronikune – Centro de Investigación en Cronicidad. Barakaldo. España

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

(*) Financiación: El estudio CUIDAR-SE recibió financiación del Instituto de Salud Carlos III y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (PII2/00498).

RESUMEN

Fundamentos: La prestación de cuidados informales determina la existencia de desigualdades en salud, a las cuales se suman las desigualdades de género por el papel mayoritario de las mujeres en dicha prestación. Los objetivos de este estudio fueron caracterizar a la población cuidadora informal de mayores dependientes en Gipuzkoa, conocer los impactos de cuidar sobre la salud y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), y explicar la relación entre el sexo y las consecuencias atribuibles al cuidado.

Métodos: Estudio transversal en el que se analizaron datos de salud (salud percibida y GHQ-12) y CVRS (EQ-5D-5L) de 123 mujeres y 103 hombres cuidadores de mayores dependientes que participaron en la primera oleada del estudio CUIDAR-SE en Gipuzkoa. Se realizó un estudio descriptivo, y un análisis de regresión logística para examinar la asociación entre el sexo y las consecuencias del cuidado.

Resultados: Mujeres y hombres tenían más de 60 años, estaban casadas/os, tenían educación primaria o inferior, y cuidaban a sus progenitores fundamentalmente. Las mujeres presentaban peor salud percibida (46,3% vs 32,0%) y mental (23,3% vs 13,9%), y más problemas en las dimensiones de ansiedad/depresión (35,0% vs 21,4%) y dolor/malestar (52,8% vs 31,1%) de la EQ-5D-5L. El modelo de regresión mostró mayor riesgo de cansancio (OR=2,83; IC95%:1,53-5,24) y sobrecarga (OR=1,87; IC95%:1,06-3,29) en mujeres que en hombres.

Conclusiones: Existen desigualdades de género en la provisión de cuidados informales a mayores dependientes en Gipuzkoa, mostrando las mujeres un mayor impacto en su salud y CVRS que los hombres. Considerando la organización del cuidado en esta provincia, será necesario el diseño de acciones de mejora más adecuadas a las necesidades de las personas cuidadoras.

Palabras clave: Salud, Calidad de vida, Cuidadores, Cuidado informal, Personas mayores, Dependencia, Género, desigualdades en salud, España.

Correspondencia
 Isabel Mosquera
 Departamento de Sociología 2
 Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación
 Universidad del País Vasco UPV/EHU
 Barrio de Sarriena s/n
 48940 Leioa, Bizkaia
 isabelmaria.mosquera@ehu.eus

ABSTRACT

Gender inequalities in the impacts of informal elderly caregiving in Gipuzkoa: CUIDAR-SE study

Background: The provision of informal care determines the existence of health inequalities, as well as gender inequalities, because of women being the most frequent caregivers. The objectives of this study were to characterize the informal caregivers of elderly dependents in Gipuzkoa, to know the impact of caring on health and health related quality of life (HRQoL), and to explain the relationship between sex and consequences attributable to care.

Methods: Cross-sectional study analyzing health (self-perceived health and GHQ-12) and HRQoL (EQ-5D-5L) data of 123 women and 103 men who took care of a dependent elderly and participated in the first wave of the CUIDAR-SE study in Gipuzkoa. A descriptive study was performed, and a logistic regression analysis was carried out to examine the association between sex and the consequences attributable to care.

Results: Women and men were over 60 years old, married, with primary education or less, and took care of their parents mainly. Women presented worse perceived health (46.3% vs 32.0%) and mental health (23.3% vs 13.9%), and more problems in the dimensions of anxiety/depression (35.0% vs 21.4%) and pain/discomfort (52.8% vs 31.1%) of EQ-5D-5L. The regression model showed greater risk of fatigue (OR = 2.83; 95% CI:1.53-5.24) and burden (OR = 1.87; 95% CI: 1.06-3.29) among women than among men.

Conclusions: There are gender inequalities in the provision of informal care to dependent elderly people in Gipuzkoa, with women having a greater impact on their health and HRQoL than men. Considering the organization of care in this province, it will be necessary to design improvement actions more suited to the needs of caregivers.

Key words: Health, Quality of life, Caregivers, Informal care, Aged, Dependence, Gender, Health inequalities, Spain.

Cita sugerida: Mosquera Metcalfe I, Larrañaga Padilla I, Del Río Lozano M, Calderón Gómez C, Machón Sobrado M, García Calvente MM. Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: Estudio CUIDAR-SE. Rev Esp Salud Pública. 2019;93: 28 de enero e201901002.

INTRODUCCIÓN

Con el descenso de la tasa de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, se está produciendo un envejecimiento demográfico en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)⁽¹⁾. Así, la población a partir de 65 años se ha incrementado de un 9,2% en 1981 a un 20,7% en enero de 2017⁽²⁾, y se estima que en 2020 será del 23,3% (494.700 personas)⁽³⁾.

El envejecimiento se acompaña de una incidencia alta de enfermedades crónicas y degenerativas⁽⁴⁾, lo que incrementa el riesgo de que haya una pérdida de autonomía personal y la necesidad de cuidados específicos para realizar las actividades de la vida diaria⁽⁵⁾. En la CAPV, en 2008 la población a partir de 65 años de edad que presentaba dependencia era de 62.253 personas (15,9%), las cuales suponían el 71,4% del total de población dependiente. Gipuzkoa destacaba ligeramente sobre las otras provincias vascas por tener un 17,2% de personas de 65 y más años con necesidad de ayuda⁽⁶⁾.

