

ORIGINAL BREVE

Recibido: 27 de agosto de 2018
 Aceptado: 12 de junio de 2019
 Publicado: 6 de agosto de 2019

DEPRESIÓN Y SOBRECARGA EN EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES (*)

Mercedes A. Hernández Gómez (1,2), M^a José Fernández Domínguez (1,2), Manuel A. Blanco Ramos (3), María Teresa Alves Pérez (4), M^a Jesús Fernández Domínguez (5), Ana I. Souto Ramos (6), M^a Pilar González Iglesias (5) y Ana Clavería Fontán (2,6)

- (1) Centro de Salud Novoa Santos. EOXI Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras. Ourense. España
 (2) Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur-IISGS. EOXI Vigo. Pontevedra. España
 (3) Nutricia Iberia (Advanced Medical Nutrition). Madrid. España
 (4) Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Ourense. Ourense. España
 (5) EOXI Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras. Ourense. España
 (6) EOXI Vigo. Pontevedra. España

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

(*) Financiación: Este artículo se ha elaborado en el marco del proyecto PS08/50, "Persoas Maiiores do Concello de Ourense. Determinación multifactorial do seu estado funcional", financiado mediante beca de investigación de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, en colaboración con el Ministerio de Ciencia e Innovación a través del Instituto de Salud Carlos III, para la realización de proyectos de investigación en los centros del sistema sanitario público gallego (orden del 27 de junio de 2008).

RESUMEN

Fundamentos: Los cuidados informales afectan a la calidad de vida y a la salud emocional. El objetivo de este trabajo fue analizar la relación entre la carga y la depresión en los cuidadores/as medida con Escala de Zarit y GHQ-28 y el deterioro funcional global del anciano medido mediante OARS-MFAQ.

Métodos: Estudio transversal descriptivo por entrevistas a 104 personas mayores de 65 años y sus cuidadores/as informales en la ciudad de Ourense. Se realizó un análisis descriptivo y una regresión logística de las variables que influyen en la depresión y la sobrecarga por cuidar ancianos.

Resultados: El 82,7% de cuidadores/as eran mujeres con edad media de 63,64 años (IC 95%: 61,05-66,23) y el 10,3% mayor de 80 años. El 32,2% presentaba sobrecarga encontrándose como factores asociados a la misma, cuidar de ancianos más jóvenes ($p=0,043$), ser pareja del anciano ($p=0,003$), tener mayor edad ($p=0,031$) y el riesgo de depresión medida con GHQ ($p<0,001$). Tener buena percepción de la visión ($p=0,038$), rechazar el uso de bastón ($p=0,002$) o silla de ruedas ($p=0,015$) también se asoció con la sobrecarga.

Conclusiones: Las cuidadoras informales son mujeres en torno a 60 años. Aunque no sientan sobrecarga por cuidar, tienen depresión, que es más probable cuanto más severa es la carga y esta se relaciona con la percepción de carencias económicas básicas para el cuidado.

Palabras clave: Cuidador informal, Sobrecarga, Depresión, Ancianos, Deterioro de la salud, Dependencia, Atención primaria, Actividades de la vida diaria, Cuidados de larga duración, Calidad de vida.

ABSTRACT

Depression and burden in the caretaking of elderly

Background: Informal care affects the quality of life and emotional health. Objective: To analyze the relationship between burden and depression in caregivers measured by Zarit's Scale and GHQ-28 and the global functional deterioration of the elderly measured by OARS-MFAQ.

Methods: Descriptive observational cross-sectional study in Primary Health Care at Ourense city. 104 people (>65 years old) and their caregivers were interviewed. Descriptive analysis and logistic regression were used to analyze the characteristics that increase the probability to suffer burden and depression.

Results: 82.7% of caregivers were women with an average age of 63.64 years (95% CI: 61.05-66.23) and 10.3% were over 80 years old. 32.2% had an overload, associated with taking care of younger people ($p=0.043$), being a couple of an elder ($p=0.003$) being older ($p=0.031$) and the risk of depression which were all found as factors associated with burden, measured by GHQ ($p<0.001$). Having good perception of the vision ($p=0.038$), rejecting the use of a cane ($p=0.002$) or wheelchair ($p=0.015$) were also associated with factors contributing to burden.

