



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

**Facultade de Ciencias da Saúde
Grado en Terapia Ocupacional**

Curso académico 2019-2020

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Perspectiva ocupacional de personas
cuidadoras vinculadas a un centro de día de
mayores. Estudio mixto**

Uxía Paredes Maseda

Junio 2020

DIRECTORAS DEL TRABAJO

- **Lorena López Rodríguez:** Terapeuta ocupacional y Profesora asociada de la Facultade de Ciencias da Saúde de la Universidade da Coruña.
- **María del Carmen Miranda Duro:** Terapeuta ocupacional

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	6
Datos epidemiológicos	6
Perfil de las personas cuidadoras	6
Ley de dependencia	8
Consecuencias del cuidado de personas dependientes	9
Perspectiva de terapia ocupacional.....	10
Objetivos	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
Metodología.....	13
Tipo de estudio.....	13
Posición de la investigadora.....	13
Periodo de estudio	14
Ámbito de estudio.....	14
Entrada al campo y selección de la muestra	15
Características de la muestra.....	16
Técnica de recogida de datos	16
Análisis de los datos.....	18
Rigor y credibilidad.....	19
Consideraciones éticas	20
Revisión bibliográfica	21
Resultados	22
Resultados de la investigación cuantitativa	22
Resultados de la investigación cualitativa	31
Discusión	43
Agradecimientos	50
Bibliografía	51
Anexos	58
Anexo I: Revisión bibliográfica	58
Anexo II: Hoja de registro de variables sociodemográficas.....	59
Anexo III: Escala sobrecarga zarit.....	63
Anexo IV: Consentimiento de uso del grupo euroqol-5d-5l	64
Anexo V: Guion de entrevista.....	65
Anexo VI: Hoja de información para la participación en un estudio de investigación.....	67
Anexo VII: Documento de consentimiento informado para la participación en un estudio de investigación	69
Anexo VIII: Hoja de información al participante.....	70
Anexo IX: Documento de consentimiento informado al participante ..	72

Anexo X: Relación entre objetivos y resultados	73
Anexo XI: Categorías y subcategorías de los resultados cualitativos	74
Anexo XII: Listado de abreviaturas.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I: Motivos de asumir el rol de cuidador. Fuente: Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar	7
Tabla II: Referencias bibliográficas.....	58
Tabla III: Criterios selección participantes	15
Tabla IV: Escala EQ-5D-5L.....	17
Tabla V: Agrupación de las variables.....	19
Tabla VI: Características de la muestra	22
Tabla VII: Desempeño ocupacional previo (DOP)	24
Tabla VIII: Desempeño ocupacional actual (DOA).....	25
Tabla IX: EuroQol 5-D.....	27
Tabla X: Tabla de asociaciones entre variables.....	28
Tabla XI: Test sobrecarga del cuidador (Zarit, 1982).....	63
Tabla XII: Relación entre objetivos y resultados	73
Tabla XIII: Categorías y subcategorías de los resultados cualitativos	74
Tabla XIV: Listado de abreviaturas	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I: Estado civil.....	23
Figura II: Grado de parentesco	23
Figura III: Nivel de estudios	24
Figura IV: Experiencias en el cuidado.....	25
Figura V: Sistema descriptivo EuroQol-5D-5L	26
Figura VI: Sobrecarga.....	27
Figura VII: Categorías de la investigación cualitativa.....	31

RESUMEN

Antecedentes: En nuestra sociedad, la proporción de personas mayores representa el 25% de la población en Galicia. Además, parte de este colectivo, está en situación de dependencia, viéndose afectado su desempeño ocupacional. Por este motivo, necesitan ayuda de una tercera persona, como pueden ser las personas cuidadoras no profesionales. Estos habitualmente son miembros de la unidad familiar, se hacen cargo de la atención y cuidados de los mayores dependientes sobre su desempeño ocupacional, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, y, por lo tanto, su salud y bienestar.

Objetivo: Analizar el desempeño ocupacional de las personas cuidadoras que se hacen cargo de personas mayores en situación de dependencia y que acuden a un centro de día.

Metodología: El presente trabajo se corresponde con un estudio mixto o combinado, con un diseño paralelo convergente, empleándose la metodología cuantitativa (estudio descriptivo) y metodología cualitativa (fenomenología descriptiva). La muestra seleccionada está formada por 7 personas cuidadoras pertenecientes a la provincia de A Coruña.

Resultados: De los discursos de los participantes han emergido diferentes categorías en torno al concepto de la persona mayor, sobre el cuidado, los apoyos recibidos, el género, el valor del centro de día y el rol de cuidador. En cuanto a las escalas EuroQol y a la Zarit se obtiene que los participantes tienen una media en la EVA de 47 y en la Zarit el 57% presenta sobrecarga.

Conclusión: El cuidado diario de personas mayores dependientes supone un desequilibrio ocupacional y sobrecarga en las personas cuidadoras. Los recursos asistenciales, específicamente los centros de día pueden aportar beneficios con relación al desempeño ocupacional de las personas cuidadoras, obteniendo resultados favorables en su salud (psicológica, física y social) y calidad de vida.

Palabras clave: Personas mayores, dependencia, centro de día, personas cuidadoras y desempeño ocupacional.

Tipo de trabajo: Trabajo de investigación.

RESUMO

Antecedentes: Na nosa sociedade, a proporción de persoas maiores representa o 25% da poboación en Galicia. Ademáis, parte deste colectivo está en situación de dependencia e o seu rendemento ocupacional está afectado. Por este motivo, precisan axuda dunha terceira persoa, como cuidadores non profesionais. Normalmente son membros da unidade familiar, que son os responsables da atención e cuidados dos maiores dependentes sobre o seu rendemento ocupacional, co obxectivo de mellorar a súa calidade de vida e, polo tanto, a súa saúde e benestar.

Obxectivo: Analizar o rendemento ocupacional das persoas cuidadoras que coidan a persoas maiores en situación de dependencia e que acoden a un centro de día.

Metodoloxía: O presente traballo corresponde a un estudo mixto ou combinado, cun deseño paralelo converxente. Emprégase metodoloxía cuantitativa (estudo descritivo) e metodoloxía cualitativa (fenomenoloxía descritiva). A mostra seleccionada está formada por 7 persoas cuidadoras da provincia da Coruña.

Resultados: Dos discursos dos participantes xurdiron diferentes categorías arredor do concepto de persoas maiores, sobre o cuidado, os apoios recibidos, o xénero, o valor do centro de día e o papel de cuidador. En canto as escalas EuroQol e a Zarit conséguese que os participantes teñan una media no EVA de 47 e no Zarit o 57% presenta sobrecarga.