La asistencia a las necesidades de las personas mayores se realiza fundamentalmente a través del cuidado proporcionado por familiares o amistades que cuidan de manera no remunerada. Este cuidado, denominado informal, es el que está presente en el 85,4% de los casos de asistencia de personas de 65 o más años dependientes en la CAPV, siendo la única fuente de cuidado en el 62,8 % de los casos⁽⁷⁾.

Para intervenir en la mejora de los cuidados es preciso conocer las características de la persona responsable principal de dicha labor en el núcleo familiar, la cual tradicionalmente se ha asignado a las mujeres. En España, el perfil predominante de la persona cuidadora principal es el de una mujer, mayor de 50 años, casada, con estudios primarios o inferiores, y que habitualmente es la hija o la cónyuge de la persona dependiente⁽⁶⁾. El citado perfil coincide en gran medida con el de las personas cuidadoras principales de mayores en la CAPV⁽⁷⁾.

La prestación de cuidados es un determinante que influye directamente en la salud y sus desigualdades⁽⁸⁾. A menudo, las personas cuidadoras tienen que organizar su vida en función de las necesidades de la persona mayor, lo que afecta a su salud y bienestar. La desigual distribución de responsabilidad en la provisión de cuidados entre hombres y mujeres repercute de manera diferente en cada grupo, y genera desigualdades sociales en su salud, viéndose más afectadas las mujeres^(9,10). Aun tratándose de un fenómeno complejo, variable en el tiempo, y con compensaciones satisfactorias⁽¹¹⁾, cuidar puede tener consecuencias sobre la salud física^(9,12), mental, emocional^(13,14) y social^(15,16), además de empeorar la calidad de vida^(17,18) y producir impactos específicos de la prestación de cuidados, como es la sobrecarga, más frecuente en mujeres^(9,19).

En la actualidad, ha aumentado la participación de los hombres en la provisión de cuidados⁽⁶⁾, por lo que cabe preguntarse si siguen existiendo desigualdades de género en la distribución e intensidad de las tareas de cuidado, y en cómo afecta cuidar en la vida de las personas cuidadoras. Para estudiar el fenómeno de los cuidados incorporando la perspectiva de género en el diseño y análisis de datos⁽²⁰⁾ es necesario que los estudios incluyan la experiencia cuidadora tanto de mujeres como de hombres, los cuales suelen tener una representación nula o muy baja en los estudios en este ámbito.

Los objetivos de este estudio fueron: a) caracterizar a las personas cuidadoras informales de mayores dependientes convivientes en la provincia de Gipuzkoa; b) conocer el impacto que cuidar provoca en la salud (física y mental) y en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas cuidadoras, identificando las desigualdades de género ligadas a la prestación de cuidados; y c) explicar la relación entre el sexo y las consecuencias atribuibles al cuidado.

SUJETOS Y MÉTODOS

Participantes. La población incluida en este estudio transversal fueron personas de 18 o más años, residentes en Gipuzkoa que prestaban cuidados en el hogar a personas mayores de 64 años en situación de dependencia y que figuraban en el registro de los Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa por recibir la prestación económica para el cuidado en el entorno familiar (PECEF), descrita en la Ley de dependencia⁽²¹⁾. La muestra analizada en este estudio se corresponde a las personas cuidadoras entrevistadas en la primera oleada del ‘Estudio de seguimiento de la salud y la calidad de vida de mujeres y hombres cuidadores en Andalucía y País Vasco: proyecto CUIDAR-SE’. El citado proyecto hizo un seguimiento de 2013 a 2015 de población cuidadora adulta en Granada y Gipuzkoa⁽¹⁸⁾. La población del estudio CUIDAR-SE fue seleccionada mediante un muestreo aleatorio por conglomerados en varias etapas. La primera oleada de dicho proyecto incluyó 132 hombres y 165 mujeres participantes en Gipuzkoa (tasa de respuesta 72,8%), de los cuales 103 hombres y 123 mujeres se encargaban del cuidado en el hogar de una persona dependiente de 65 o más años. La muestra analizada está compuesta por estos 103 hombres y 123 mujeres.

La información fue recogida mediante entrevista personal a las personas cuidadoras en sus domicilios. Previamente se había enviado una carta en la que se invitaba a la participación en el estudio y se explicaban sus objetivos, además de informar sobre aspectos de confidencialidad y recoger el consentimiento informado. Se empleó un cuestionario estructurado en el cual se incluían una serie de instrumentos para la medida de variables de salud y calidad de vida.

Variables. Se registraron las siguientes variables:

- Características de la persona cuidadora y del proceso de cuidados. Se obtuvo información acerca de las variables sociodemográficas y de

posición económica de la persona cuidadora. Se recogieron las variables sexo, edad, estado civil, convivencia en pareja, situación laboral, clase social, nivel educativo e ingresos netos mensuales. Además, se obtuvo información relativa al proceso de cuidado: la relación de parentesco con la persona mayor, el grado de dependencia reconocido de esta, la duración del cuidado y la frecuencia de su provisión.

- Estado de salud, CVRS y consecuencias atribuibles al cuidado en la persona cuidadora. Para conocer el estado de salud de las personas cuidadoras se evaluaron la salud percibida, la presencia de problemas crónicos de salud y la salud mental (tabla 1). Esta última se examinó aplicando la escala GHQ-12. Con esta herramienta, empleada para el cribado de trastornos mentales, se obtienen puntuaciones de 0 a 12. Con valores de 3 o superiores se considera que existe un trastorno mental⁽²²⁾. La consistencia interna fue de $\alpha=0,92$ (0,93 en hombres y 0,92 en mujeres).