Conclusions: Informal caregivers are women around their sixties, and although they do not feel overburdened for caring, they have depression, more likely the more severe the burden is, and it is related with the perception of economic deficiencies for the caring.

Key words: Informal care, Burden, Depression, Elderly, Health deterioration, Dependency, Primary care, Activities of daily living, Long-lasting care, Quality of life.

INTRODUCCIÓN

La población envejece, se estima que en el año 2050 las personas mayores de 60 años supondrán el 22% de la población mundial⁽¹⁾. En España la proporción es mayor y más en Galicia, en Ourense, según datos del INE de 2018 el 24,6% de la población tiene más de 65 años y el 8,2% más de 85 años⁽²⁾. En Galicia, familia, amigos y vecinos constituyen el pilar básico de los cuidados y son la red social primaria o de cuidados informales. Por contra, la participación del servicio doméstico remunerado en los cuidados es muy baja⁽³⁾. Factores psicoeducacionales, que siguen patrones universales, determinan que el cuidador/a principal sea una mujer⁽⁴⁾ y la institucionalización se percibe como un fracaso en el cuidado⁽⁵⁾. El acceso de las mujeres al mercado laboral, el envejecimiento demográfico y los cambios en los modelos de convivencia conducen a lo que se conoce como “crisis de los cuidados”, donde se da un aumento de la demanda de cuidados y a la vez, una disminución de su provisión^(6,7,8,9).

Para dimensionar los cuidados es importante valorar la salud integral y la esfera biopsicosocial de la persona mayor y uno de los cuestionarios de valoración multidimensional más utilizado en estudios internacionales es The Olders Americans Resources and Services Program Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS-MFAQ) que permite hacer una valoración integral de la salud y calidad de vida percibida, de su estado funcional y sirve para orientar las necesidades de recursos socio-sanitarios en geriatría^(10,11). Además, es crucial determinar cómo afecta el cuidado al cuidador/a. La “Escala sobre la Carga del Cuidador” de Zarit sirve para hacer una valoración global de la sobrecarga, se correlaciona con los síntomas psicopatológicos del cuidador/a, con la calidad de la relación entre ambos y predice mejor la institucionalización frente al estado mental o los problemas de conducta de la persona mayor^(12,13,14). Cuidar repercute en el entorno familiar⁽¹⁵⁾ y tiene impacto en la

salud mental de los miembros del mismo⁽¹⁶⁾. El General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg es útil para el cribado de la depresión en estudios epidemiológicos y en España la versión más difundida es el GHQ-28^(17,18).

El objetivo de este estudio fue analizar en personas no institucionalizadas la relación entre el deterioro global del anciano y la depresión y la sobrecarga de su cuidador/a principal informal.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal mediante encuestas y entrevistas a personas mayores de 65 años y sus cuidadores informales en la ciudad de Ourense (Galicia, España). Participaron todos los cuidadores/as de personas mayores presentes en la entrevista OARS, realizada en su hogar habitual y a quienes se solicitó participar de forma voluntaria en el estudio.

Criterios de inclusión de las personas mayores: consentimiento a participar, tener más de 65 años, no estar institucionalizado y vivir en la ciudad.

Criterios de inclusión de los cuidadores/as: consentimiento a participar, ser la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria (al menos durante los últimos seis meses), durante la mayor parte del día (definido como más de una jornada de mañana o de tarde) y sin recibir retribución económica.

Procedimiento: en la primera fase se seleccionó de forma aleatoria a los participantes mayores de 65 años en base al Padrón Municipal y a la Tarjeta Sanitaria del Servicio Gallego de Salud. Mediante escala OARS-MFAQ, un psicólogo trabajador en servicios sociales entrenado en dicha tarea (evitando así el sesgo inter-observador) entrevistó a 656 personas mayores de 65 años, representativas de la población total. La captación de cuidadores/as se llevó a cabo entre 2009 y 2011 en

el domicilio de los ancianos cuando les acompañaban en la entrevista, tal como se les había indicado al concertar cita, y si cumplían los criterios de inclusión. Colaboraron todos (104) y cubrieron las encuestas Zarit y GHQ-28, autoadministradas.