Conclusión: A atención diaria de persoas maiores dependentes supón un desequilibrio laboral e sobrecarga nas persoas cuidadoras. Os recursos sanitarios, especialmente os centros de día, poden proporcionar beneficios en relación co rendemento ocupacional das persoas cuidadoras, obtendo resultados favorables na súa saúde (psicolóxica, física e social) e calidade de vida.

Palabras clave: Persoas maiores, dependencia, centro de día, persoas cuidadoras e rendemento ocupacional.

Tipo de traballo: Traballo de investigación.

ABSTRAC

Background: In our society, the proportion of older people represents 25% of the population in Galicia. In addition, part of these collective is in a situation of dependency, that affects directly their occupational performance. For this reason, they need help from a third person, such as non-professional caregivers. These caregivers are usually members of the family unit, who are responsible for the care and attention of the older adults dependent on their occupational performance, with the aim of improving their quality of life, and therefore their health and well-being.

Objective: To analyze the occupational performance of caregivers who take care of older adults in situations of dependency and who go to a day care center.

Methodology: The present work corresponds to a mixed or combined study, with a convergent parallel design, with a quantitative methodology (descriptive study) and qualitative methodology (descriptive phenomenology) were used. The selected sample is made up of 7 caregivers from the province of A Coruña.

Results: Different categories have emerged from the speeches of the participants around the concept of the elderly, about care, the supports received, gender, the value of the adult day care center and the role of caregiver. As for EuroQol and Zarit's scales, it is obtained that the participants have an average in the EVA of 47 and in the Zarit 57% present overload.

Conclusion: The daily care of older adults supposes an occupational imbalance and overload in caregivers. Healthcare resources, specifically adult day care center, can provide benefits in relation to the occupational performance of caregivers, obtaining favorable results in health (psychological, physical and social) and their quality of life.

Key words: Older adults, dependency, day care center, caregivers and occupational performance.

Type of work: Research work.

INTRODUCCIÓN

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

En la actualidad, la proporción de personas mayores en la población presenta un aumento progresivo, lo que conlleva que las investigaciones y políticas tomadas, lo consideren un gran foco de atención. Este fenómeno se debe a la combinación de bajas tasas de natalidad, con el descenso de las tasas de mortalidad, desencadenando un aumento de la prevalencia de personas mayores en nuestra sociedad.

En [Galicia](#), según el Instituto Gallego de Estadística (en adelante, IGE), el 25% del total de habitantes de la comunidad supera los 65 años. Asimismo, el aumento de la esperanza de vida, provoca que la población de 80 o más años sea más grande, correspondiéndose con el 90% (1). Así la esperanza de vida se calcula alrededor de los 83 años (2).

El proceso de envejecimiento se asocia con la pérdida de ciertas capacidades y/o habilidades, lo cual repercute en la autonomía y dependencia de la persona. Ambos factores impactan de modo directo en un gran número de personas mayores, lo que supone un problema que afecta a su desempeño ocupacional y calidad de vida, precisando ayuda de una tercera persona ya sean, personas cuidadoras profesionales o no profesionales.

PERFIL DE LAS PERSONAS CUIDADORAS

Las [personas cuidadoras no profesionales](#) son aquellas que se encargan por imposición o de forma voluntaria, con o sin formación, sobre el cuidado de una persona dependiente. Es decir, dichas personas prestan ayuda de manera continuada y se hacen cargo de la atención de los mayores, facilitando así su desempeño ocupacional y mejorando su calidad de vida y, por lo tanto, su salud (3).

En Galicia, el cuidado de personas mayores lo asume mayoritariamente la familia, los amigos o los vecinos, siendo el entorno próximo principal. Sin embargo, a pesar de que exista la posibilidad de que sea más de una persona la que se encargue de prestar dichos cuidados, lo habitual es que exista la figura de [cuidador principal](#), quien se encarga en mayor medida

de la responsabilidad, y por lo tanto, es quien toma las decisiones relevantes e invierte mayor tiempo y esfuerzo en la prestación de cuidados diarios, que principalmente se enfocan en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD, en adelante) y en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD, en adelante) (3).

En Galicia hay un total de 144.539 personas cuidadoras siendo el 63% mujeres y 37% hombres (4). En cuanto a datos relacionados con la edad de las personas cuidadoras, concretamente en España, el 52% de las mujeres que asumen el rol de cuidadora ronda entre los 45 y 64 años (5).

Por otro lado, en relación al núcleo familiar y la unidad de convivencia de la persona dependiente, es habitual que las personas cuidadoras compartan el domicilio con la persona mayor dependiente y el resto de los miembros de la unidad familiar. Los miembros de la unidad familiar más frecuentes son las hijas (43%), esposas (22%) y/o las nueras (7,5%) (6).

Por lo tanto, los principales motivos, tal y como se muestran en la Tabla I, por los cuales las personas cuidadoras deciden implicarse en el cuidado de personas dependientes son (7):

Tabla I: Motivos de asumir el rol de cuidador. Fuente: Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar

MOTIVO	PORCENTAJE
Por obligación moral	90,6%
Es algo que genera satisfacción	79,7%
Es algo que me dignifica como persona	78,9%
La persona que cuido está muy agradecida y eso me gratifica y me recompensa	78,5%
Mi círculo de relaciones sociales valora mucho los cuidados que presto a la persona que cuido	58,5%
No me queda otro remedio	50,7%
Encuentro apoyo en mis convicciones religiosas	44,0%
Económicamente no me puedo plantear otra solución	46,6%
Hay mucha gente de mi entorno que considera que no debería hacer ese sacrificio	21,0%

LEY DE DEPENDENCIA

A través de la Ley de Dependencia (8) se instaura el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD). Mediante este sistema se gestionan las ayudas para las personas dependientes y sus cuidadores, ya sea para obtener servicio de ayuda a domicilio, servicio de teleasistencia, acudir a un centro de día y/o la posibilidad de institucionalización. Se ofrecen las diversas opciones en función del grado de dependencia que presente la persona. Para ello, se lleva a cabo una valoración sobre el nivel de dependencia como de los factores sanitarios, sociales y económicos, para que se pueda determinar sus necesidades.

Específicamente, los **centros de día** son un recurso que tiene como función principal la atención de las necesidades de las personas mayores con dependencia. Este recurso asistencial permite aliviar la carga de las personas cuidadoras y facilita el mantenimiento de la persona mayor con dependencia en su entorno habitual (3). Los centros de atención diurna disponen de acciones de asesoramiento, orientación, formación, apoyo psicológico para el grupo familiar (grupos de apoyo, grupos de autoayuda), intervenciones para personas cuidadoras de personas mayores dependientes que no acuden al centro día, con el objetivo de facilitar el afrontamiento a situaciones que en muchas ocasiones resultan complicadas (9).

