



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2013-2014

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**El cuidado informal a las personas mayores
desde una perspectiva de género: revisión
sistemática**

Gretel Antuña de la Paz

Junio 2014

Tutor: Prof. Dr. José C. Millán Calenti. Catedrático (EU). Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de A Coruña.

Tutora: Profa. Pilar Marante Moar. Profesora Asociada. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de A Coruña.

Contenido

1. Resumen.....	6
2. Introducción	8
2.1. El envejecimiento de la población.....	8
2.2. Cuidado informal y roles de género	9
2.3. Repercusiones del cuidado informal en la salud	11
2.4. El papel de la terapia ocupacional	12
2.5. La perspectiva de género en la investigación en salud	14
3. Formulación de la pregunta de estudio	16
4. Metodología	18
4.1. Tipo de estudio	18
4.2. Fecha de consulta	18
4.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	18
4.4. Bases de datos y palabras clave	18
4.5. Estrategia de búsqueda.....	19
4.6. Selección de los resultados	21
4. 7. Extracción y análisis de los datos	22
5. Resultados	24
6. Discusión	28
7. Conclusiones	32
8. Bibliografía	34
9. Apéndice	40

1. Resumen

El cuidado a las personas mayores recae mayoritariamente en las mujeres, por lo que es interesante conocer los determinantes de género que pueden influir en la salud de las cuidadoras y cuidadores.

Objetivos:

Determinar si existen diferentes repercusiones para la salud del cuidador o cuidadora de una persona mayor, en función de si quien cuida es un hombre o una mujer.

Metodología:

Se realizó una revisión sistemática. Se incluyeron estudios publicados entre 2009 y 2014 en las bases de datos Medline, Web of Science, CINAHL, Scopus y Cochrane, donde los sujetos fueran cuidadores o cuidadoras informales de personas mayores.

Resultados:

Tras el proceso de análisis de resultados, se incluyeron un total de trece estudios en la revisión. A excepción de dos de ellos, se ha encontrado que las cuidadoras presentan más problemas de salud que los cuidadores, especialmente relacionados con síntomas depresivos. Otros factores que influyeron en la salud de la persona que cuida fueron el número de horas dedicadas al cuidado y la percepción de carga.

Conclusiones:

Las diferencias en la salud entre los y las cuidadoras informales deberían considerarse, tanto en la investigación, como en el diseño e implementación de programas destinados a darles apoyo.

Abstract

Elderly care is mainly performed by women, and hence it is interesting to know which gender determinants may influence the health of male and female caregivers.

Objectives:

The aim of this study is to determine if there are different implications in the health of an older people caregiver, depending on whether the caregiver is a man or a woman.

Methods:

A systematic review was performed including studies published between 2009 and 2014 in Medline, Web of Science, CINAHL, Scopus and Cochrane where subjects were informal caregivers of older people.

Results:

Thirteen studies were included in the review. Except for two, women showed poorer health, especially related to depressive symptoms. Other factors influencing caregivers' health were the number of hours devoted to the care and the perceived burden.

Conclusions:

Differences in health between male and female informal caregivers should be considered, both in research and in the design and implementation of support programs.

2. Introducción

2.1. El envejecimiento de la población

El envejecimiento de la población es un fenómeno que está teniendo lugar durante los últimos años en los países industrializados, como consecuencia del descenso de la natalidad, unido al aumento de la esperanza de vida. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013) el porcentaje de población mayor de 64 años en España era del 17,3% en el año 2011 y esta tendencia va en aumento. Se espera que, en el año 2050, el 37% de la población española tenga 65 o más años y, de ellos, el 42% serán mayores de 80.

Actualmente, la salud en el grupo más joven de mayores (65-75 años) ha mejorado significativamente con respecto a la situación de hace apenas unas décadas en nuestro país. Sin embargo, la inversión de la pirámide poblacional, tiene como consecuencia el incremento de las necesidades de atención en los grupos de mayor edad, debido al deterioro propio del envejecimiento, a la presencia de enfermedades crónicas, o a la pérdida de funcionalidad.

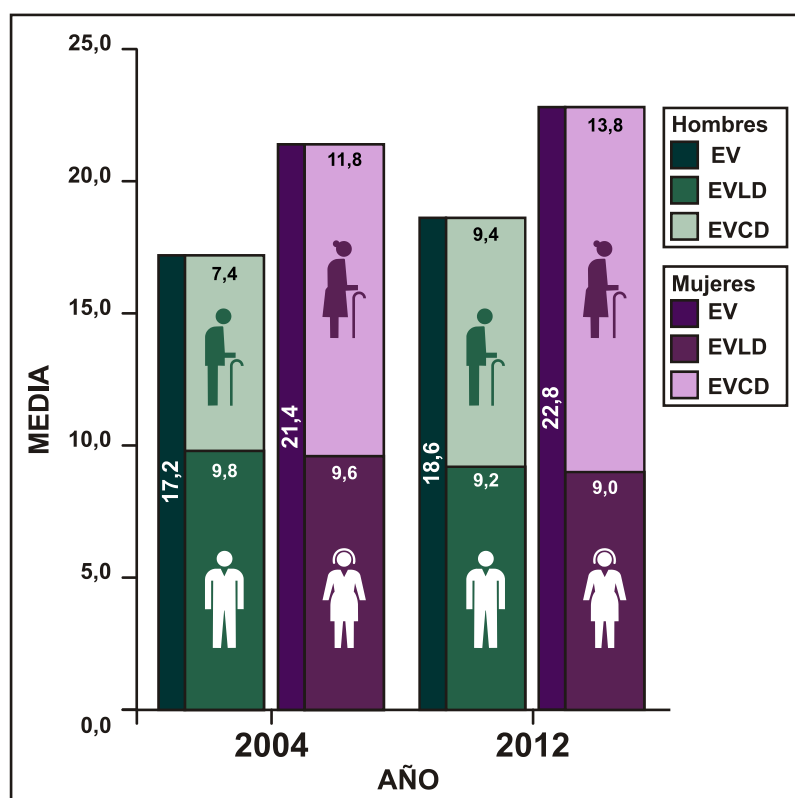
Los últimos datos de la Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat, 2012) apuntan a que, de media, cada persona mayor de 65 años vivirá otros veinte, nueve de los cuales estarán libres de discapacidad. En otras palabras, habrá once años en los que se espera que la persona presente, en mayor o menor medida, algún tipo de discapacidad, con las consecuentes necesidades de ayuda y cuidados por parte de otra u otras personas para la realización de las actividades de la vida diaria (figura 1).