La entrevista OARS-MFAQ duró como mínimo 1 hora y 45 minutos, incluyó variables sociodemográficas de la persona mayor (edad/género), el test de Pfeiffer para medición del deterioro cognitivo (sin alteración=0-2 errores; leve=3-4; moderada=5-7; severa=más de 7) y el Short Psychiatric Evaluation Schedule (SPES) para detección precoz de depresión (probable alteración=cinco o más puntos). Tiene un apartado de medición de estado funcional en las áreas de recursos sociales, económicos, salud mental, física y actividades de la vida diaria (cada área puntuó de uno -funcionalidad plena- a seis -deterioro absoluto- en la OARS). El área de valoración de actividades de la vida diaria (AVD), basada en el índice de Katz, incluyó actividades básicas e instrumentales^(10,11).

En este trabajo el psicólogo entrevistador no interfirió en ninguna de las respuestas, respetando el deseo del anciano o de su acompañante de no responder y de avanzar en las preguntas fuera cual fuera el motivo. En los análisis posteriores se excluyeron las variables que no fueron respondidas por más del 40% de la población a estudio.

De los cuidadores/as se recogieron variables sociodemográficas (edad, género), relación con el anciano, horas de cuidado y valoración cualitativa de áreas funcionales del anciano. Para la evaluación del cuidador/a informal, se utilizaron los cuestionarios autoadministrados de Sobrecarga de Zarit-22 ítems⁽¹²⁾ y GHQ-28^(17,18). El Zarit se puntuó para estudios internacionales (de 0 a 4) estableciendo diferentes grados de sobrecarga: ausencia (≤ 4); ligera (4-5); intensa (≥ 6). Con GHQ se utilizó la puntuación 0-0-1-1 para detectar riesgo de depresión, considerando riesgo de depresión

a partir de 6 puntos. Todas estas escalas están validadas para castellano y la OARS también para gallego.

Cálculo del tamaño muestral: La proporción esperada de alteración en las actividades de la vida diaria (AVD) de las personas mayores estuvo en torno al 27%⁽¹⁰⁾, para un nivel de precisión del 3,5% y un nivel de confianza del 95%. Con el 40% de contactos infructuosos, resultaron necesarios 656 mayores de 65 años. Para cuidadores/as informales no se hizo cálculo muestral y la selección se hizo en base a los criterios marcados. Todos (104) estuvieron presentes en la entrevista OARS-MFAQ.

Aspectos éticos: Este trabajo contó con la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia, según código 2008/287. Cumplió en todo momento la Declaración de Helsinki de la WMA (World Medical Association) y las recomendaciones de la EMA (European Medicines Agency), así como la legislación vigente en materia de investigación clínica.

Análisis Estadístico. Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de los datos tanto del anciano como del cuidador/a. Las variables continuas se mostraron como media y desviación estándar y las categóricas se reflejaron como frecuencias y porcentajes. Se realizaron test paramétricos y no paramétricos para determinar la asociación entre variables de estudio. Finalmente mediante regresión logística se analizaron las variables que influyen de manera independiente en la sobrecarga y la depresión del cuidador/a medida mediante los cuestionarios Zarit y GHQ-28 respectivamente (edad, sexo, relación con la persona cuidada, carencias económicas percibidas).

Se consideraron en el análisis univariante todas las variables de estudio: es decir, en el modelo de regresión para la sobrecarga, todas las variables de la **tabla 2** y, para la depresión, las de la **tabla 3**.