Asimismo, se analizaron la satisfacción con la vida, los hábitos de vida (el sueño, el consumo de tabaco, el sedentarismo), la CVRS y el apoyo social. La valoración de la CVRS se llevó a cabo mediante el instrumento EQ-5D-5L estandarizado y validado, para medir la calidad de vida en personas de 15 y más años⁽²³⁾. Es un instrumento genérico de medición de la CVRS, que consta de dos apartados: a) una parte descriptiva con 5 ítems que analizan cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y en la que las cinco categorías de respuesta se agruparon en dos (sin problemas y con problemas); b) una escala visual en la que se valora la salud y que va de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). En la primera parte la fiabilidad fue de $\alpha=0,57$ (0,66 en hombres y 0,51 en mujeres). Se calculó el índice sintético de EQ-5D-5L empleando la herramienta que relaciona las respuestas de cinco y tres categorías⁽²⁴⁾, considerándose una CVRS mala o regular con valores inferiores a 0,85 y buena en el resto de casos⁽²⁵⁾.

Tabla 1
Ítems, escalas de evaluación y categorización de las variables de estado de salud, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y consecuencias atribuibles al cuidado en las personas cuidadoras

Variables	Ítem	Categorías de respuesta
Salud percibida	En general, usted diría que su salud es... (una sola respuesta)	5 categorías agrupadas en 2: - excelente, muy buena o buena, - regular o mala.
Problemas de salud crónicos	¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más).	Sí; no.
Salud mental	GHQ-12	Mejor que lo habitual (0 puntos); igual que lo habitual (0 puntos); menos de lo habitual (1 punto); mucho menos que lo habitual (1 punto).
Satisfacción con la vida	Teniendo en cuenta todo lo que le ocurre en este momento, en general, ¿hasta qué punto se siente usted satisfecho/a con la vida que lleva?	4 categorías agrupadas en 2: - muy o bastante satisfecho/a, - poco o nada satisfecho/a.
CVRS EQ-5D-5L:	- 5 dimensiones: movilidad física, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, y ansiedad/depresión	5 categorías agrupadas en 2: - sin problemas: no tengo problemas, - con problemas: tengo problemas leves; tengo problemas moderados; tengo problemas graves; no puedo ...
	- valoración de salud con escala visual	Rango: 0 (la peor salud que usted pudiera imaginar)-100 puntos (la mejor salud que usted pudiera imaginar).
Apoyo social	Escala Duke	Mucho menos de lo que deseo (1 punto); menos de lo que deseo (2 puntos); ni mucho ni poco (3 puntos); casi tanto como deseo (4 puntos); tanto como deseo (5 puntos).
Sueño	¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente al día? Incluya las horas de siesta.	Número de horas diarias.
	¿Tiene dificultades para dormir? (conciliar el sueño)	Sí; no.
Consumo de tabaco	Le preguntaré sobre el consumo de tabaco. ¿Podría decirme si actualmente fuma?	4 categorías agrupadas en 2: - sí: sí, fuma diariamente; sí fuma, pero no diariamente, - no: no fuma actualmente, pero ha fumado antes; no fuma, ni ha fumado nunca de manera habitual.
Sedentarismo	¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?	4 categorías agrupadas en 2: - sedentario/a: no hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.), - no sedentario/a: hago alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear, bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.); hago actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.); hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana.

Tabla 1. Cont.**Ítems, escalas de evaluación y categorización de las variables de estado de salud, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y consecuencias atribuibles al cuidado en las personas cuidadoras**

Variables	Ítem	Categorías de respuesta
Sobrecarga	Adaptación de escala Zarit	Nunca (1 punto); rara vez (2 puntos); algunas veces (3 puntos); bastantes veces (4 puntos); casi siempre (5 puntos). Rango: 22-110 puntos.
Deterioro de salud	Respecto a aspectos relativos a su salud o estado general, por favor indique si se ha deteriorado su salud.	Sí; no.
Consumo de medicamentos por la situación	Respecto a aspectos relativos a su salud o estado general, por favor indique si ha tenido que ponerse en tratamiento para poder llevar la situación (tratamiento antidepresivos, de ansiedad/angustia, nervios,...)	Sí; no.
Cansancio	Respecto a aspectos relativos a su salud o estado general, por favor indique si se encuentra cansado/a.	Sí; no.

Para medir el apoyo social, es decir, la red de personas dispuestas a ayudar en momentos de inestabilidad psíquica, debilidad física o vulnerabilidad personal o social, se utilizó la escala DUKE-UNC de 11 ítems, cuya puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. El punto de corte para considerar un apoyo social bajo fue de 32 o inferior⁽²⁶⁾. El valor de la alfa de Cronbach fue de 0,93 (0,94 en hombres y 0,92 en mujeres).

Asimismo, se estudiaron las consecuencias que pueden atribuirse a la prestación de cuidados (la sobrecarga subjetiva, el deterioro de la salud, el consumo de medicamentos por la situación y el cansancio por el hecho de cuidar). La sobrecarga de las personas cuidadoras se evaluó aplicando una adaptación de la versión validada en español de la escala Zarit⁽²⁷⁾. Con los 22 ítems del instrumento se obtiene una puntuación de 22 a 110, considerándose que valores de 46 o inferiores indican que no hay sobrecarga, de 47 a 55 que la sobrecarga es ligera, y con valores superiores que es intensa. La fiabilidad de esta herramienta fue de $\alpha=0,89$ (0,89 en hombres y 0,90 en mujeres). Para la regresión logística se consideraron las categorías de presencia y ausencia de sobrecarga.