La Ley de Dependencia del artículo 39/2006, 14 de diciembre (8), declara el derecho de una persona cuidadora a recibir una prestación económica por cuidar de un familiar. El perfil de beneficios se corresponde en un 72% con personas mayores de 65 años. En España, el 30% recibe prestaciones económicas relacionadas con cuidados de familiares, mientras que solo el 0,55% puede solicitar dicha prestación para la ayuda de un asistente personal. Concretamente en Galicia, las prestaciones económicas más importantes se asocian con la ayuda a domicilio (33%), reciben menos ayudas económicas para solicitar la figura de asistente personal (0,16%) (10).

Esta Ley cuenta con un convenio especial mediante el que las personas cuidadoras están dadas de alta en la Seguridad Social de acuerdo con el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, siendo la Administración General del Estado la que asume las cuotas. En Galicia el 9% de las personas cuidadoras, cotiza (11,12).

CONSECUENCIAS DEL CUIDADO DE PERSONAS DEPENDIENTES

La bibliografía consultada se centra mayoritariamente en las experiencias negativas que desencadena el cuidado diario de personas dependientes, pero en muchas ocasiones aporta beneficios, por ejemplo, satisfacción, empatía, refuerzo del vínculo familiar, entre otros. Sin embargo, las experiencias negativas y los beneficios del cuidado son compatibles, pueden afectar paralelamente, dependiendo en gran medida del contexto personal y entorno próximo de la persona cuidadora (13).

En cuanto a la salud mental, está demostrado que el cuidado de personas mayores que están en situación de dependencia puede llegar a generar en un 40-75% de los casos algún [diagnóstico psiquiátrico](#), y en el 15-32% de los casos, la [depresión mayor](#) (14). Además, también se puede ver afectada la salud física de las personas cuidadoras, generando una serie de patologías relacionadas con malos hábitos de vida, provocando diversas repercusiones y cambios en los estilos de vida y sobre las distintas esferas del individuo, es decir, en las relaciones familiares, apoyos sociales, estado funcional, limitaciones económicas, entre otros, lo que concluye con una disminución de la calidad de vida de las personas cuidadoras (15,16).

Otra consecuencia habitual que experimentan las personas cuidadoras es el nivel de sobrecarga o estrés, derivado por el grado de dependencia de la persona cuidada y del nivel de apoyo familiar y/o social que tenga la persona cuidadora (14,17).

De este modo, el apoyo y cuidado constante que se le ofrece a una persona dependiente suele influir directamente en el desempeño ocupacional de las personas cuidadoras. Concretamente, las áreas ocupacionales que suelen verse más afectadas son el trabajo, ocio y la participación social.

PERSPECTIVA DE TERAPIA OCUPACIONAL

La terapia ocupacional es una profesión sociosanitaria, que trabaja directamente desde una perspectiva de salud inclusiva, lleva a cabo sus intervenciones sin tener en cuenta el género, sexo, edad, entre otros (18). Los terapeutas ocupacionales consideran que comprometerse en ocupaciones o actividades significativas, ya sea el hogar, colegio, empleo o en la propia comunidad, facilita el alcance de un adecuado estado de salud, por lo que se promueve la salud participando en ocupaciones positivas para el individuo (19).

Las intervenciones desde la perspectiva de terapia ocupacional se enfocan sobre las fortalezas y capacidades de la persona. Así, en este caso, es fundamental que las intervenciones se encaminen a mejorar la atención y cuidado de la persona mayor dependiente y no visualizar únicamente las limitaciones o debilidades que puede presentar en su vida diaria (20).

El desempeño del rol de cuidador es impuesto por diversas razones (*Ver Tabla I*) lo que da lugar a una injusticia ocupacional, ya que la persona tiene dificultades para satisfacer sus necesidades y desempeñar actividades significativas (21). Diversas teorías como la expuesta por *Stadnyk, Townsend y Wilcock*, afirman que las personas tienen derecho a llevar a cabo sus rutinas ocupacionales en función de las prioridades y necesidades que presenten, de este modo, se cumple el concepto de justicia ocupacional, se promueve la salud y calidad de vida de los individuos (22). Asimismo, las personas cuidadoras tienen riesgo de presentar un desequilibrio ocupacional, derivado del tiempo que dedican a atender y prestar los cuidados necesarios a las personas dependientes. Por lo tanto, las diferentes acciones de los terapeutas ocupacionales incluyen: adaptarse al entorno y a las actividades, proporcionar recomendaciones de productos de apoyo y adaptarse a las diversas barreras arquitectónicas que influyan en el cuidado, proporcionar orientación y asesoramiento a las personas cuidadoras, ofrecerles técnicas de cuidado personal, guiarlos/as en el cuidado de la salud en el hogar, etc. El principal propósito se basa en reducir la carga y la presión derivadas del cuidado de los mayores

dependientes, hacer que la supervisión sea más efectiva y fortalecer los comportamientos de afrontamiento relacionados con el papel de las personas cuidadoras (10,20).

Es importante recalcar que, las estrategias de adaptación del medio, pautas, control conductual y cognitivo abordadas por los terapeutas en relación con el desempeño ocupacional de las personas dependientes, aumentan la sensación de seguridad y control de las personas cuidadoras, especialmente, a la hora de llevar a cabo las actividades de la vida diaria con las personas mayores (23).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este estudio es analizar el desempeño ocupacional de las personas cuidadoras que se hacen cargo de personas mayores en situación de dependencia y que acuden a un centro de día.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir el perfil de personas cuidadoras de personas dependientes que acuden a un centro de día y su concepto sobre la vejez.
- Analizar el desempeño ocupacional de las personas cuidadoras en los momentos previos y posteriores de la incorporación al centro de día de un familiar en situación de dependencia.
- Explorar como han vivido las personas cuidadoras su rol como cuidador de una persona en situación de dependencia.
- Analizar la calidad de vida y la sobrecarga de las personas cuidadoras.
- Conocer qué aportan los centros de día en la vida de las personas cuidadoras.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Este trabajo de investigación se corresponde con un **estudio mixto o combinado**. El estudio se va a realizar con un **diseño paralelo convergente**, ya que el principal objetivo es obtener una serie de resultados a través de la combinación de los métodos cuantitativo y cualitativo (24,25).

Por un lado, se emplea la **metodología cuantitativa**, porque se pretende recolectar información sobre las personas cuidadoras para realizar un estudio descriptivo, con el fin de obtener una base numérica para observar las relaciones causales entre las variables empleadas en el estudio, y poder responder al principal objetivo planteado, sobre la influencia de los cuidados de familiares dependientes en el desempeño ocupacional de las personas cuidadoras (24).