Tabla 1				
Características sociodemográficas y OARS de los ancianos en función del sexo. Porcentaje % .p-valor. Test Chi cuadrado y Test exacto de Fisher para la comparación de variables categó- ricas. Test t de Student para comparación de la edad en función del sexo.				
ANCIANOS	TOTAL %	MUJERES (71) %	HOMBRES (33) %	P-VALOR
Edad media (SD)	85,62 (7,39)	85,84 (7,56)	85,14 (7,07)	0,658
Tiene pareja	57,70%	50,00%	73,10%	0,052
Vive solo	8%	10%	4%	0,342
¿Se encuentra solo?				
Muy a menudo	27,70%	30,40%	21,10%	0,442
¿Ve a sus familiares tanto como quisiera?				
No	53%	61,70%	31,60%	0,026
¿Cómo considera su economía respecto a los demás?				
Mejor	43,90%	45,70%	40,00%	0,460
Igual	27,30%	21,70%	40,00%	
No	15,20%	17,40%	10,00%	
NC	13,60%	15,20%	10,00%	
¿Con qué frecuencia se preocupa de las cosas?				
Muy a menudo	62,50%	69,60%	44,40%	0,062
En general, ¿cómo encuentra su vida?				
Rutinaria, aburrida	68,80%	67,40%	72,20%	0,708
Interesante	31,30%	32,60%	27,80%	
Dependiente para >1 AVD-I	89,40%	86,20%	96,60%	0,131
Dependiente para >1 AVD-B	75,50%	75,40%	75,90%	0,960
¿Recibe ayuda para cuidados personales diarios (aseo, vestirle, comida)?				
Sí	72,10%	70,40%	75,80%	0,572
¿Necesita supervisión continua?				
Sí	58,70%	52,10%	72,70%	0,047
¿Recibe ayuda para tareas domésticas?				
Sí	84,60%	81,70%	90,90%	0,225
¿Recibe ayuda para preparación de comidas?				
Sí	78,80%	71,80%	93,90%	0,010
Resultado global SPES				
Sin depresión	61,70%	56,80%	75,00%	0,200
¿Cuánto le impiden hacer sus problemas de salud?				
Mucho	60,30%	54,50%	50,00%	0,028
Poco	20,60%	29,50%	0,00%	
Nada	19,00%	15,90%	26,30%	
¿Ha recibido tratamiento con psicofármacos en los últimos 6 meses?				
Lo recibe	58,70%	67,60%	39,40%	0,007
Cree necesitarlos	50,00%	59,20%	30,30%	0,006

Tabla 2				
Análisis descriptivo de sobrecarga del cuidador y variables asociadas: Porcentaje %.				
p-valor: Test Chi cuadrado/ Fisher , Anova de un factor^(*), Prueba de Kruskal Wallis^(‡).				
	VALORACIÓN SOBRECARGA - ZARIT			P-VALOR^(*)
	NO SOBRECARGA N=81	SOBRECARGA LEVE N=13	SOBRECARGA SEVERA N=10	
Variables inherentes al anciano				
Edad media (SD)	86,5 (±6,93)	83,14 (±8,59)	81,20 (±8,02)	0,043 ^(*)
Sexo-hombre	22 (27,2%)	7 (53,8%)	4 (40%)	0,133
Deterioro cognitivo	48 (59,3%)	7 (53,8%)	6 (60%)	0,931
Mala autopercepción visual	21 (38,9%)	8 (80,0%)	5 (62,5%)	0,038
No usa bastón	24 (41,4%)	11 (84,6%)	7 (87,5%)	0,002
No usa silla de ruedas	53 (89,8%)	8 (61,5%)	5 (62,5%)	0,015
No usa pañales	44 (75,9%)	8 (66,7%)	5 (71,4%)	0,793
Percepción del deterioro global del anciano por el psicólogo entrevistador				
Puntuación. Media (SD)	16,55 (±3,79)	16,15 (±5,49)	17,00 (±4,37)	0,885 ^(*)
Variables inherentes al cuidador				
Edad. Media (SD)	62,35 (±11,64)	71,40 (±6,10)	71,87 (±8,38)	0,031 ^(*)
Sexo-mujer	65 (85,5%)	8 (88,9%)	9 (100%)	0,463
Parentesco				
Pareja	18 (22,2%)	7 (53,8%)	7 (70%)	0,003
Hija/Hijo	51 (63%)	3 (23,1%)	3 (30%)	
Otros	12 (14,8%)	3 (23,1%)	0 (0%)	
Puntuación GHQ. Mediana [min-max]	3,50 [0-18]	5 [0-14]	13,5 [4-23]	>0,001 ^(‡)
>8 horas/día de cuidados	54 (75%)	9 (81,8%)	5 (55,6%)	0,373
Percepción del cuidador de carencias económicas del anciano				
Alimentación básica	3 (4,1%)	2 (20%)	2 (25%)	0,031
Vivienda, adaptación básica	4 (5,4%)	1 (10%)	3 (37,5%)	0,009
Ropa, hogar	4 (5,4%)	2 (20%)	3 (37,5%)	0,008