Análisis estadístico. Para el análisis de las variables cualitativas se calcularon las prevalencias estandarizadas por edad (por grupos decenales) de la persona cuidadora. La estandarización se realizó a partir del método directo utilizando como población estándar el conjunto de la población de hombres y mujeres cuidadores/as de mayores de la muestra. El último grupo de edad considerado fue de 85 y más años. Para las variables cuantitativas, se calculó la media con desviación estándar. Asumiendo una distribución normal de las variables, las prevalencias se compararon entre hombres y mujeres mediante el test de Chi cuadrado y las medias con la prueba de la t de Student.

Tras el análisis bivariante llevado a cabo para ver la diferente distribución de las variables analizadas entre hombres y mujeres cuidadores/as, se estudiaron factores relacionados con las consecuencias atribuibles al cuidado, tratando de ver cuáles de ellos explicaban la relación entre el sexo y dichas consecuencias. Para ello, se estimó la asociación entre las consecuencias del cuidado en la salud y otras dimensiones de la calidad de vida (variables dependientes) y el sexo (variable independiente) utilizando regresión logística multivariante.

Las variables dependientes analizadas fueron: sobrecarga, deterioro de la salud, consumo de medicamentos motivado por el cuidado, y cansancio. Se analizaron las asociaciones entre el sexo y cada una de las variables dependientes ajustando por la edad de la persona cuidadora. Posteriormente, se introdujeron secuencialmente como variables de ajuste el grado de dependencia de la persona cuidada y la duración del cuidado, y el nivel educativo de la persona cuidadora. La magnitud de la asociación se estimó mediante la odds ratio (OR), con un intervalo de confianza del 95% (IC95%), tomando los valores en hombres como referencia. Se empleó el paquete estadístico SPSS 23 para los cálculos.

RESULTADOS

Características de las personas cuidadoras.

La edad media de las personas cuidadoras no mostró diferencias significativas entre mujeres ($61,5 \pm 13,0$ años) y hombres ($63,5 \pm 17,4$ años). Como puede observarse en la **tabla 2**, en ambos sexos, se trataba mayoritariamente de personas casadas que convivían en pareja, pertenecían a la clase manual y que contaban con estudios primarios o inferiores. Cuidaban diariamente principalmente a su padre o madre. Los hombres llevaban cuidando una media de 6,1 años y las mujeres 6,9 años. Únicamente se observaron diferencias significativas por sexo en el estado civil (con mayor proporción de casadas que de casados), la convivencia en pareja, que era menos frecuente en los hombres, y la situación laboral. Se apreciaba un predominio de jubilados entre los hombres y de quienes se ocupaban de las labores del hogar entre las mujeres.

Estado de salud, CVRS y consecuencias atribuibles al cuidado en la persona cuidadora. El 11,7% de hombres y 18,7% de mujeres describieron su estado de salud como regular o malo antes de asumir el cuidado (**tabla 3**). En el momento de la entrevista esta cifra se había incrementado, siendo del 32,0% entre los hombres y del 46,3% entre las mujeres (diferencias significativas). La salud mental también fue significativamente diferente, presentando el 13,9% de hombres

y 23,3% de mujeres una mala salud mental.

En relación con la CVRS, se observaron diferencias significativas por sexo en las dimensiones de ansiedad/depresión, y dolor/malestar, siendo las mujeres quienes refirieron problemas en mayor medida que los hombres. Un porcentaje reducido de personas cuidadoras percibía un apoyo social bajo, con peor resultado entre los hombres (14,6% vs. 8,1% de mujeres, diferencias no significativas). En cuanto a sus hábitos de vida, solo fue significativa la diferencia entre la proporción de hombres y mujeres que tenían dificultades para conciliar el sueño (52,0% mujeres vs 35,0% hombres).

Considerando los impactos del cuidado en la salud de las personas cuidadoras, los resultados presentados en la **tabla 4** muestran una mayor sobrecarga entre las cuidadoras que entre los cuidadores, con puntuaciones significativamente más altas en las primeras. El 23,3% de hombres y el 29,8% de mujeres presentaban sobrecarga intensa. Un 23,0% de las personas cuidadoras percibió un deterioro en su salud atribuible al cuidado, y dicha percepción fue significativamente mayor en las mujeres que en los hombres. También existían diferencias según sexo en el consumo de medicamentos para poder afrontar la situación y el cansancio, con peores valores en ellas. El 15,4% de mujeres había tenido que comenzar un tratamiento farmacológico (frente a 1,0% de hombres) y cerca de la mitad de mujeres manifestaba estar cansada (48,8% vs 31,1% de hombres).

Consecuencias en salud de la provisión de cuidado según sexo: factores asociados. El análisis ajustado por edad de la asociación entre el sexo y las consecuencias atribuibles al cuidado reveló que el cansancio y el consumo de medicamentos eran mayores en las mujeres cuidadoras ($p < 0,05$), así como la sobrecarga y el deterioro de su salud ($p < 0,10$). Al ajustar también por las variables de grado de dependencia de la persona mayor y duración de tiempo dedicado al cuidado, se observaron las mismas asociaciones, por lo que estas variables introducidas no modificaron en lo fundamental la relación

Tabla 2
Características de las personas cuidadoras de mayores dependientes
y del proceso de cuidado, estandarizadas por edad, según sexo. Gipuzkoa, 2013