Por otra parte, se aborda desde la **metodología cualitativa**, para estudiar las vivencias y experiencias de las personas cuidadoras en su propio entorno natural, evitando el sometimiento a pruebas experimentales (26).

El enfoque planteado desde el método cualitativo ha sido la **fenomenología descriptiva**, pues la investigadora de este estudio pretende analizar y reflexionar sobre el significado de las experiencias cotidianas sobre el cuidado que experimentan los participantes del estudio (27).

POSICIÓN DE LA INVESTIGADORA

La investigadora ha mantenido una posición neutral a lo largo de todo el proceso, aun teniendo ciertas ideas previas relacionadas con la experiencia familiar, sobre la influencia en la calidad de vida y salud, derivada del cuidado de personas dependientes.

Previo al inicio de este estudio, la investigadora realizó las Estancias Prácticas VI (EPVI) del tercer curso de terapia ocupacional en un centro de día, por ello surgió el interés de llevar a cabo este trabajo de investigación. Además, ha realizado las Estancias Prácticas VII (EPVII) del cuarto curso en el mismo recurso, el mantener un contacto directo con las personas

participantes en las prácticas ha motivado a la investigadora para continuar explorando el ámbito y el objeto de estudio.

La puerta al campo de estudio ha sido EPVII, porque a través de dicha asignatura se han llevado a cabo las entrevistas y la evaluación con las personas cuidadoras. La investigadora también ha sido partícipe en el desarrollo de actividades de información, apoyo y capacitación, como la realización de juntas y/o charlas destinadas a personas cuidadoras, impartidas por diferentes profesionales sociosanitarios y dirigidas por la terapeuta ocupacional del centro, por lo que la investigadora ha podido obtener una visión previa de varias personas cuidadoras que asistían a dichas charlas sobre lo que implica el cuidado de las personas mayores, y cuál es su impacto sobre la calidad de vida, salud y bienestar.

PERIODO DE ESTUDIO

Este estudio de investigación se ha realizado a lo largo de 9 meses, que se divide en varias partes o fases:

Fase I (octubre, noviembre y diciembre de 2019): revisión bibliográfica (Anexo I). Manteniéndose a lo largo del estudio.

Fase II (enero, febrero, marzo de 2020): diseño del estudio y entrada al campo.

Fase III (abril, mayo, junio de 2020): desarrollo del estudio, análisis de los resultados cualitativos y cuantitativos.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en un centro de día de la provincia de A Coruña, situado en el entorno urbano. A este recurso asisten, de lunes a viernes, personas mayores de 65 años que requieren de recuperación física y psíquica, rehabilitación, tratamientos específicos y prestación de cuidados o atención que no pueden recibir en sus domicilios. En función de los criterios de inclusión y exclusión (*Ver Tabla III*), algunos de los participantes a los cuales se le realizaron las entrevistas y con los que se ha llevado a cabo todo el proceso de evaluación, son miembros de la unidad familiar de las personas mayores que acuden al centro de día.

ENTRADA AL CAMPO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La entrada al campo se realizó a través de la autorización de la dirección del centro seleccionado para llevar a cabo el trabajo de investigación, utilizando como portero para acceder al recurso a una de las directoras de este trabajo de investigación.

En primer lugar, la investigadora estableció los criterios de inclusión y exclusión (*Ver Tabla III*). A continuación, se puso en contacto con las personas cuidadoras de adultos mayores que acuden o han acudido al centro y que cumplen los criterios que se detallarán posteriormente. Se puso fecha, hora y lugar para el encuentro, con las personas que aceptaron y estaban interesadas en participar. Los encuentros se han llevado a cabo en el centro de día, la duración aproximada ha sido en función del tiempo dedicado a las entrevistas (entre 50-60 minutos). Las personas cuidadoras desde el primer momento han mantenido una actitud abierta y han colaborado activamente durante todo el proceso, tanto en las entrevistas como a la hora de cubrir el cuestionario y escalas. En todo momento se han mostrado agradecidos por el trato recibido y por permitirles la oportunidad de participar y describir sus vivencias, con relación al rol de cuidador que desempeñan o han desempeñado.

Para la selección de la muestra, se empleó el muestreo teórico y por criterio, de acuerdo con los criterios previamente establecidos, que se recogen en la *Tabla III*.

Tabla III: Criterios selección participantes

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
-Personas cuidadoras de usuarios mayores de 65 años que acuden o han acudido al centro de día seleccionado para la entrada al campo.	-Personas cuidadoras menores de edad.
-Personas cuidadoras que sean miembros de la unidad familiar o que tengan algún tipo de vínculo con las personas mayores que acuden al centro de día.	- No aceptar participar en el estudio.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La muestra del estudio está formada por 7 participantes que cumplen los criterios establecidos en la *Tabla III*.

Se han codificado a los participantes de C1 a C7 (cuidador 1 a cuidador 7), cumpliendo de este modo la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (28). La media de edad de los participantes es de 63 años, el cuidador más mayor posee 88 años y el menor 49 años. Participan 4 mujeres y 3 hombres. Las características de la muestra se reflejan en mayor profundidad en el apartado de resultados.

TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

En relación a la [investigación cuantitativa](#), se ha empleado un cuestionario realizado por la propia investigadora, se puede observar en el Anexo II: Hoja de registro de variables sociodemográficas, la escala EuroQol-5D-5L (29) y la escala de sobrecarga de Zarit (Anexo III).

El diseño de este [cuestionario](#) está compuesto por:

- [Preguntas dicotómicas](#) (p.e. sexo).
- [Preguntas de opción múltiple](#) en las que el participante elige una única opción (p.e. sexo, estado civil).
- [Preguntas de respuesta múltiple](#) en las que el participante puede escoger varias opciones (p.e. en su situación actual las actividades a las que dedica más tiempo).
- [Preguntas abiertas](#) (p.e. profesión) (30).

Hay que recalcar que, para administrar la [escala EQ-5D-5L](#), se pidió el consentimiento de su uso al grupo EuroQol (Anexo IV). A través de esta escala se han analizado 3 datos diferentes. Tal y como se muestra en la *Tabla IV (31)*:

Tabla IV: Escala EQ-5D-5L

Índice de Valor Social para cada Estado de Salud (en adelante, IVES)	0 → valor de referencia asignado a la muerte 1 → salud perfecta
Índice de Severidad (en adelante, IS)	0 → total ausencia de problema de salud 100 → mayor grado de severidad
Escala Visual Analógica (en adelante, EVA)	1 → peor estado de salud 100 → mejor estado de salud
Sistema descriptivo	5 dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) puntuadas del 1 al 5 (siendo 1 sin problemas a 5 problemas severos).
Perfil	Representación del sistema descriptivo en 5 números combinados que se comprenden entre 11111 a 55555.