Tabla 3
Análisis descriptivo en función del riesgo de depresión del cuidador medido mediante Escala de Goldberg y variables asociadas. Porcentaje %. p- valor: Test Chi cuadrado y Test exacto de Fisher, Anova de un factor^(*).

	GHQ-25		P-VALOR
	NO DEPRESIÓN=59 (56,7%)	DEPRESIÓN=45 (43,3%)	
Variables inherentes al anciano			
Sexo-mujer	37 (62,7%)	34 (75,6%)	0,163
Deterioro cognitivo	34 (57,6%)	27 (60%)	0,808
Mala autopercepción visual	19 (43,2%)	15 (53,6%)	0,389
No usa bastón	25 (53,2%)	17 (53,1%)	0,995
No usa silla de ruedas	40 (83,3%)	26 (81,3%)	0,999
No usa pañales de incontinencia	34 (70,8%)	23 (71,9%)	0,920
Percepción del deterioro global del anciano por el psicólogo entrevistador			
Puntuación. Media (SD)	16,41 (±3,49)	16,73 (±4,72)	0,705 ^(*)
Variables inherentes al cuidador			
Edad cuidador. Media (SD)	61,61 (±12,65)	65,88 (±9,73)	0,102 ^(*)
Sexo (Mujer)	45 (76,3%)	41 (91,1%)	0,067
Parentesco (pareja)	16 (27,1%)	16 (35,6%)	0,653
Hija/Hijo	34 (57,6%)	23 (51,1%)	
Otros	9 (15,3%)	6 (13,3%)	
>8 horas/día de cuidados	38 (76%)	30 (71,4%)	0,619
Percepción del cuidador de carencias económicas del anciano			
Alimentación básica	3 (5,8%)	4 (10%)	0,463
Vivienda, adaptación básica	2 (3,8%)	6 (15%)	0,074
Ropa, hogar	3 (5,8%)	6 (15%)	0,170

Los análisis se realizaron con SPSS 22 y Epidat 4.1. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

De las personas mayores seleccionadas (656), la muestra que tenía cuidador/a principal informal (104) supuso el 15,8%. Fueron mujeres el 71%, con media de edad de 85,62 años (IC 95%: 84-87), y el 54,4% superaron los 85 años. En la **tabla 1** se muestra cómo según la escala OARS-MFAQ, el 53% no veía a sus familiares tan a menudo como quisiera. Esta percepción fue peor entre mujeres ($p=0,026$). Eran dependientes para, al menos, una actividad instrumental, el 89,4% y, para una o más básicas, el 75,5%, sin diferencia de género. De estas personas, el 58,7% reconoció necesitar supervisión continua en los últimos seis meses, y el 78,8% necesitó recibir ayuda para preparar la comida. Ambos casos resultaron significativos en cuanto a los varones, con unos valores de $p=0,047$ y $p=0,010$, respectivamente.

No se encontraron diferencias significativas por sexo en el riesgo de depresión de personas mayores ($p=0,200$) pero sin embargo, entre mujeres fue más frecuente el tratamiento con psicofármacos ($p=0,007$).

Entre cuidadores/as el 82,7% fueron mujeres con una edad media de 63,64 años (IC 95%: 61,05-66,23) y el 10,3% tenía más de 80 años en el momento de la entrevista. La relación de parentesco cuidador/a-anciano más frecuente fue filial (54,8%) o conyugal (30,8%), y el 73,9% dedicó a cuidar más de 8 horas diarias.