Variables		Total (N=226) N (%)	Perdidos	Mujeres (N=123) N (%)	Hombres (N=103) N (%)	P
Estado civil legal	Soltero/a	82 (36,3)	0	36 (29,3)	46 (44,6)	0,04
	Casado/a	130 (57,5)		77 (62,5)	53 (51,0)	
	Separado/a, divorciado/a, viudo/a	14 (6,2)		10 (8,2)	4 (4,3)	
Convivencia en pareja	Sí	142 (62,8)	0	85 (69,1)	57 (55,3)	0,03
	No	84 (37,2)		38 (30,9)	46 (44,7)	
Situación laboral	Ocupado/a	59 (26,3)	2	30 (24,6)	29 (28,4)	<0,01
	Desempleado/a, habien- do trabajado antes	30 (13,4)		12 (9,8)	18 (17,6)	
	Jubilado/a	64 (28,6)		20 (16,4)	44 (43,1)	
	Tareas del hogar	63 (28,1)		57 (46,7)	6 (5,9)	
	Incapacidad / invalidez permanente	7 (3,1)		2 (1,6)	5 (4,9)	
	Otros	1 (0,4)		1 (0,8)	0 (0,0)	
Clase social	No manual	51 (25,6)	27	26 (25,7)	25 (25,5)	0,97
	Manual	148 (74,4)		75 (74,3)	73 (74,5)	
Nivel educativo	Estudios primarios o inferiores	136 (60,2)	0	82 (66,7)	54 (52,4)	0,09
	Estudios secundarios	54 (23,9)		25 (20,3)	29 (28,2)	
	Estudios universitarios	36 (15,9)		16 (13,0)	20 (19,4)	
Ingresos netos	Hasta 999 €	30 (14,9)	25	17 (16,0)	13 (13,7)	0,89
	Desde 1 000 a 1 999 €	110 (54,7)		57 (53,8)	53 (55,8)	
	Desde 2 000 €	61 (30,3)		32 (30,2)	29 (30,5)	
Relación de parentesco con la persona cuidada	Cónyuge/pareja	84 (37,2)	0	42 (34,1)	42 (40,8)	0,72
	Padre/madre	113 (50,0)		63 (51,2)	50 (48,5)	
	Suegro/a	7 (3,1)		4 (3,3)	3 (2,9)	
	Otros familiares	21 (9,3)		13 (10,6)	8 (7,8)	
	Otros no familiares	1 (0,4)		1 (0,8)	0 (0,0)	
Grado de dependencia de la persona mayor	I o dependencia moderada	28 (12,7)	6	17 (14,3)	11 (10,9)	0,48
	II o dependencia grave	130 (59,1)		66 (55,5)	64 (63,4)	
	III o gran dependencia	62 (28,2)		36 (30,3)	26 (25,7)	
Duración del cuidado (años), media (DE)		6,5 (6,5)	-	6,9 (7,0)	6,1 (6,1)	0,35
Frecuencia de cuidado (días/semana), media (DE)		7,0 (0,2)	-	7,0 (0,2)	7,0 (0,2)	0,83

DE: desviación estándar. Estadísticos de contraste de hipótesis: Chi cuadrado y t de Student.

Tabla 3
Características de salud y de CVRS de las personas cuidadoras de mayores dependientes, estandarizadas por edad, según sexo. Gipuzkoa, 2013

Variables		Total (N=226) N (%)	Perdidos	Mujeres (N=123) N (%)	Hombres (N=103) N (%)	P	
Salud percibida previa al cuidado	Excelente, muy buena o buena	191 (84,5)	0	100 (81,3)	91 (88,3)	0,15	
	Regular o mala	35 (15,5)		23 (18,7)	12 (11,7)		
Salud percibida actual	Excelente, muy buena o buena	136 (60,2)	0	66 (53,7)	70 (68,0)	0,03	
	Regular o mala	90 (39,8)		57 (46,3)	33 (32,0)		
Problemas de salud crónicos	Sí	144 (63,7)	0	76 (61,8)	68 (66,0)	0,51	
	No	82 (36,3)		47 (38,2)	35 (34,0)		
Salud mental (GHQ12)	Buena salud mental (<3)	179 (81,0)	5	92 (76,7)	87 (86,1)	0,07	
	Mala salud mental (≥3)	42 (19,0)		28 (23,3)	14 (13,9)		
Satisfacción con la vida	Muy o bastante satisfecho/a	182 (82,7)	6	97 (80,2)	85 (85,9)	0,27	
	Poco o nada satisfecho/a	38 (17,3)		24 (19,8)	14 (14,1)		
Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) EQ-5D-5L	Movilidad física	Con problemas	31 (13,7)	0	14 (11,4)	17 (16,5)	0,27
		Sin problemas	195 (86,3)		109 (88,6)	86 (83,5)	
	Cuidado personal	Con problemas	6 (2,7)	0	3 (2,4)	3 (2,9)	0,83
		Sin problemas	220 (97,3)		120 (97,6)	100 (97,1)	
	Actividades cotidianas	Con problemas	18 (8,0)	0	8 (6,5)	10 (9,7)	0,38
		Sin problemas	208 (92,0)		115 (93,5)	93 (90,3)	
	Dolor/malestar	Con problemas	97 (42,9)	0	65 (52,8)	32 (31,1)	<0,01
		Sin problemas	129 (57,1)		58 (47,2)	71 (68,9)	
	Ansiedad / depresión	Con problemas	65 (28,8)	0	43 (35,0)	22 (21,4)	0,02
		Sin problemas	161 (71,2)		80 (65,0)	81 (78,6)	
	Índice EQ-5D-5L, media (DE)		0,89 (0,15)	0	0,87 (0,15)	0,91 (0,14)	0,09
	CVRS buena		164 (72,6)	0	84 (68,3)	80 (77,7)	0,12
	CVRS mala o regular		62 (27,4)		39 (37,1)	23 (22,3)	
	Valoración de salud (EVA), media (DE)		66,8 (19,6)	-	67,0 (19,6)	66,5 (19,5)	0,87
Apoyo social	Duke, media (DE)		46,6 (9,5)	-	47,4 (8,8)	45,5 (10,3)	0,14
	Apoyo social alto (>32 puntos)		201 (88,9)	0	113 (91,9)	88 (85,4)	0,13
	Apoyo social bajo (≤32 puntos)		25 (11,1)		10 (8,1)	15 (14,6)	
Sueño	Horas de sueño, media (DE)		7,2 (1,4)	0	7,0 (1,3)	7,3 (1,4)	0,17
	Dificultades para dormir	Sí	100 (44,2)	0	64 (52,0)	36 (35,0)	0,01
		No	126 (55,8)		59 (48,0)	67 (65,0)	
Consumo de tabaco	Sí		58 (25,7)	0	33 (26,8)	25 (24,3)	0,66
	No		168 (74,3)		90 (73,2)	78 (75,7)	
Sedentarismo	Sí		94 (41,6)	0	54 (43,9)	40 (38,8)	0,44
	No		132 (58,4)		69 (56,1)	63 (61,2)	