Para evaluar la carga del cuidador se ha utilizado la [Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit](#) (Anexo III). Está formada por 22 preguntas con 5 posibles respuestas (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre). Cada ítem nombrado anteriormente puntúa del 1 al 5, la puntuación total es de 88, se considera indicativa de “no sobrecarga” una puntuación inferior a 46, y de “sobrecarga intensa” una puntuación superior a 56 (32).

En cuanto a la [investigación cualitativa](#), en relación a la recogida de datos se ha empleado la entrevista semiestructurada. El guion de la [entrevista semiestructurada](#) (Anexo V) ha sido elaborado por la investigadora del estudio (24). Se añade al final un vídeo (33).

En este caso, las entrevistas se han llevado a cabo individualmente, en un contexto íntimo favoreciendo un clima cálido y de confianza. El contexto y ambiente en donde han sido realizadas las entrevistas ha sido seleccionado en función de los recursos y posibilidades del centro en el que se ha desarrollado todo el trabajo de campo (24).

Antes de comenzar la entrevista se le comunica a cada persona participante que, si lo autoriza, se grabará la entrevista, para posteriormente favorecer la transcripción de los discursos e intentar no perder información valiosa, además se le indica que una vez que se haya finalizado la transcripción, la entrevista grabada se eliminará.

Las observaciones se han incluido en el [diario de campo](#) (DC) de la investigadora, se ha elaborado mediante tres aspectos fundamentales: la descripción, argumentación e interpretación de la información (34).

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Tal y como se ha mencionado anteriormente, se ha realizado un [diseño convergente paralelo](#), lo que significa que se han analizado paralelamente los datos de la investigación cuantitativa, y, por otro lado, los datos de la investigación cualitativa. En el apartado de discusión, se muestra la combinación de ambos análisis y la congruencia o no de la información obtenida por ambas fuentes.

En relación al [análisis cuantitativo](#), se ha empleado el software estadístico *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* versión 25 para el análisis descriptivo de los datos. En base a los datos obtenidos en la investigación cuantitativa, en el apartado de resultados se muestran las características principales de los participantes, el desempeño ocupacional, la calidad de vida de las personas cuidadoras obtenida a través de la EuroQol y la sobrecarga obtenida a través de la Escala de Sobrecarga de Zarit. Por ello, se muestran la frecuencia, media y desviación de las variables de calidad de vida y sobrecarga.

A pesar de disponer de una muestra poco representativa, se ha empleado la Prueba Chi-Cuadrado para estudiar la asociación entre las diferentes variables que se han extraído de los datos en este estudio. Dado que la muestra es reducida, no se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas (p valor 0,05). Sin embargo, se presentan aquellas asociaciones más próximas a p 0,05. Las asociaciones seleccionadas han sido: “sexo” y “actividad laboral”, “presencia de enfermedades” y “dimensión de ansiedad/depresión de la EQ-5D-5L” (abreviado en “ansiedad/depresión”); “estado civil” y “nivel de estudios”, “actividad laboral”, “satisfacción con su día a día previa al ingreso en centro de día de la persona dependiente” (abreviado en “satisfacción previa”) y “formación sobre cuidados”; “presencia de enfermedades” y “EVA” y “ansiedad/depresión”; “profesión” y “EVA”, “formación sobre cuidados” y

“satisfacción previa”; y por último, “puntuación de la sobrecarga obtenida de Zarit” (“no sobrecarga”, “sobrecarga”, “sobrecarga intensa”) y “estado civil”, “ansiedad/depresión”, “satisfacción previa” y “satisfacción actual”. Además, se han agrupado las variables de la “EVA” y la “puntuación de sobrecarga obtenida de Zarit” en tres apartados, a cada cual se le ha dado un valor y una etiqueta (*Tabla V*):

Tabla V: Agrupación variables

EVA	Sobrecarga
0-50: peor estado de salud	0-46: no sobrecarga
50-70: estado de salud medio	46-56: sobrecarga
70-100: mejor estado de salud	56-64: sobrecarga intensa

Para llevar a cabo el **análisis cualitativo**, en primer lugar, se transcribieron las entrevistas que previamente habían sido grabadas en audio y se emplearon las anotaciones del diario de campo de la investigadora. El siguiente paso se basó en la codificación, con la finalidad de clasificar la información, a continuación, dicha información se dividió en categorías para establecer diversas unidades de significado en relación a todos los datos recogidos en las entrevistas y diario de campo.

RIGOR Y CREDIBILIDAD

Para realizar este estudio se han tenido en cuenta los siguientes criterios de rigor (35):

- **Adecuación teórico-epistemológica:** en este estudio se lleva a cabo con una coherencia epistemológica porque se ha buscado previamente información para centrar el tema de investigación.
- **Credibilidad:** este criterio se emplea, ya que se ha respetado la información obtenida en las entrevistas, mediante las transcripciones elaboradas.
- **Transferibilidad:** a lo largo del estudio se han descrito las características de los participantes.

- **Consistencia lógica:** en el estudio se lleva a cabo este criterio, puesto que se emplea el procedimiento denominado triangulación para analizar la información obtenida en las entrevistas.
- **Confirmabilidad:** se ha cumplido, porque al inicio del estudio se ha descrito la posición previa de la investigadora en relación con la temática que se pretende analizar, posteriormente, a lo largo de todo el proceso la posición de la investigadora ha sido neutral.
- **Relevancia:** “permite evaluar el logro de los objetivos planteados y saber si se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno de estudio” (35).

Se ha empleado la **técnica de triangulación de investigadoras** debido al análisis de datos por la investigadora con la colaboración de las directoras del trabajo; de **técnicas de recogida de datos** por el empleo de la entrevista semiestructurada, el diario de campo, la hoja de registro de variables sociodemográficas, la Escala EuroQol 5D-5L y la escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit; **de fuentes de información**, por buscar en bases de datos, revistas científicas, páginas web, entre otros.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para realizar este estudio, se han seguido una serie de procedimientos éticos. Se ha llevado a cabo la **hoja de información** (Anexo VI) para la directora del centro que se ha escogido para desarrollar las técnicas de recogida de datos, y el **consentimiento informado** (Anexo VII) que muestre su autorización para realizar el trabajo de campo. También se ha llevado a cabo la **hoja de información al participante** (Anexo VIII) y el **consentimiento informado para el participante** (Anexo IX).