El 23% de los cuidadores/as presentó sobrecarga y los factores asociados a la misma fueron: cuidar de ancianos más jóvenes ($p=0,043$); ser su pareja ($p=0,003$); la edad del cuidador/a ($p=0,031$) y las posibilidades de depresión medida con GHQ ($p < 0,001$). (Véase **Tabla 2**).

La sobrecarga se relacionó, además, con la negación de tener mala agudeza visual por parte de la persona mayor ($p=0,038$), con el no de uso de bastón ($p=0,002$) o con el empleo de silla de ruedas ($p=0,015$).

Las carencias económicas básicas de la persona mayor percibidas por el cuidador/a en cuanto a alimentación, adaptación de la vivienda y ropa de hogar, mostraron relación significativa con la sobrecarga en todos los casos ($p=0,031$, $p=0,009$ y $p=0,008$, respectivamente).

En la **tabla 3** se muestra que el 45% de los cuidadores/as tuvo depresión, pero no influyó de forma significativa ninguna de las variables analizadas.

Finalmente, mediante regresión logística univariante y multivariante fueron analizadas las variables que influyeron de manera independiente en la sobrecarga y la depresión del cuidador/a medidas, respectivamente, con cuestionario Zarit y GHQ-28. Se encontró relación entre la sobrecarga y la edad del propio cuidador/a ($p=0,020$).

DISCUSIÓN

En este trabajo se analiza la relación entre la percepción de la salud global de las personas mayores con la sobrecarga y la depresión de sus cuidadores/as, así como la relación entre la sobrecarga y la depresión por cuidar. La mayor parte de los estudios revisados analizaron la carga del cuidador/a en subgrupos de población específicos con demencia, cáncer o tras ingresos prolongados^(15,16,17,19,21-24,27,31). En este trabajo, siguiendo las aportaciones de Badía-Llach y Márquez-González, se delimitan como condiciones para ser incluido como cuidador/a principal informal el ser la persona de referencia para ayudar en las necesidades de la vida diaria durante la mayor parte del día, no recibir retribución económica, y llevar haciéndolo al menos durante los últimos seis meses^(19,20).

Al igual que en otros estudios, la mayoría de los cuidadores/as son mujeres, de aproximadamente 60 años y pertenecen al entorno familiar^(9,10,11,12,13,14,15,20-23,25-30). Por este motivo, consideramos pertinente hablar de “cuidadoras”, entre las que al igual que en otros trabajos destaca un elevado porcentaje mayor de 80 años y que todavía dedica a cuidar de forma exclusiva más de 8 horas diarias⁽²²⁾. Respecto a limitaciones, no se ha podido analizar la existencia de rotación en los cuidados entre familiares, aunque resulta llamativo que, por cuestión de edad, serían subsidiarias de ser cuidadas. Además la muestra de cuidadoras mayoritariamente femenina ha impedido hacer un análisis desagregado por sexo y existe la posibilidad de que el impacto de cuidar sea diferente y condicione las intervenciones a realizar.

En este estudio, las cuidadoras no tienen sobrecarga por el hecho de cuidar, mientras que en otros trabajos la sobrecarga afectaba a más de la mitad de ellas^(22,25). Aunque la carga es mayor en zonas urbanas como Ourense, podría influir que la edad avanzada del objetivo del cuidado se considera un factor protector^(22,25,29) y que, en nuestro caso, la muestra de personas mayores no es necesariamente enferma, sino sólo mayor. En cualquier caso, es un resultado a tener en cuenta para futuros trabajos por si las cuidadoras, siendo muy mayores, hubieran desarrollado alguna defensa para la carga de cuidar.

La edad del anciano, su riesgo de caídas, la edad y la depresión de la cuidadora, ser su pareja y percibir que las necesidades básicas del hogar no estén bien cubiertas se relacionan con la sobrecarga. No hemos encontrado referencias en otros trabajos respecto a una posible relación entre ser pareja y sobrecarga, lo cual genera dudas en cuanto a si podría ser la convivencia lo que se asocia a sobrecarga o, por ejemplo, una edad probablemente similar a la de la persona mayor cuidada. No encontramos relación con el deterioro físico, cognitivo o en las AVD del anciano,

ni tampoco con sus ingresos mensuales a diferencia de otros estudios⁽²⁵⁾.