DE: desviación estándar. Estadísticos de contraste de hipótesis: Chi cuadrado y t de Student.

Tabla 4
Impactos del cuidado en la salud y otras dimensiones de la calidad de vida de las personas cuidadoras de mayores dependientes, estandarizados por edad, según sexo. Gipuzkoa, 2013

Variables		Total (N=226) N (%)	Mujeres (N=123) N (%)	Hombres (N=103) N (%)	P
Sobrecarga	Puntuación total (adaptación escala Zarit), media (DE)	45,4 (15,3)	47,3 (15,8)	43,1 (14,5)	0,04
	Ausencia de sobrecarga (≤ 46 puntos)	125 (55,1)	62 (50,0)	63 (61,2)	0,24
	Sobrecarga ligera (47-55 puntos)	40 (18,1)	24 (20,2)	16 (15,5)	
	Sobrecarga intensa (≥ 56 puntos)	61 (26,9)	37 (29,8)	24 (23,3)	
Deterioro de salud	Sí	52 (23,0)	34 (27,6)	18 (17,5)	0,07
	No	174 (77,0)	89 (72,4)	85 (82,5)	
Consumo de medicamentos por la situación	Sí	20 (8,8)	19 (15,4)	1 (1,0)	<0,01
	No	206 (91,2)	104 (84,6)	102 (99,0)	
Cansancio	Sí	92 (40,7)	60 (48,8)	32 (31,1)	0,01
	No	134 (59,3)	63 (51,2)	71 (68,9)	

DE: desviación estándar. Estadísticos de contraste de hipótesis: Chi cuadrado y t de Student.

existente entre el sexo y las consecuencias atribuibles al cuidado. En la **tabla 5** se aprecia que, al añadir a las variables de ajuste el nivel educativo de la persona cuidadora, pasó a ser significativa la relación con la sobrecarga ($p < 0,05$) y se mantuvieron el resto de asociaciones identificadas.

Las asociaciones de ser mujer con el consumo de medicamentos y tener cansancio

fueron las que mostraron un valor de odds ratio más alto. Así, se observó que existía una asociación entre ser mujer y consumir medicamentos por la provisión de cuidado ($p < 0,05$), y que las mujeres tenían 2,83 veces más probabilidades de presentar cansancio y 1,87 veces más probabilidades de tener sobrecarga.

Tabla 5
Asociación entre las consecuencias atribuibles a la provisión de cuidado informal sobre la salud y otras dimensiones de la calidad de vida y el sexo. Gipuzkoa, 2013

Variables	OR (IC 95%)		
	Hombres (N=103) N (%)	Mujeres (N=123) N (%)	P
Presencia de sobrecarga	1	1,87 (1,06-3,29)	0,03
Deterioro de salud	1	1,87 (0,93-3,76)	0,08
Consumo de medicamentos por la situación	1	19,41 (2,50-150,81)	0,01
Cansancio	1	2,83 (1,53-5,24)	<0,01

Ajuste por edad y nivel educativo de la persona cuidadora, grado de dependencia de la persona mayor cuidada y duración del cuidado.

DISCUSIÓN

Este estudio permite avanzar en el conocimiento de las desigualdades de género existentes en el cuidado informal a mayores dependientes en Gipuzkoa, considerando características sociodemográficas y de salud, así como los impactos de la prestación de cuidados. Las mujeres cuidadoras referían más sobrecarga y cansancio, así como un mayor consumo de medicamentos que los hombres cuidadores.

El perfil de las personas cuidadoras coincide en gran medida con el identificado para las personas cuidadoras principales de mayores en la CAPV⁽²⁸⁾. Sin embargo, difiere en cuanto al nivel educativo, siendo en el estudio actual inferior, en línea con el perfil descrito de la población cuidadora de personas dependientes (no específicamente mayores), a nivel estatal⁽⁶⁾.

En relación con su salud, se apreciaron peores resultados en salud mental y en las dimensiones de dolor/malestar y ansiedad/depresión de la CVRS entre las mujeres, confirmándose así lo observado en estudios previos^(14,28). Las mujeres además calificaron más frecuentemente su salud como regular o mala, y refirieron más problemas para dormir que los hombres. Precisamente la mala salud física y mental se ha relacionado con la existencia de alteraciones del sueño, influidas también de manera indirecta por el sedentarismo o el aislamiento social⁽²⁹⁾.