Se ha entregado la hoja de información y el documento de consentimiento informado primero a la dirección del centro (Anexo VI y VII), y posteriormente a cada participante (Anexo VIII y IX). Se les ha preguntado si tenían alguna duda y se les han ofrecido las explicaciones pertinentes de manera oral y escrita a través de los documentos. Además, a los participantes que finalmente han decidido colaborar, se les ha entregado una copia del consentimiento informado, en el cual autorizan su

colaboración y queda constancia de que pueden retirarse del estudio cuando lo consideren oportuno, y que los datos recogidos son confidenciales, por ello se codifica numéricamente a cada participante, para evitar su identificación, a través de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (28).

La hoja de información y el consentimiento informado se han elaborado en base a los modelos de documentos presentes en el Comité Autonómico de ética de Galicia (CAEI) (36).

Las entrevistas realizadas a los participantes han sido grabadas y una vez transcritas, la investigadora las ha eliminado.

Por último, desempeñando el rol de investigadora como terapeuta ocupacional, se han seguido los aspectos éticos descritos en el Código de Ética para Terapia Ocupacional de la *American Occupational Therapy Association (AOTA)* (37) y el Código de Ética para Terapia Ocupacional de la *World Federation of Occupational Therapy (WFOT)* (38).

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A lo largo de todo el estudio se ha realizado una búsqueda bibliográfica de diferentes documentos científicos (*Ver Tabla II*), principalmente para adquirir más información sobre el fenómeno de estudio y para obtener evidencia científica para desarrollar el tema de investigación. Se ha continuado realizando durante todo el proceso para controlar la publicación de nuevos artículos de interés.

Las **bases de datos** que se han empleado han sido las siguientes: *PubMed*, *Scopus*, *LILACS*, *Web of Science*, *Dialnet* y *OTSeeker*.

También se han consultado diversos **libros** relacionados con los cuidadores, centros de día y terapia ocupacional, obtenidos a través de la biblioteca de la Universidad da Coruña o través de plataformas virtuales.

Se han revisado diversas **páginas web** como la de la OMS, WFOT, *Elsevier*, IMSERSO, Google Scholar, *ResearchGate*, Ministerio de Sanidad, Fundación Perú, el Repositorio de la Universidade da Coruña, SerCuidadorA, incluso la **cuenta de twitter** @SerCuidadorA

RESULTADOS

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

A continuación, se muestra el perfil sociodemográfico de los participantes. Como se muestra en la *Tabla VI* la media de **edad** de los participantes es de 63 años (± 13), el cuidador más mayor posee 88 años y el menor 49 años. Con relación al **sexo**, participan 4 mujeres y 3 hombres, conformando una muestra homogénea.

Tabla VI: Características de la muestra

P	Edad	Sexo	EC	GP	NE	AL	Profesión
C1	49	M	So	H	EB	T	Hostelería
C2	59	M	Se	S	EB	T	Empleada de hogar
C3	57	H	Di	H	D	D	Economista
C4	63	M	C	H	B	J	Economista
C5	55	M	PH	H	D	T	Técnico de emergencias
C6	88	H	C	O	B	J	Economista
C7	73	H	C	O	B	J	Hostelería

Los cuidadores aparecen codificados de C1 a C7. EC= Estado civil siendo So (soltero/a), Se (separado/a) Di (divorciado/a), C (casado/a), PH (pareja de hecho); GP= Grado de parentesco siendo H (hijo/a), S (sobrino/a) y O (otro); NE=Nivel de Estudios siendo EB(Estudios básicos), D(Diplomatura) y B(Bachiller); AL= Actividad Laboral siendo T(trabajador/a), D (desempleado/A) y J (jubilado/a).

En cuanto al **estado civil**, *Figura I*, la mayoría de los participantes (42%) están casados, el resto de las situaciones, es decir, divorciados/as, separados/as, solteros/as, pareja de hecho son menos frecuentes.

En la *Figura II* se muestra el **grado de parentesco**, el 57% de las personas cuidadoras son hijos/as de las personas mayores, el 29% esposos/as y el restante (14%) se corresponde con la figura de sobrinos/as.

En la *Figura III*, se muestra el nivel de estudios de los participantes, la mayor parte presentan estudios universitarios (42%) siendo menos

frecuente las personas que han accedido a bachillerato (29%) y estudios básicos (29%).

En cuanto a la **actividad laboral**, el 43% están activos laboralmente, otro 43% está en el período de jubilación y el 14% en situación de desempleo (Ver Tabla VI).

Como se muestra en la *Tabla VI* en relación al **puesto laboral**, un 29% de los participantes son autónomos y un 71% asalariados. Con relación a las profesiones que desempeñan, principalmente hay participantes en el sector económico (administrativos/as y economistas), sector hostelero, sanitario y uno de ellos/as pertenece al sector de limpieza.

La mayor parte de las personas cuidadoras de este estudio no presenta ningún tipo de enfermedad identificada por los participantes (71%).