Ante esta nueva realidad, desde los poderes públicos se incorporan medidas destinadas a compartir la responsabilidad del cuidado entre las familias y el Estado. En el caso de España, se pone en marcha la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (2006) como cuarto pilar del estado de

bienestar.

Sin embargo, a pesar de las medidas que se han intentado adoptar, y motivado en parte por la situación actual de crisis económica, la realidad es que en nuestro país, el cuidado de las personas mayores en el ámbito doméstico continúa recayendo mayoritariamente en las mujeres.

Figura 1 Esperanza de vida a los 65 años y esperanza de vida con y sin discapacidad a los 65 años



Nota: EV= esperanza de vida a los 65 años; EVLD= esperanza de vida libre de discapacidad a los 65 años; EVCD= esperanza de vida con discapacidad a los 65 años. Elaboración propia a partir de datos de Eurostat (2012).

2.2. Cuidado informal y roles de género

De acuerdo a la definición más comúnmente aceptada:

El cuidado informal consiste en el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista y gratuita a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia,

fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención (Rodríguez, 2004, citado en García-Calvente et al., 2010).

A efectos de la presente revisión se han excluido los agentes y redes no familiares, como el voluntariado, debido a que las repercusiones para la salud del cuidador o cuidadora pueden ser diferentes en función al tipo de relación, motivación y vínculo que se establece a través del cuidado.

Un elemento clave en esta relación es la posibilidad de elegir si se desea o no cuidar a otra persona. En este sentido, la persona voluntaria puede reducir su dedicación al cuidado, e incluso dejar por completo esta actividad, mientras que esto no suele darse en el cuidado entre familiares que, generalmente, suele aumentar a medida que la persona cuidada se va haciendo más dependiente.

El cuidado a las personas mayores tiene lugar todos los días, más de cinco horas, muchas veces sin ayuda de otras personas, sin días libres ni vacaciones, durante períodos prolongados de tiempo y en el mismo domicilio. Se trata pues, de una actividad intensa y constante (Crespo López & López Martínez, 2007).

Esta demanda de cuidados, tradicionalmente, se había satisfecho dentro del ámbito doméstico, donde, fundamentalmente las mujeres eran las responsables de asumir la labor del cuidado a las y los mayores y, en general, al resto de la familia de un modo silencioso y poco valorado.

El perfil de la persona que realiza este tipo de cuidado apenas se ha modificado en los últimos años y suele ser el de una mujer, con una edad comprendida entre los 55 y los 60 años, sin estudios o con estudios primarios y sin empleo remunerado (INE, 2008; Rogero García, 2010).

Sin embargo, las condiciones socio-económicas actuales han propiciado el cambio en las unidades de convivencia, pasando de la familia extensa a la nuclear (Instituto de la Mujer, 2008). Solo a partir de la incorporación

de la mujer al mercado laboral, se ha comenzado a valorar, e incluso a cuantificar, una labor, la de cuidar, que hasta ahora formaba parte del rol reproductivo propio de la mujer.

Los roles son “modelos normativos moldeados por la cultura” (Blesedell Crepeau & Boyt Schell, 2005). En el caso de los roles de género se refieren al rol productivo y reproductivo, fruto de la diferente socialización entre hombres y mujeres, basados en la división sexual del trabajo.

2.3. Repercusiones del cuidado informal en la salud

Una de las consecuencias derivadas de los roles de género es la escasa valoración social de la labor del cuidado cuando la cuidadora es una mujer, debido en gran medida a la presunción de que cuidar forma parte de sus obligaciones. Por el contrario, cuando el cuidador es un hombre goza de reconocimiento y más apoyo, por realizar tareas que tradicionalmente no son propias de su rol masculino (Larrañaga et al., 2008).

Esta situación puede influir de manera negativa o positiva en la percepción de carga, respectivamente, que, a su vez, estará relacionada con los rasgos de la personalidad del cuidador o cuidadora. En este sentido, se sabe que el neuroticismo, unido a bajos niveles de extroversión, se relacionan con una mayor percepción de carga (González-Abraldes, Millán-Calenti, Lorenzo-López & Maseda, 2013) y, en definitiva, con peor calidad de vida.

El riesgo de mortalidad aumenta en un 63% en aquellas personas mayores que cuidan de su pareja, también mayor (Schulz & Beach, 1999). Este hecho no debe pasarse por alto, puesto que, debido a los cambios en la estructura familiar anteriormente mencionados, cada vez es más frecuente que las personas mayores asuman la responsabilidad del cuidado a su cónyuge.

Según Pinquart y Sörensen (2006) las cuidadoras informan de más

problemas de comportamiento en las personas a las que cuidan, más horas de cuidado y más tareas, mayores niveles de carga y depresión, así como de peor salud física y peor bienestar subjetivo que los cuidadores. A pesar de ello, su meta-análisis concluye que las distancias son pequeñas y que existen más similitudes que diferencias entre hombres y mujeres.

Sin embargo, los mismos autores (Pinquart & Sörensen, 2006) reconocen que en los estudios con un enfoque explícito de género las diferencias son grandes y más significativas. Así, cabe plantear que el reducido número de estudios con perspectiva de género supone un sesgo en la investigación acerca del cuidado informal y sus repercusiones para la salud de cuidadores y cuidadoras.