Al analizar las consecuencias atribuibles al cuidado, también se constataron diferencias entre hombres y mujeres y, si bien en muchos casos no tenían significación estadística, en general mostraban peores resultados las mujeres. La proporción de mujeres que atribuían al cuidado el deterioro de su salud era superior, así como la de quienes referían cansancio. La mayor percepción entre las mujeres de que la prestación de cuidado deteriora su salud se ha relacionado con su mayor responsabilidad en el cuidado, la intensidad de cuidado y la dedicación a tareas asociadas con

un mayor riesgo para la salud, como son las del cuidado personal⁽³⁰⁾. En un estudio llevado a cabo en Bizkaia también se identificó que más del 80 % de la población cuidadora (79,8% mujeres) refería cansancio y el 22,4% dolor⁽³¹⁾, factores ambos relacionados con la sobrecarga^(32,33). El mayor impacto del cuidado en la vida de las mujeres podría explicar un mayor consumo de medicamentos para sobrellevar la situación.

La duración de la provisión de cuidados se ha asociado a consecuencias que han mostrado diferencias en hombres y mujeres⁽¹⁴⁾. Las variables que se emplearon como aproximación a la medida del tiempo dedicado a cuidar, el grado de dependencia y la duración del cuidado, se han relacionado con impactos del cuidado^(34,35), habiéndose apuntado que el grado de dependencia sería un factor explicativo de las diferencias de sobrecarga entre hombres y mujeres⁽³⁶⁾. Sin embargo, ninguna de dichas variables explicó las diferencias en la muestra analizada.

Los efectos más acusados entre las mujeres podrían relacionarse con la asignación de distintos roles en el cuidado y con el modo de afrontarlos⁽³⁷⁾. Tanto el tipo de tareas como el tiempo dedicado a cuidar difieren en hombres y mujeres. Diversos estudios describen que ellas proveen con más frecuencia ayuda en las tareas relacionadas con la atención personal, que son las que conllevan una mayor dedicación horaria y una vinculación más próxima con la persona cuidada, mientras que los hombres realizan más tareas de movilidad dentro y fuera del hogar^(30,36). Las mujeres tienden a interiorizar el rol de cuidadora, a asumir una elevada intensidad de cuidado y a sentir que deben hacerlo bien, de manera que no buscan apoyo, con las correspondientes consecuencias para su salud^(37,38,39).

La principal limitación de este estudio es la transversalidad de su diseño, lo que impide extraer conclusiones acerca de la relación de causalidad entre los efectos observados y el desempeño del cuidado. Sin embargo, esto se pretende controlar con el análisis de los datos

longitudinales del proyecto CUIDAR-SE⁽⁴⁰⁾. Por otro lado, no pudo hacerse un análisis estratificado de ciertas asociaciones de variables por el tamaño muestral de los datos del estudio. Además, es preciso tener en consideración el sesgo de persona cuidadora sana, esto es, la posibilidad de que el estado de salud de las personas sea el que determine la asunción de ese rol⁽⁴¹⁾.

Los resultados obtenidos no pueden generalizarse a todo tipo de personas cuidadoras de mayores, puesto que la muestra analizada estaba formada por personas cuidadoras que convivían con la persona mayor, la cual tenía gran dependencia y recibía una prestación económica para su cuidado. Por ejemplo, no pueden asimilarse los mismos efectos y con la misma intensidad en personas cuidadoras que no conviven con la persona mayor. En principio, parece que las consecuencias sobre la salud y calidad de vida de cuidadores/as fuera del hogar serán menos intensas que las experimentadas por quienes conviven con la persona mayor, ya que cohabitar suele implicar más horas de cuidado y esto suele asociarse a mayor riesgo de sobrecarga⁽⁴²⁾.

Como fortaleza, cabe señalar la consideración de la perspectiva de género tanto en el diseño del estudio como en el análisis de datos. Ello permite apreciar mejor las diferencias en salud entre hombres y mujeres, identificándose las desigualdades de género ligadas a la provisión de cuidados. Además, este estudio complementa la información disponible sobre la situación del cuidado informal de personas en el País Vasco, la cual procede de una encuesta poblacional⁽²⁸⁾, permitiendo profundizar en las consecuencias atribuibles al cuidado y que no se recogen en dicha encuesta.

En conclusión, los resultados del presente estudio confirman la existencia de desigualdades de género en la provisión de cuidados informales a mayores dependientes en Gipuzkoa. Son las mujeres cuidadoras quienes no solo tienen un peor estado de salud, sino que muestran un mayor impacto en su salud y CVRS por la prestación de cuidados. Esta

evidencia va en el mismo sentido que la literatura procedente de otros países o regiones del Estado, pero, considerando la diferente organización del cuidado en España, permite una identificación más precisa de las necesidades de las personas cuidadoras y el diseño de acciones de mejora más adecuadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Estadística de demanda de servicios sociales - Encuesta de necesidades sociales 2010. Informe general de resultados. 2011. Gobierno Vasco.
2. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población. 2017. Disponible en: www.ine.es.
3. EUSTAT. Proyecciones de población. 2017. Disponible en: www.eustat.eus.
4. Kinsella K, Wan H. An aging world 2008. U.S. Census Bureau. 2009. Washington, DC, U.S. Government Printing Office. International Population Reports P95/09-1.
5. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. 2011. Gobierno de España.
6. Esparza C. Discapacidad y dependencia en España. Informes Portal Mayores nº 108. 2011. Madrid.
7. Sancho M (Coord.), Castejón P, Esparza C, Abellán A. Discapacidad y dependencia de las personas mayores en el País Vasco. 2011. Consejería de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco.
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. Madrid: 2012.
9. Pinquart M, Sorensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006;61:33-45.
10. Bauer JM, Sousa-Poza A. Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. IZA Discussion Paper No. 8851. 2015. Bonn, Germany, Institute for the Study of Labor. Discussion Paper Series.
11. Mosquera I, Calderón C, Machón M, Larrañaga I, Vergara I, del Río M, García MM. Síntesis narrativa sobre los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en la salud de las personas cuidadoras. VII Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud. Barcelona 5-7 septiembre 2016. 2016.