Figura I: Estado civil

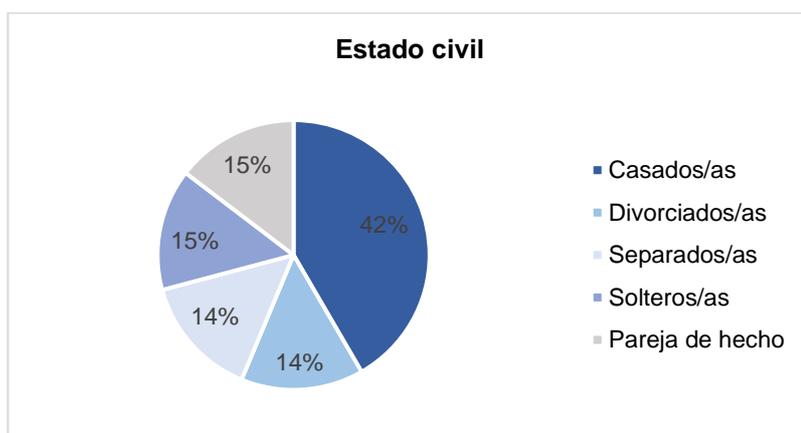


Figura II: Grado de parentesco

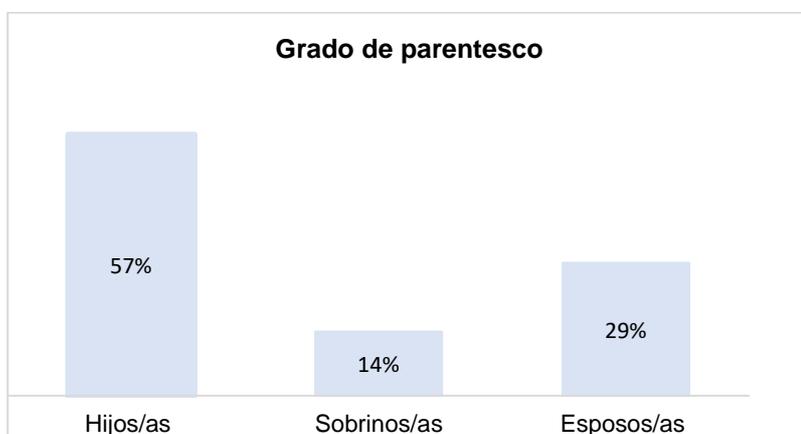
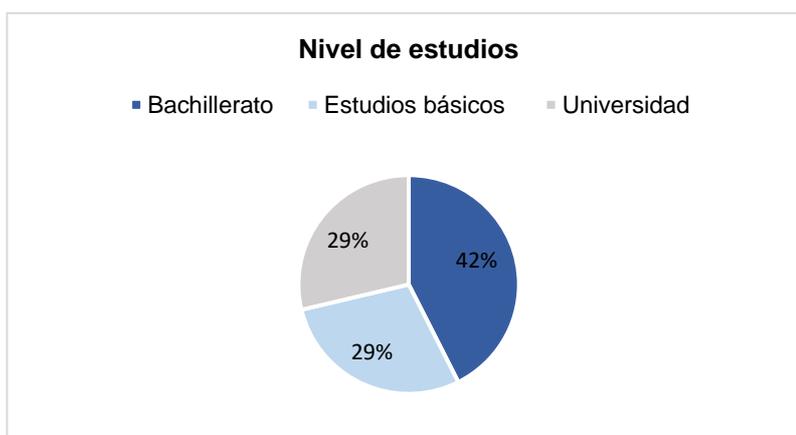


Figura III: Nivel de estudios



Desempeño ocupacional de las personas cuidadoras

En la *Tabla VII*, se muestra el **desempeño ocupacional previo (DOP)** de las personas cuidadoras, antes de la incorporación de las personas mayores en el centro de día. Se han señalado con color verde las actividades que presentan una mayor frecuencia, por lo que el trabajo y la prestación de cuidados destacan como las actividades a las que le dedican mayor tiempo. Por otro lado, ocio y tiempo libre y participación social son las actividades a las que dedican menos tiempo.

Tabla VII: Desempeño ocupacional previo (DOP)

Desempeño ocupacional previo (DOP)	
Actividades a las que le dedican mayor tiempo	Actividades a las que dedican menos tiempo
Trabajo (28,57%)	Ocio y tiempo libre (28,57%)
Prestación de cuidados (28,57%)	Ocio y tiempo libre y participación social (42,86%)
Trabajo y prestación de cuidados (14,29%)	Trabajo (28,57%)

Con relación a la satisfacción con el DOP, el 14% muy satisfecho, el 43% refiere estar satisfecho, el 28% ni satisfecho ni insatisfecho, y el restante nada satisfecho.

En la *Tabla VIII*, se muestra el **desempeño ocupacional actual** de las personas cuidadoras, tras la incorporación de la persona mayor en el centro de día. Se han señalado con color verde las actividades que presentan una

mayor frecuencia, por lo que la prestación de cuidados destaca como la actividad a la que le dedican mayor tiempo. Por otro lado, ocio y tiempo libre es la actividad a la que dedican menos tiempo.

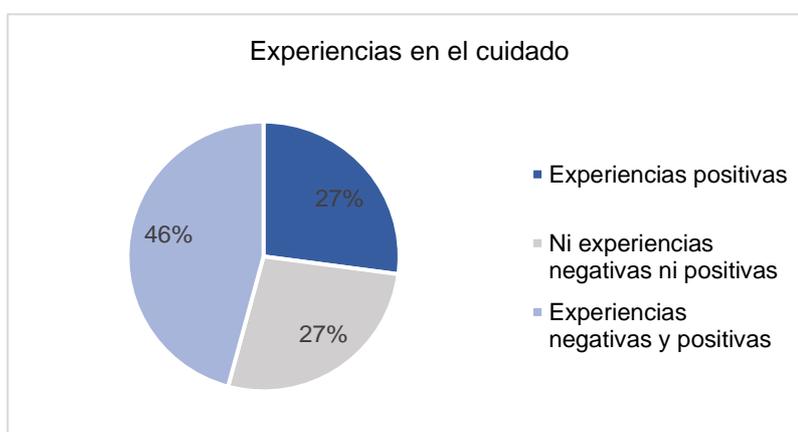
Tabla VIII: Desempeño ocupacional actual (DOA)

Desempeño ocupacional actual (DOA)	
Actividades a las que le dedican mayor tiempo	Actividades a las que dedican menos tiempo
Trabajo (14,29%)	Ocio y tiempo libre (57,14%)
Prestación de cuidados (57,14%)	Descanso y sueño (14,29%)
Trabajo y prestación de cuidados por igual (28,57%)	Ocio y tiempo libre y participación social (14,29%)
	Ocio y tiempo libre y arreglo y cuidado personal (14,29%)

Con relación al grado de satisfacción con el DOA, se muestra igual que el DOP excepto que se reduce el porcentaje de personas satisfechas a 28% y una de ellas refiere estar algo satisfecho.

Como se muestra en la *Figura IV*, el cuidado de las personas mayores les aporta a un 29% de los participantes **experiencias positivas**, a otros cuidadores ni les aporta **experiencias negativas ni positivas** (29%), pero la mayoría refiere que **ambas**, dependiendo de la situación a la que se enfrenten (49%).

Figura IV: Experiencias en el cuidado

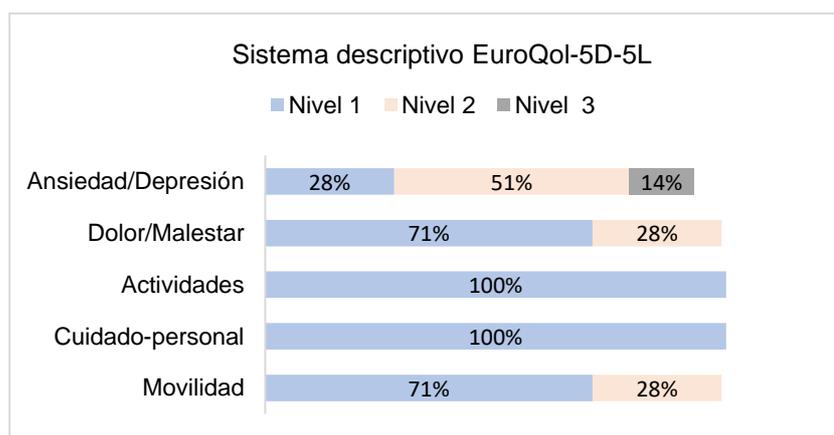


Gran parte de los cuidadores entrevistados no poseen **formación específica en el cuidado** (71%). Asimismo, solo 1 de ellos ha tenido **experiencias previas** en relación con el cuidado de otro miembro de la familia.