2.4. El papel de la terapia ocupacional

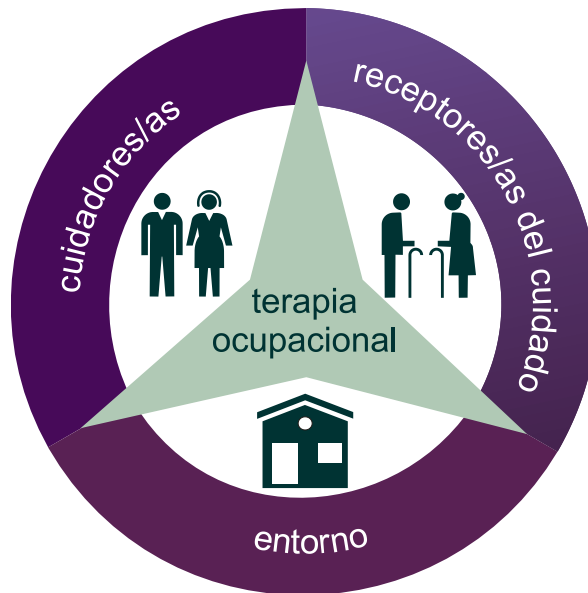
La terapia ocupacional se define como:

Una profesión de la salud centrada en la persona, interesada en promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal de la terapia ocupacional es posibilitar a la gente participar en las actividades de la vida diaria. Las y los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante el trabajo con las personas y las comunidades para mejorar su capacidad de participar en las ocupaciones que quieren, necesitan, o se espera que hagan, o mediante la modificación de la ocupación o el medio ambiente para apoyar mejor su compromiso ocupacional¹ (World Federation of Occupational Therapists, 2012).

Desde esta perspectiva holística, no debemos obviar las distintas dimensiones que interactúan entre sí y que pueden tener repercusiones en la salud de los y las cuidadoras, tales como: las características personales del cuidador o cuidadora, las de las personas mayores o las del entorno (figura 2).

¹ Traducción de la autora

Figura 2 Visión holística de la terapia ocupacional en relación al cuidado informal.
Elaboración propia.



En primer lugar, con respecto a los cuidadores y cuidadoras, si atendemos al perfil citado más arriba, debemos considerar que la labor del cuidado constituye su principal ocupación. Una ocupación desempeñada en el ámbito doméstico, no remunerada, vinculada a valores culturales y expectativas sociales, que afecta negativamente a su salud y para la que no ha recibido una formación específica.

En segundo lugar, cuando nos referimos a la persona mayor que recibe el cuidado, hay que tener presente que el cuidado puede abarcar desde la supervisión en actividades puntuales, hasta una asistencia máxima para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). De ahí, que el estado funcional de la persona mayor pueda influir en la salud del cuidador o cuidadora.

Finalmente, el entorno o medio ambiente puede actuar como facilitador o suponer una barrera (Organización Mundial de la Salud, 2001). En el caso concreto del cuidado, los productos de apoyo y las adaptaciones en la vivienda podrían actuar como facilitador, contribuyendo a aligerar las tareas relacionadas con el cuidado.

Como se puede ver, las intervenciones de terapia ocupacional en el ámbito del cuidado informal a las personas mayores requieren de un enfoque amplio y pueden incluir el diseño y desarrollo de programas de prevención a través de la formación, la valoración y seguimiento del estado funcional de las personas mayores, o el asesoramiento sobre las adaptaciones y productos de apoyo, entre otras medidas.

No en vano, se ha demostrado que las intervenciones que brindan soporte y apoyo a las y los cuidadores tienen efectos positivos, tanto en las personas que cuidan, como en las que reciben el cuidado (Crespo López & López Martínez, 2007; Millán-Calenti *et al.*, 2000). Por todo ello, conocer en qué medida influye cada uno de estos factores, unidos al enfoque de género, contribuiría a diseñar programas de terapia ocupacional más sensibles y adecuados a las necesidades específicas de cada persona, en relación a los cuidados.

2.5. La perspectiva de género en la investigación en salud

La perspectiva de género en salud va más allá de la desagregación por sexos en la muestra y en los resultados del estudio. Requiere un análisis crítico, considerando el género en relación a otras variables sociales de alto impacto sobre la salud y la atención sanitaria (Velasco Arias, 2008).

La finalidad de este enfoque es poner de manifiesto las diferencias y desigualdades en salud entre hombres y mujeres; entendiendo por diferencias las características biológicas propias de cada sexo y por desigualdad las distintas oportunidades para gozar de salud al condicionar la morbilidad y la calidad de la atención sanitaria (García-Calvente, Jiménez & Martínez, 2010).

Los aspectos que influyen en estas desigualdades, desde un punto de vista de género, son, entre otros: la clase social, el nivel de estudios, la situación laboral y características del trabajo productivo, el trabajo reproductivo, la calidad de vida y la salud percibidas y el apoyo social

(Rohlf et al., 2000).

Integrar la perspectiva de género en la investigación y en los programas de salud está en consonancia con las políticas actuales, tanto a nivel nacional como internacional (Ley orgánica para la igualdad efectiva de hombres y mujeres, 2007; Organización Mundial de la Salud, 2002), para posibilitar la igualdad efectiva entre hombres y mujeres. Lejos de contemplarse como una opción, se está convirtiendo en un imperativo científico, ético y legal.

3. Formulación de la pregunta de estudio

En virtud de todo lo expuesto anteriormente, la finalidad de esta investigación fue visibilizar las diferencias y posibles desigualdades en la salud de mujeres y hombres que proporcionan cuidado informal a una persona mayor, así como identificar en qué medida los determinantes de género influyen en los resultados de salud.

Asimismo, se consideraron otros factores que pueden influir en los resultados de salud de cuidadores y cuidadoras, como el estado funcional de la persona mayor, la disponibilidad de productos de apoyo y las adaptaciones en la vivienda.

Para ello, se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Existen diferentes repercusiones para la salud del cuidador o cuidadora, en función de si quien cuida es un hombre o una mujer?
¿Cuáles son las variables moderadoras de la relación salud-género?
2. ¿Qué otras variables, independientemente del género, influyen en los resultados de salud de las personas cuidadoras?

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Se ha realizado una revisión sistemática. La revisión es un método de investigación secundaria, basado en la síntesis y el análisis de la bibliografía científica en relación a un problema (González & Balaguer, 2007).

4.2. Fecha de consulta

La búsqueda ha tenido lugar durante el mes de febrero de 2014.

4.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de **inclusión**:

- Sujetos de estudio: cuidadoras y cuidadores informales de personas mayores en el domicilio familiar.
- Tipos de estudio: revisiones sistemáticas, estudios originales.
- Idioma: inglés, español.
- Cobertura cronológica: 2009 – febrero 2014.