12. Crimmins EM, Kim JK, Sole-Auro A. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *Eur J Public Health* 2011;21:81-91.
13. Yee JL, Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist* 2000;40:147-164.
14. Masanet E, La Parra D. Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Rev Esp Salud Publica* 2011;85:257-266.
15. Gabriele S, Tanda P, Tediosi F. The impact of long-term care on caregivers' participation in the labour market. *ENEPRI Research report No. 98*. 2011.
16. Moya-Martinez P, Escribano-Sotos F, Pardo-García I. La participación en el mercado laboral de los cuidadores informales de personas mayores en España. *Innovar* 2012;22(43):55-66.
17. Pinto MF, Barbosa DA, Ferreti CEL, de Souza LF, Fram DS, Belasco AGS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paul Enferm* 2009;22(5):652-657.
18. Del Rio-Lozano M, García-Calvente MM, Calle-Romero J, Machón-Sobrado M, Larrañaga-Padilla I. Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Qual Life Res* 2017;26:3227-3238.
19. Campbell P, Wright J, Oyebode J, Job D, Crome P, Bentham P, Jones L, Lendon C. Determinants of burden in those who care for someone with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23(10):1078-1085.
20. García MM, La Parra D. La investigación sobre cuidados informales de salud desde una perspectiva de género. En: Borrell C, Artazcoz L, (Coord.) editores. 5ª monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre salud y género. Cataluña: Sociedad Española de Epidemiología; 2007, p. 97-118.
21. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *BOE* núm.299 15 diciembre. 2006.
22. Lahuerta C, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez K, Nebot M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gac Sanit* 2004;18(2):83-91.
23. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen MF, Kind P, Parkin D, Bonsel G, Badia X. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res* 2011;20(10):1727-1736.
24. Van Hout B, Janssen MF, Feng YS, Kohlmann T, Busschbach J, Golicki D, Lloyd A, Scalone L, Kind P, Pickard AS. Interim scoring for the EQ-5D-5L: mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L value sets. *Value Health* 2012;15(5):708-715.
25. Lopez-Bastida J, Oliva MJ, Worbes CM, Perestelo PL, Serrano-Aguilar P, Montón-Álvarez F. Social and economic costs and health-related quality of life in stroke survivors in the Canary Islands, Spain. *BMC Health Serv Res* 2012;12:315.
26. Bellón JA, Delgado A, de Dios J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria* 1996;18(4):153-163.
27. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, Taussig MI. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol* 1996;6:338-346.
28. Mosquera I, Martín U, Larrañaga I. El cuidado informal en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Análisis de la Encuesta de Salud del País Vasco 2013. Departamento de Salud, Gobierno Vasco; 2018.
29. McCurry SM, Logsdon RG, Teri L, Vitiello MV. Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: contributing factors and treatment implications. *Sleep Med Rev* 2007;11(2):143-153.
30. García MM, del Rio M, Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gac Sanit* 2011;25(Supl): 100-107.
31. Observatorio de Personas Mayores de Bizkaia. ¿Cómo perciben las personas cuidadoras su estado de salud? Disponible en: http://www.bizkaia.eus/home/2/archivos/DPTO3/Temas/Pdf/6_C%3C%3B3mo%20perciben%20las%20personas%20cuidadoras%20su%20estado%20de%20salud.pdf?hash=b160c2b3bacee78f2c7146264fd0dac4&idioma=CA. Fecha de acceso: 15 de mayo de 2018.
32. Buyck JF, Bonnaud S, Boumendil A, Andrieu S, Bonenfant S, Goldberg M, Zins M, Ankr J. Informal caregiving and self-reported mental and physical health: results from the Gazel Cohort Study. *Am J Public Health* 2011;101(10):1971-1979.
33. Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Janzen JA, Hadjistavropoulos T. The relation of pain and caregiver burden in informal older adult caregivers. *Pain Med* 2011;12(1):51-58.
34. Limpawattana P, Theeranut A, Chindaprasirt J, Sawanyawisuth K, Pimporm J. Caregivers burden of older adults with chronic illnesses in the community: a cross-sectional study. *J Community Health* 2013;38(1):40-45.

35. Ramón-Arbués E, Martínez-Abadía B, Martín-Gómez S. Factores determinantes de la sobrecarga del cuidador. Estudio de las diferencias de género. *Aten Primaria* 2017;49(5):308-313.
36. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristain JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit* 2008;22(5):443-450.
37. Del Río-Lozano M, García-Calvente MM, Marcos-Marcos J, Entrena-Durán F, Maroto-Navarro G. Gender identity in informal care: impact on health in Spanish caregivers. *Qual Health Res* 2013;23(11):1506-1520.
38. Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A, Arregi B. Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2009;27(1):50-55.
39. Del Río M, García MM, Larrañaga I, Vergara I, Maroto G, Ocaña R. Apoyo informal recibido por mujeres y hombres cuidadores de Granada y Gipuzkoa (Estudio CUIDAR-SE). *Gac Sanit* 2014;28(Supl):28.
40. Del Río M, García-Calvente MM, Ocaña R, Corma A, Larrañaga I, Machón M, Calle J, Maroto G. Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas cuidadoras: estudio CUIDAR-SE. *Gac Sanit* 2016;30(Supl):106.
41. Bacigalupe A, Martín U. Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud. Vitoria-Gasteiz: Ararteko; 2007.
42. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *J Adv Nurs* 2012;68(4):846-855.