De este trabajo cabe destacar el empleo de cuestionarios validados, el contemplar la salud en su esfera biopsicosocial y que un único entrevistador experto en envejecimiento y asuntos sociales haya realizado las entrevistas, lo cual ha servido para controlar los sesgos de clasificación. Entre sus limitaciones, destaca el no haber profundizado en características sociodemográficas de las cuidadoras informales (nivel de estudios, trabajo o análisis cualitativo de la vivencia del cuidador/a).

Más de la mitad de las cuidadoras deberían ser valoradas por posible depresión. Cuidar parece estar profesionalizado, pero no se trabaja de cuidadora, sino que se es cuidadora⁽⁵⁾. Supone atención personal, instrumental, vigilancia, acompañamiento, cuidados sanitarios, gestión y relación con profesionales de la salud, e implica apoyo emocional y social. Probablemente en el entorno en el que residen, cuidar se considera más que un deber, una obligación y, por tanto, no consultan por este motivo en el centro de salud^(25,28,14,15,16). Desde atención primaria se debe hacer una búsqueda activa de cuidadoras informales para planificar sobre ellas intervenciones socio-sanitarias dirigidas a prevenir, evitar o, en su caso, tratar las consecuencias de cuidar⁽²⁸⁾, la sobrecarga y sus secuelas psicológicas. Cuando hay sobrecarga, esto repercute sobre la persona mayor, provocando un uso desproporcionado de servicios hospitalarios de larga estancia, un aumento en las tasas de institucionalización, de deterioro funcional, de mortalidad y afectación en su calidad de vida^(26,27,28,23, 31). En nuestro trabajo, al igual que en otros estudios^(32,33), y destaca que las personas pierden autonomía con la edad y aumenta la probabilidad de depender del cuidado de terceros.

Los resultados de este estudio concluyen que las cuidadoras informales, que suelen ser mujeres en torno a los 60 años de edad, aunque

no sientan sobrecarga por cuidar, sí tienen depresión, y ésta es más probable cuanto más severa es la carga medida, relacionándose con la percepción de carencias económicas básicas para el cuidado.

Los resultados de este trabajo permiten conocer el entorno anciano-cuidador en su medio habitual, lo que resulta útil para planificar intervenciones socio-sanitarias coordinadas y dirigidas a abordar las consecuencias de cuidar.

AGRADECIMIENTOS.

Los autores agradecen la contribución de las personas participantes en las entrevistas, así como la colaboración de los profesionales de los centros de salud de la ciudad dentro del Servicio Galego de Saúde (Tarxeta Sanitaria), así como del Ayuntamiento de Ourense. A David Pardo y Patricia Odethy les agradecen su participación en el diseño y las entrevistas.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. La Asamblea Mundial de la Salud acuerda resoluciones sobre la salud de la mujer, el niño y el adolescente y sobre el envejecimiento saludable. Ginebra; 26 de mayo 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/wha69-26-may-2016/es/>
- Instituto Nacional de Estadística, INE. 2018. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=03002.px&L=0>
- Martínez-Buján R. Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. *Rev Esp Investig Social*. 2014; 145: 99-126.
- Esping-Andersen G, Palier B. Los tres grandes retos del estado de bienestar. 1ª ed. Barcelona: Ariel; 2010. p. 128.
- García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit*. 2004; 18 (Supl 1): 132-9.
- Attias-Donfut C, Lapierre N, Segalen M. Le nouvel esprit de famille. París: La Découverte; 2002. p. 280.
- Orozco A. Cadenas globales de cuidado. Santo Domingo: 2007.
- Carrasco C. El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 2013;31(1):39-56.
- Pérez Ortiz L. La estructura social de la vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer. Madrid: Ministerio de Trabajo e inmigración, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO; 2006. p. 292. ISBN 216-06-088-3. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estructurasocialvejez.pdf>
- Blanco Ramos, MA. Calidad de vida de los ancianos en Galicia. Aproximación mediante la evaluación en una provincia de interior [tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Servicio de Publicacións e Intercambio Científico, USC; 2003.
- Doble SE, Fisher AG. The dimensionality and validity of the Older Americans Resources and Services (OARS) Activities of Daily Living (ADL) Scale. *J Outcome Meas*. 1998; 2(1):4-24.
- Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980; 20(6):649-55.
- Martín M, Salvadó I, Nadal S, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996; 6:338-46.
- Regueiro Martínez AA, Pérez-Vázquez A, Gómar Villabona SM, et al. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Aten Primaria*. 2007; 39(4): 185-8.
- Pérez Peñaranda A, García Ortiz L, Rodríguez Sánchez E, et al. Función familiar y salud mental del cuidador de familiar con dependencia. *Aten Primaria*. 2009; 41(11): 621-8.
- Garand L, Dew MA, Urda B, et al. Marital Quality in the Context of Mild Cognitive Impairment. *West J Nurs Res*. 2007; 29(8): 976-92.
- Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med*. 1986; 16(1):135-40.
- Goldberg D, Williams P. Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona. Masson. 1996.
- Badia Llach X, Lara Suriñach N, Roset Gamisans M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria*. 2004; 34(4):170-7.