4.4. Bases de datos y palabras clave

Las bases de datos empleadas en la revisión han sido:

- Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline). Es la principal base de datos bibliográfica de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (NLM). Recoge referencias del área de biomedicina y ciencias de la vida, bioingeniería, salud pública, atención clínica y ciencia animal.
- Web of Science. Contiene información científica de más de 256 disciplinas, incluyendo ciencias de la salud, ciencias sociales, artes y humanidades.
- Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL).

Base de datos bibliográfica acumulativa elaborada por Cinahl Information Systems. Cataloga más de 3.000 revistas científicas que recogen múltiples áreas de ciencias de la salud, principalmente de enfermería.

- SciVerse Scopus. Base de datos elaborada y actualizada por la editorial Elsevier. Las principales áreas que recoge son la economía, negocios, ciencias de la salud y de la vida, psicología y ciencias sociales, entre otras.
- Cochrane Plus. Biblioteca electrónica que recoge revisiones sistemáticas para la búsqueda de evidencia sobre prevención, tratamiento y control de problemas sanitarios. Ofrece una colección de fuentes de información actualizadas sobre medicina basada en la evidencia.

Se han utilizando las palabras clave: *caregivers [MeSH]*, *aged [MeSH]*, *“aged, 80 and over” [MeSH]*, *elderly*, *gender*, *“gender identity” [MeSH]* y *“health status” [MeSH]*.

4.5. Estrategia de búsqueda

4.5.1. Términos de búsqueda

Se emplearon términos en lenguaje Tesauro Medical Subject Heading (MeSH) en combinación con términos en lenguaje natural:

- Cuidadores/as (*caregivers [MeSH]*): personas que cuidan a quienes necesitan supervisión o asistencia por enfermedad o discapacidad. Pueden brindar los cuidados en la casa, en un hospital o en una institución. Aunque los cuidadores incluyen al personal médico entrenado, enfermeros y demás personal de salud, el concepto también se refiere a padres, esposos u otros miembros de la familia, amigos, miembros del clero, maestros, trabajadores sociales, compañeros pacientes, etc. (PubMed, 1992).
- Personas mayores (*aged [MeSH]*): personas entre los 65 y 79 años

de edad. Para una persona mayor de 79 años, puede consultar “aged, 80 and over”. (PudMed, 1966).

- Personas mayores, de 80 o más años (*aged, 80 and over [MeSH]*): personas de 80 años o más (PubMed, 1987).
- Identidad de género (*gender identity, [MeSH]*): concepto que una persona tiene sobre sí misma de ser varón y masculino o mujer y femenina, o ambivalente. Suele basarse en sus características físicas, la actitud y las expectativas paternas y las presiones psicológicas y sociales. Es la experiencia íntima del rol del género (PubMed, 1991).
- Estado de salud (*health status [MeSH]*): nivel de salud de un individuo, grupo o población de acuerdo a evaluación subjetiva del propio individuo o utilizándose indicadores más objetivos (PubMed, 1990).
- Términos en lenguaje natural: persona mayor (*elderly*) y género (*gender*).

4.5.2. Límites

- Fechas: publicados entre 2009 y 2014
- Idiomas: inglés y español

4.5.3. Cajas de búsqueda:

Se organizó la búsqueda en cuatro conceptos para, posteriormente, combinarlos entre sí con el operador booleano AND:

- Concepto 1: caregivers (caregiver*)
- Concepto 2: aged OR "aged, 80 and over" OR elderly (elder*)
- Concepto 3: gender OR "gender identity"
- Concepto 4: "health status"
- Caja final: caregivers AND (aged OR "aged, 80 and over" OR elderly) AND (gender OR "gender identity") AND "health status"

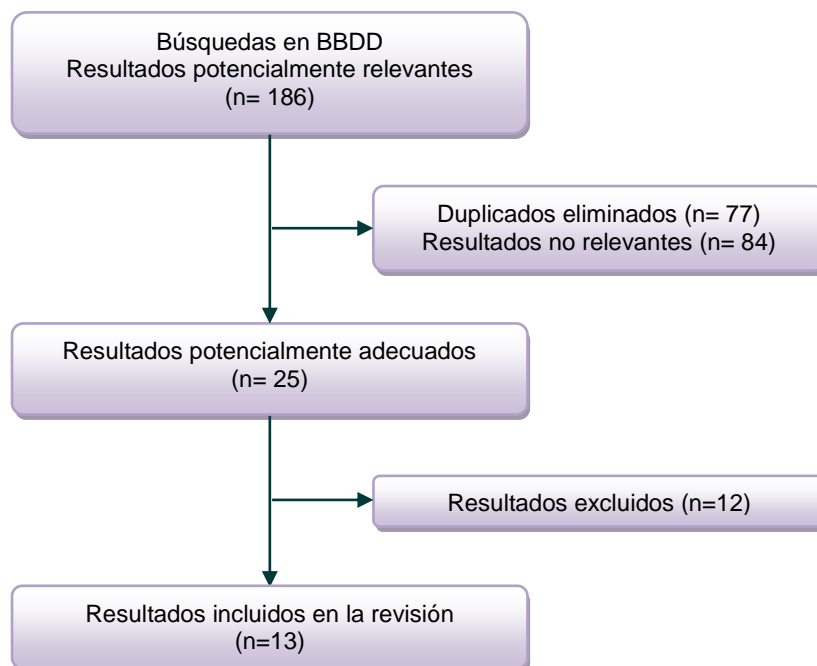
Utilizando esta estrategia, se realizaron las búsquedas en las bases de datos, obteniendo los siguientes resultados:

- Medline: 54
- Web of Science: 32
- CINAHL: 21
- Scopus: 73
- Cochrane: 6
- Total: 186

4.6. Selección de los resultados

Una vez obtenidos los resultados, se almacenaron las citas en Refworks, incluyendo el resumen, y se procedió a eliminar los duplicados mediante el gestor. A continuación se eliminaron manualmente los resultados no relevantes para la revisión, tras la lectura de los títulos y los resúmenes. Se seleccionaron 25 estudios potencialmente adecuados para su lectura a texto completo, de los cuales, 12 fueron excluidos (ver apéndice). Finalmente, 13 artículos fueron incluidos en la revisión (figura 3).

Figura 3. Proceso de selección de los resultados



4. 7. Extracción y análisis de los datos

Los formularios de extracción de datos incluyeron las siguientes características para cada estudio revisado: autores o autoras y año de publicación, título de la revista, tipo de estudio, tamaño de la muestra, principales hallazgos, factor de impacto (FI) y cuartil (Q). El factor de impacto y el cuartil en el Journal Citation Reports (JCR) determinaron la calidad de los artículos revisados.

Se ha realizado un análisis narrativo de los resultados de acuerdo a las preguntas planteadas en los objetivos de esta investigación. Así, se ha tenido en cuenta si los y las autoras de los estudios han encontrado diferencias de salud entre los hombres y mujeres que proporcionan cuidado y, de ser así, cuáles fueron los factores que moderaron estos resultados. Además, se tuvieron en consideración otros factores que pueden influir en los resultados de salud, independientemente del género.

5. Resultados

Un total de 13 estudios se incluyeron en la revisión, cuyas principales características se presentan en la Tabla 1. Todos ellos son descriptivos y transversales, salvo uno, que es longitudinal (Alpass *et al.*, 2013).

A excepción de dos estudios (Roepke *et al.*, 2012; Siegler, Brummett, Williams, Haney & Dilworth-Anderson, 2010) se ha encontrado que las mujeres cuidadoras presentan más problemas de salud que los hombres, especialmente relacionados con síntomas depresivos.

A la hora de explicar las diferencias encontradas entre cuidadoras y cuidadores, tan solo Arnsberger, Lynch & Li (2012) lo hacen en términos de desigualdad, aludiendo a la situación de desventaja de la mujer con respecto a la del hombre. En otros trabajos se reconoce una mayor vulnerabilidad de las mujeres, relacionada con los roles familiares (Välimäki, Vehviläinen -Julkunen, Pietilä & Pirttilä, 2009) y las expectativas sociales (Gibbons *et al.*, 2014).

Otros factores que afectaron a la salud de cuidadores y cuidadoras fueron el número de horas (Alpass *et al.*, 2013; Masanet & La Parra, 2011) y la percepción de carga (Hernández & Bigatti, 2010). Cabe señalar que los estudios revisados no incorporan la visión planteada desde el punto de vista de la terapia ocupacional.

Tabla 1. Características de los estudios revisados

Autores/as, año	Revista	Tipo de estudio	N	Resultados / Conclusión	FI-JCR
Alpass <i>et al.</i> , 2013	<i>Journals of Gerontology</i>	Longitudinal, descriptivo	2.155	A mayor nivel de cuidados, se obtienen puntuaciones más pobres en salud mental. Género y etnia no moderan la relación cuidados-salud física, pero sí salud mental.	3,006 Q2 geriatrics & gerontology Q1 psychology
Arnsberger <i>et al.</i> , 2012	<i>Health Care for Women International</i>	Transversal, descriptivo	2.022	El cuidado tiene un impacto negativo en el estado de salud de las mujeres. La mujer mayor continúa cuidando incluso cuando su propia salud está afectada.	0,677 Q4 public, environmental & occupational health Q2 women's studies
Duxbury, Higgins & Smart, 2011	<i>Work</i>	Transversal, descriptivo	31.517	El agotamiento del cuidador o cuidadora depende del género, el tipo de familia y el lugar de la atención.	No
Gibbons & Bigatti, 2014	<i>Journal of Women & Aging</i>	Transversal, descriptivo	65	Las mujeres cuidadoras tienen mayor riesgo de niveles de carga más altos y de contar con menos apoyos.	0,581 Q4 gerontology Q3 women's studies
Hernández & La Parra, 2010	<i>Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology</i>	Transversal, descriptivo*	114	En las personas cuidadoras, ser mujer se asocia con un mayor número de síntomas depresivos.	1,356 Q1 ethnic studies Q2 psychology, social
Masanet <i>et al.</i> , 2011	<i>Revista Española de Salud Pública</i>	Transversal, descriptivo	29.478	El estado de salud mental de las personas cuidadoras se ve influenciado por el número de horas que se dedican al cuidado y por el género.	0,706 Q4 public, environmental & occupational health
Morley <i>et al.</i> , 2012	<i>Parkinson's Disease</i>	Transversal, descriptivo	238	Las cuidadoras reportaron peor calidad de vida, atendiendo a diferentes aspectos relacionados con la salud mental, el estrés, el propio auto-cuidado y las relaciones sociales.	No

*Con grupo control

Tabla 1 (continuación)

Neri et al., 2012	<i>International Psychogeriatrics</i>	Transversal, descriptivo	176	Los roles de género, la edad, los ingresos y el apoyo social interactúan con la salud física y emocional, y con la continuidad en la participación social de las personas cuidadoras.	2,188 Q3 geriatrics & gerontology Q2 psychiatry Q2 psychology
Orgeta, Lo Sterzo, & Orrell, 2013	<i>International Psychogeriatrics</i>	Transversal, descriptivo	170	La variabilidad en el bienestar mental de las personas cuidadoras se relaciona con la edad del cuidador o cuidadora, la salud física, el estrés específico del cuidado y el apoyo social.	2,188 Q3 geriatrics & gerontology Q2 psychiatry Q2 psychology
Roepke et al., 2012	<i>Stress</i>	Transversal, descriptivo	110	La duración de los cuidados a personas mayores diagnosticadas de Alzheimer se asoció con un mayor riesgo para la salud cardiovascular, independientemente del género, la edad y otros factores de riesgo.	3,252 Q2 behavioral sciences Q2 endocrinology & metabolism Q2 neurosciences
Siegler et al., 2010	<i>Aging & Mental Health</i>	Transversal, descriptivo	87	En personas de raza negra existe una mayor justificación cultural para cuidar, presentan peor salud y la duración de los cuidados es superior en comparación con personas blancas.	1,316 Q3 geriatrics & gerontology Q3 psychiatry
Valimaki et al., 2009	<i>Aging & Mental Health</i>	Transversal, descriptivo	170	Las mujeres cuidadoras informaron de más síntomas depresivos y angustia que los hombres.	1,127 Q3 geriatrics & gerontology Q3 psychiatry
Zverova, 2012	<i>Neuroendocrinology Letters</i>	Transversal, descriptivo	73	Las mujeres obtienen mayores puntuaciones que los hombres en todos los síntomas investigados.	0,932 Q4 endocrinology & metabolism Q4 neurosciences

6. Discusión

Existe un amplio consenso entre los estudios revisados al considerar que las mujeres cuidadoras de personas mayores experimentan más problemas de salud que sus homólogos masculinos. Cabe señalar, no obstante, que no todos los estudios han analizado el estado de salud bajo los mismos criterios, metodología e instrumentos.