20. Márquez-González M, Losada Baltar A, Peñacoba Puente C, et al. El optimismo como factor moderador de la relación entre el estrés y la depresión de los cuidadores informales de personas mayores dependientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(5): 251–5.
21. Franco C, Sola M del M, Justo E. Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermedad de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010; 45(5):252-8.
22. Rodríguez-González AM, Rodríguez-Míguez E, Duarte-Pérez A, et al. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales relacionados con la atención a las personas dependientes. *Aten Primaria.* 2017; 49(3):156-165.
23. Sewitch MJ, Yaffe MJ, McCusker J, et al. Helping Family Doctors Detect Vulnerable Caregivers After an Emergency Department Visit for an Elderly Relative: Results of a Longitudinal Study. *BMC Fam Pract.* 2006; 7:46.
24. Moral Serrano MS, Juan Ortega J, López Matoses MJ, et al. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria.* 2003; 32(2):77-83.
25. Mello JA, Macq J, Van Durme T, et al. The determinants of informal caregivers' burden in the care of frail older persons: a dynamic and role-related perspective. *Aging Ment Health.* 2017; 21(8):838-843.
26. Del-Pino-Casado R, Ordóñez-Urbano C. Efectos de la satisfacción con el tiempo de ocio en personas cuidadoras de familiares mayores dependientes. *Aten Primaria.* 2016; 48(5):295-300.
27. Smerglia VL, Miller NB, Sotnak DL, et al. Social Support and Adjustment to Caring for Elder Family Members: A Multi-study Analysis. *Aging Ment Health.* 2007; 11(2): 205-17.
28. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, et al. Caregiver Burden: A Clinical Review. *JAMA.* 2014; 311(10):1052-60.
29. Moreno-Gaviño L, Bernabeu-Wittel M, Alvarez-Tello M, et al. Sobrecarga sentida por la familia del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria.* 2008; 40(4): 193-8.
30. Van Uffelen JG, Chin A Paw MJ, Hopman-Rock M, et al. The effect of walking and vitamin B supplementation on quality of life in community-dwelling adults with mild cognitive impairment: a randomized, controlled trial. *Qual Life Res.* 2007; 16(7):1137-46.
31. Argimón Pallas J. Comentario ¿Son eficaces las intervenciones de apoyo a los cuidadores de pacientes con demencia? *Aten Primaria.* 2004; 33(2):67-8. PMID: 14967122.
32. Cancela Carral JM, Ayán Pérez C, Varela Martínez S. La condición física saludable del anciano. Evaluación mediante baterías validadas al idioma español. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(1):42-6.
33. Sánchez Palacios C, Trianes Torres MV, Blanca Mena MJ. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(3):124-9.