Con respecto a la salud física de las personas cuidadoras, varios estudios han tenido en cuenta la presencia de enfermedades (Arnsberger *et al.*, 2012; Neri *et al.*, 2012;), mientras que otros han utilizado instrumentos de valoración estandarizados (Alpass *et al.*, 2013; Gibbons *et al.*, 2014; Orgeta *et al.*, 2013), y en otros casos se han tomado medidas más subjetivas, como la salud auto-percibida (Duxbury *et al.*, 2011; Hernández & Bigatti, 2010; Välimäki *et al.*, 2009).

En cualquier caso, independientemente de la metodología empleada, la mayoría de los estudios coinciden en que la salud física de las mujeres cuidadoras es peor que la de los hombres (Arnsberger *et al.*, 2012; Duxbury *et al.*, 2011; Gibbons *et al.*, 2014; Neri *et al.*, 2012; Välimäki *et al.*, 2009). Alpass *et al.* (2013), en cambio, afirman que el género no se relaciona con la salud física, y otros estudios no han cruzado estas variables en su análisis (Hernández & Bigatti, 2010; Orgeta *et al.*, 2013).

En cuanto a la salud mental, también se han obtenido los resultados a partir de diferentes medidas e instrumentos. Sin embargo, entre los autores que han analizado este aspecto, existe unanimidad al afirmar que las cuidadoras presentan peor salud mental y más síntomas depresivos que los cuidadores (Alpass *et al.*, 2013; Arnsberger *et al.*, 2012; Duxbury *et al.*, 2011; Gibbons *et al.*, 2014; Hernández & Bigatti, 2010; Masanet & La Parra, 2011; Morley *et al.*, 2012; Neri *et al.*, 2012; Orgeta *et al.*, 2013; Välimäki *et al.*, 2009; Zverova, 2012).

Por otra parte, dos artículos no aportan información sobre las diferencias

de salud física o salud mental. En el primero de ellos, Roepke *et al.* (2012) realizan un estudio sobre la salud cardiovascular de cuidadoras y cuidadores cónyuges de personas mayores con enfermedad de Alzheimer. Sus resultados se basan en medidas tanto biológicas como demográficas y psicosociales.

En el segundo estudio los autores y autoras (Siegler *et al.*, 2010) buscan hallar las diferencias en las respuestas psicológicas ante el cuidado, entre personas de raza blanca y de raza negra. Concretamente, se analizan síntomas depresivos en relación a la raza y al tipo de unidad de convivencia.

En ambos casos, no se dispone de la información suficiente para determinar si se han encontrado diferencias de salud entre mujeres y hombres que cuidan.

Entre todos los estudios revisados, el de Arnsberger *et al.* (2012) es el que brinda un análisis más completo, al incluir variables referidas a las y los cuidadores, a las características del cuidado y a las de la persona receptora del mismo. Su estudio ha demostrado que el género, en sí mismo, es predictor de peores resultados de salud auto-percibida y que las cuidadoras tienen peor salud que las no cuidadoras.

Entre sus resultados, destaca el hecho de que las mujeres continúan siendo las que realizan más tareas relacionadas con el cuidado, y que la mujer mayor continúa cuidando aun cuando su salud está afectada. En este sentido, Välimäki *et al.* (2009) añaden que la mujer mayor se siente más angustiada cuando su papel de cuidadora se hace más arduo debido a la enfermedad. Además, las cuidadoras jubiladas corren un mayor riesgo de aislamiento social.

Gibbons *et al.* (2014) se centran, concretamente, en el cuidado entre cónyuges mayores, cuando uno de los miembros de la pareja tiene demencia, y comparan las diferencias entre hombres y mujeres. De acuerdo a sus resultados, los hombres presentaron más problemas de

comportamiento cuando eran cuidados por sus mujeres, lo que puede explicar, según los y las autoras, los peores resultados de salud en las mujeres mayores cuidadoras.

También se consideran, en este último estudio, las expectativas sociales. En este sentido, cabe decir que los hombres cuidadores recibieron más horas de ayuda y que, a pesar de ello, mujeres y hombres se mostraron satisfechos por igual con los servicios de apoyo.

Neri *et al.* (2012) coinciden parcialmente con este último resultado: por un lado, tras su estudio, afirman que ambos sexos reportaron un alto nivel de apoyo social; sin embargo, a diferencia de Gibbons *et al.* (2014), concluyen que las mujeres son más capaces de pedir ayuda.

Como se ha expuesto, no todos los estudios han analizado los resultados de salud en relación al género. Existen otros factores que han determinado la salud de cuidadores y cuidadoras. Entre ellos, los niveles de cuidado es uno de los más recurrentes. Sin embargo, al igual que ocurriera con la salud, se han utilizado diferentes medidas para cuantificar dichos niveles.

Algunos estudios han tenido en cuenta el número de horas dedicadas al cuidado (Alpass *et al.*, 2013; Masanet & La Parra, 2011); otros, los años de duración (Roepke *et al.*, 2012; Siegler *et al.*, 2010); y otros la carga subjetiva (Gibbons *et al.*, 2014; Hernández y Bigatti, 2010) u objetiva (Arnsberger *et al.*, 2012). En cualquier caso, queda patente que a mayores niveles de carga relacionada con los cuidados, se obtienen peores resultados de salud en cuidadores y cuidadoras.

Ningún artículo incluido en la presente revisión contempla en un mismo estudio todos los aspectos considerados clave desde la visión holística de terapia ocupacional. De hecho, la disponibilidad de productos de apoyo que aligeren las tareas del cuidado y las adaptaciones en la vivienda son dos aspectos que no han valorado ninguno de los autores y autoras.

Con respecto al estado funcional de la persona mayor, Arnsberger *et al.* (2012) han encontrado que proporcionar cuidados en las actividades básicas de la vida diaria se relaciona con peor salud auto-percibida, mientras que esto no ocurriría en el caso de las actividades instrumentales.

Por otra parte, Hernández y Bigatti (2010) valoran, en términos de carga objetiva, la asistencia para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria: a mayor número de actividades que requieren asistencia, mayor es la carga. En este caso, no se encontró relación entre la carga objetiva y la depresión en personas cuidadoras.

La limitación más importante en la presente revisión ha sido la heterogeneidad de los estudios encontrados, con respecto a tres factores fundamentales: las variables analizadas, los instrumentos de valoración utilizados y el método de análisis empleado en cada estudio. Así, incluso en aquellos que son similares en alguno de estos aspectos, ha resultado complicado establecer comparaciones.

7. Conclusiones

En relación a las preguntas planteadas en los objetivos del presente trabajo, se puede concluir que las mujeres que prestan cuidados informales a una persona mayor, experimentan más problemas de salud que los hombres.

Existen diferencias, pero también existe desigualdad puesto que las mujeres continúan siendo las principales responsables del cuidado, las que dedican mayor número de horas, realizan las tareas más pesadas y cuentan con menos apoyos.

Es preciso que se realicen más investigaciones desde el punto de vista de terapia ocupacional. Es decir, que incorporen variables sobre la disponibilidad y uso de los productos de apoyo, las adaptaciones de la vivienda, así como sobre los conocimientos y preparación de los que dispone el cuidador o cuidadora principal y el estado funcional de la persona mayor.

Por último, de cara a futuras investigaciones, sería interesante profundizar en el cuidado a las personas mayores por parte de sus cónyuges, puesto que es una situación cada vez más frecuente y que se ha visto reflejada en varios de los artículos revisados.

8. Bibliografía

Alpass, F., Pond, R., Stephens, C., Stevenson, B., Keeling, S., & Towers, A. (2013). The influence of ethnicity and gender on caregiver health in older new zealanders. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 68(5), 783-793. doi:10.1093/geronb/gbt060

Arnsberger, P., Lynch, U., & Li, F. (2012). The effects of caregiving on women's self-assessed health status: An international comparison. *Health Care for Women International*, 33(10), 878-895. doi:10.1080/07399332.2011.645966

Blesedell Crepeau, E. & Boyt Schell, B. A. (2005). Análisis de las ocupaciones y la actividad. En Blesedell Crepeau, E., Cohn E.S. & Boyt Schell, B. A. (Eds.), *Terapia ocupacional* (pp.359-374). Madrid: Médica Panamericana.

Crespo López, M. & López Martínez, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"* (Nº 12006). Madrid: Imsero.

Duxbury, L., Higgins, C., & Smart, R. (2011). Elder care and the impact of caregiver strain on the health of employed caregivers. *Work (Reading, Mass.)*, 40(1), 29-40. doi:10.3233/WOR-2011-1204

Eurostat (2012). Statistic database. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdph100&plugin=1>

García-Calvente, M. D. M., del Río Lozano, M., Castaño López, E., Mateo Rodríguez, I., Maroto Navarro, G., & Hidalgo Ruzzante, N. (2010). Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gaceta*

Sanitaria, 24(4), 293-302.

García-Calvente, M. D. M., Jiménez, M. L., & Martínez, E. (2010). Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. *Granada: Serie Monografías Escuela Andaluza Salud Pública*, 25-32.

Gibbons, C., Creese, J., Tran, M., Brazil, K., Chambers, L., Weaver, B., & Bédard, M. (2014). The psychological and health consequences of caring for a spouse with dementia: A critical comparison of husbands and wives. *Journal of Women & Aging*, 26(1), 3-21. doi:10.1080/08952841.2014.854571

González, J., & Balaguer, A. (2007). Revisión sistemática y metanálisis (I): Conceptos básicos. *Evidencias en Pediatría*, 3(4), 21.

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. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(1), 91-95.

Hernández, A. M. & Bigatti, S. M. (2010). Depression among older mexican american caregivers. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 16(1), 50-58. doi:10.1037/a0015867

Instituto de la Mujer (España). (2008). *Cuidados a personas dependientes prestados por mujeres: Valoración económica*. Disponible en <http://sid.usal.es/docs/F8/FDO22115/mujercuidados.pdf>

Instituto Nacional de Estadística. (2008). *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia*. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>

Instituto Nacional de Estadística. (2013). *España en cifras 2013*. Disponible en http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2013/index.html

Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin J., Valderrama, M. & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: Análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 443-450.

Ley orgánica para la igualdad efectiva de hombres y mujeres. Ley 3/2007 de 22 de marzo. *Boletín Oficial del Estado (España)*, nº 71.

Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado (España)*, nº 299.

Masanet, E. & La Parra, D. (2011). Relationship between the number of hours of informal care and the mental health status of caregivers. [Relacion entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras.] *Revista Española De Salud Publica*, 85(3), 257-266. doi:10.1590/S1135-57272011000300004

Millán-Calenti, J., Gandoy-Crego, M., Antelo-Martelo, M., López-Martinez, M., Riveiro-López, M., & Mayán-Santos, J. (2000). Helping the family carers of Alzheimer's patients: From theory... to practice. A preliminary study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 30(2), 131-138. doi: 10.1016/S0167-4943(00)00044-3

Morley, D., Dummett, S., Peters, M., Kelly, L., Hewitson, P., Dawson, J.,... Jenkinson, C. (2012). Factors influencing quality of life in caregivers of people with parkinson's disease and implications for clinical guidelines. *Parkinson's Disease*, 2012, 190901. doi:10.1155/2012/190901

Neri, A. L., Yassuda, M. S., Fortes-Burgos, A. C. G., Mantovani, E. P., Arbex, F. S., de Souza Torres, S. V., . . . Guariento, M. E. (2012). Relationships between gender, age, family conditions, physical and mental health, and social isolation of elderly caregivers.

International Psychogeriatrics, 24(3), 472-483.
doi:10.1017/S1041610211001700

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Madrid: Imsero.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Política de la OMS en Materia de Género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Glosario sobre el género*. Disponible en: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>

Orgeta, V., Lo Sterzo, E., & Orrell, M. (2013). Assessing mental well-being in family carers of people with dementia using the warwick-edinburgh mental well-being scale. *International Psychogeriatrics*, 25(9), 1443-1451. doi:10.1017/S1041610213000835

Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources and health: An updated meta-analysis. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61, P33–P45.
<http://dx.doi.org/10.1093/geronb/61.1.P33>

PubMed (1966). MeSH Database. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68000368>

PubMed (1987). MeSH Database. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=aged%2C+80+and+over>

PubMed (1990). MeSH Database. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68006304>

PubMed (1991). MeSH Database. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=gender+identity>

PubMed (1992). MeSH Database. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=caregivers>

- Roepke, S. K., Allison, M., Von Knel, R., Mausbach, B. T., Chattillion, E. A., Harmell, A. L., . . . Grant, I. (2012). Relationship between chronic stress and carotid intima-media thickness (IMT) in elderly Alzheimer's disease caregivers. *Stress*, 15(2), 121-129.
- Rogero García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Imsero.
- Rohlfs, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoz, L., Colomer, C., Escribá, V., ... & Valls-Llobet, C. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 146-155.
- Siegler, I. C., Brummett, B. H., Williams, R. B., Haney, T. L., & Dilworth-Anderson, P. (2010). Caregiving, residence, race, and depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, 14(7), 771-778. doi:10.1080/13607861003713257
- Schulz, R. & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 215-226. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>
- Välimäki, T., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A., & Pirttilä, T. (2009). Caregiver depression is associated with a low sense of coherence and health-related quality of life. *Aging & Mental Health*, 13(6), 799-807. doi:10.1080/13607860903046487
- Velasco Arias, S. (2008). *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer.
- World Federation of Occupational Therapists. (2012). Definition of Occupational Therapy. Disponible en: <http://www.wfot.org>

Zverova, M. (2012). Frequency of some psychosomatic symptoms in informal caregivers of alzheimer's disease individuals. Prague's experience. *Neuroendocrinology Letters*, 33(5), 565-567.

9. Apéndice

Resultados excluidos

Artículo	Motivo de la exclusión
Arcas, M. M., Novoa, A. M., & Artazcoz, L. (2013). Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in spanish workers. <i>European Journal of Public Health</i> , 23(5), 883-888. doi:10.1093/eurpub/cks095	Se refiere a demandas familiares, en función del número de miembros de la unidad familiar. Se excluye porque convivir con mayores no implica necesariamente cuidar.
Douglas, A., Richardson, J., Letts, L., & Wilkins, S. (2010). Help at home and perceived health status: Gender differences in a community-dwelling population. <i>Physical & Occupational Therapy in Geriatrics</i> , 28(1), 86-100. doi:10.3109/02703180903427863	Los sujetos de estudio no son los cuidadores o cuidadoras. Estudia los factores que pueden estar relacionados con la calidad de vida de las personas mayores.
Earle, A., & Heymann, J. (2011). Protecting the health of employees caring for family members with special health care needs. <i>Social Science & Medicine</i> , 73(1), 68-78. doi:10.1016/j.socscimed.2011.05.016	Se centra en las condiciones laborales de personas que trabajan y, además, cuidan de niños y/o adultos con necesidades específicas de cuidado.
Elwer, S., Alex, L., & Hammarstrom, A. (2012). Gender (in)equality among employees in elder care: Implications for health. <i>International Journal for Equity in Health</i> , 11, 1. doi:10.1186/1475-9276-11-1	Estudia las condiciones laborales y las posibles desigualdades de género entre cuidadores y cuidadoras empleadas en instituciones geriátricas.
Feld, S., Dunkle, R. E., Schroepfer, T., & Shen, H. (2010). Does gender moderate factors associated with whether spouses are the sole providers of IADL care to their partners? <i>Research on Aging</i> , 32(4), 499-526. doi:10.1177/0164027510361461	Examina los factores que influyen en la posibilidad de cuidar al cónyuge mayor - marido o esposa - en solitario. No estudia los efectos del cuidado en la salud de la persona cuidadora.
Garcia Calvente, M., del Rio Lozano, M., & Marcos Marcos, J. (2011). [Gender inequalities in health deterioration as a result of informal care in Spain]. [Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España.] <i>Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S</i> , 25 Suppl 2, 100-107. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.006	Estudia los efectos del cuidado informal en la salud de hombres y mujeres cuidadoras, pero no se diferencia entre el cuidado a niños o a personas mayores.
Jackson, D., Turner-Stokes, L., Murray, J., Leese, M., & McPherson, K. M. (2009). Acquired brain injury and dementia: A comparison of carer experiences. <i>Brain Injury</i> , 23(5), 433-444. doi:10.1080/02699050902788451	Comparativa entre la experiencia de cuidar a alguien con daño cerebral adquirido o a una persona mayor con demencia. El estudio de la demencia es del año 2002.

Resultados excluidos (continuación)

Kotsadam, A. (2012). The employment costs of caregiving in Norway. <i>International Journal of Health Care Finance and Economics</i> , 12(4), 269-283. doi:10.1007/s10754-012-9116-z	Se centra en los efectos del cuidado informal sobre las oportunidades laborales.
Li, C. (2013). <i>Expressed emotion, depression, burden, and perceived health in family caregivers of older adults with dementia in Taiwan</i> . University of Washington.	Estudia la relación entre la emoción expresada y el estado de salud, depresión y carga subjetiva de la persona cuidadora. No estudia los efectos del cuidado en la salud.
Muller, C., & Volkov, O. (2009). Older women: Work and caregiving in conflict? A study of four countries. <i>Social Work in Health Care</i> , 48(7), 665-695.	Compara las características de la población mayor en cuatro países, así como las políticas y ayudas destinadas a las personas mayores y sus cuidadoras y cuidadores.
Paraponaris, A., Davin, B., & Verger, P. (2012). Formal and informal care for disabled elderly living in the community: An appraisal of French care composition and costs. <i>European Journal of Health Economics</i> , 13(3), 327-336.	Estudia cuáles son las circunstancias que hacen más probable recibir un tipo u otro de atención o cuidados, como cuidado formal, informal o institucionalización.
Trujillo, A. J., Mroz, T. A., Piras, C., Angeles, G., & Nhan Tran. (2012). Caregiving and elderly health in Mexico. <i>International Journal of Health Services</i> , 42(4), 667-694. doi:10.2190/HS.42.4.f	Los sujetos de estudio son las propias personas mayores que reciben el cuidado. Estudia el cuidado informal y los cambios en la salud de quien lo recibe.