Calidad de vida de las personas cuidadoras

Con relación a los datos obtenidos a través del EQ-5D-5L se muestra en la *Figura V*, que los participantes no poseen ningún problema para el cuidado personal y actividades. El 71% no presenta problemas para caminar y el 28% refiere que algunos. Lo mismo sucede con la dimensión dolor/malestar, el 71% refiere no tener y el 28% sí. El 51% se siente moderadamente ansioso/deprimido y el 14% muy ansioso y deprimido, el restante no presenta problemas relacionados con esta dimensión.

Figura V: Sistema descriptivo EuroQol-5D-5L



Como se muestra en la *Tabla IX*, en relación con el cuestionario de salud **EuroQol 5-D**, la puntuación media perteneciente a la **EVA** se corresponde con un 47. La puntuación mínima que se ha obtenido en este apartado es de 30 y la máxima de 90. La desviación es de ± 19 . Con relación **IVES**, la puntuación media obtenida es de 0,90, siendo la máxima 1 y la mínima 0,76. La desviación $\pm 0,09$. Por último, la puntuación media que se obtiene en el **IS** es de 7. La desviación es de ± 7 .

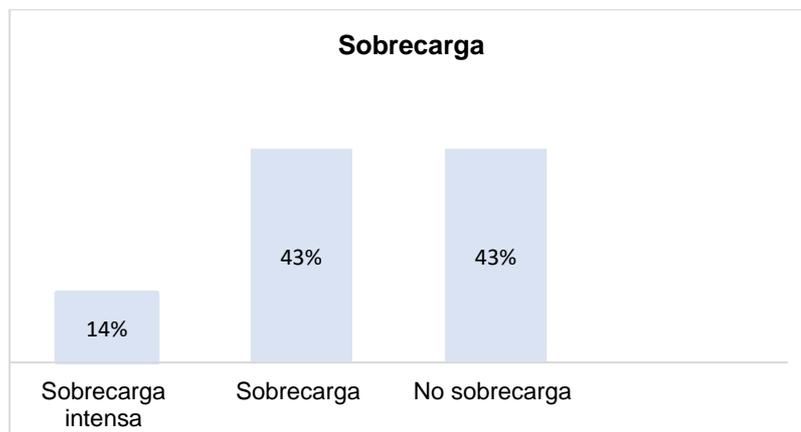
Tabla IX: EuroQol 5-D

EuroQol 5-D				
	MEDIA	MÍNIMO	MÁXIMO	DESVIACIÓN
EVA	47	30	90	±19
IVES	0,90	0,76	1	±0,09
IS	7	0	20	±7

Sobrecarga de las personas cuidadoras

En relación a los datos obtenidos de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, en la *Figura VI*, se observa que solo el 14% de los participantes mantienen un estado de sobrecarga intensa. El 43% no posee sobrecarga y el otro 43% sí. La media se corresponde con el valor 47, siendo el mínimo 26 y el máximo 64, la desviación es ± 2 .

Figura VI: Sobrecarga



Pruebas Chi-Cuadrado

Se ha estudiado la asociación entre diversas variables, tal y como se puede observar en la *Tabla X*, junto con el valor correspondiente de Chi-Cuadrado para cada asociación y p valor.

Tabla X: Tabla de asociaciones entre variables

	Chi- χ^2	p valor
Sexo-Actividad laboral	4	0,110
Sexo- Presencia de enfermedades	0,73	0,053
Sexo- Ansiedad/depresión	1,89	0,388
Estado civil-Nivel de estudios	14	0,082
Estado civil-Actividad laboral	14	0,082
Estado civil-Satisfacción previa	17	0,082
Estado civil-Formación en cuidados	7	0,100
Enfermedades-EVA	4	0,155
Enfermedades-Ansiedad/depresión	3	0,190
Profesión-EVA	16	0,176
Profesión-Formación en cuidados	7	0,072
Profesión-Satisfacción previa	16	0,072
Puntuación Zarit-Estado civil	10	0,232
Puntuación Zarit-Ansiedad/depresión	7	0,114
Puntuación Zarit-Satisfacción previa	10	0,105
Puntuación Zarit-Satisfacción actual	11	0,181

- **Asociación entre “Sexo” y otras variables**

Se ha observado que entre la asociación de “sexo” y “actividad laboral”, las mujeres participantes de este estudio trabajan además de ser cuidadoras (n=4) mientras que, en el caso de los hombres, uno de ellos no realiza ninguna actividad remunerada.

Entre las variables “sexo” y “presencia de enfermedades” es de destacar que las mujeres (n=4) no presentan enfermedades diagnosticadas, sin embargo, dos hombres sí. Asimismo, observando el valor de p (véase tabla X), se podría decir que esta asociación es la más próxima a ser estadísticamente significativa.

En esta línea, en cuanto a la asociación entre “sexo” y “ansiedad/depresión”, se puede observar que con predominio de las mujeres (n=3), hay una tendencia a tener problemas de ansiedad o depresión, mientras que en los hombres (n=4) no presentan esa tendencia.

- **Asociaciones entre “Estado civil” y otras variables**

En cuanto a las asociaciones realizadas con la variable de “estado civil” cabe resaltar que las personas casadas tienen estudios de bachillerato (n=3), están jubiladas (n=3) y refieren estar más satisfechas con su desempeño ocupacional previo a la incorporación de la persona mayor en el centro de día. Los casados/as (n=3) no están formados con relación a la prestación de cuidados a personas mayores dependientes.

- **Asociación entre la variable “Presencia de enfermedades” y otras variables**

Los participantes que refieren en el cuestionario no presentar enfermedades diagnosticadas, refieren estar ansiosos/deprimidos (n=3) en la escala EuroQol 5D-5L. Además, coincide que puntúan mejor su estado de salud en la EVA (70 a 100).

- **Asociación entre la variable “Profesión” y otras variables**

En cuanto a la asociación entre la variable “profesión” y “EVA”, “formación en cuidados” y “satisfacción previa” cabe resaltar que los participantes cuyas profesiones se engloban en el sector terciario (economistas) poseen una mayor puntuación en la EVA, ya que puntúan con un 80. Por otro lado, en cuanto a los participantes que tienen como profesión “economistas”, se observa que no tienen formación con relación a los cuidados (n=3). Asimismo, estos mismos se sienten satisfechos con su desempeño ocupacional, tal y como han reflejado en la hoja de registro de variables sociodemográficas.

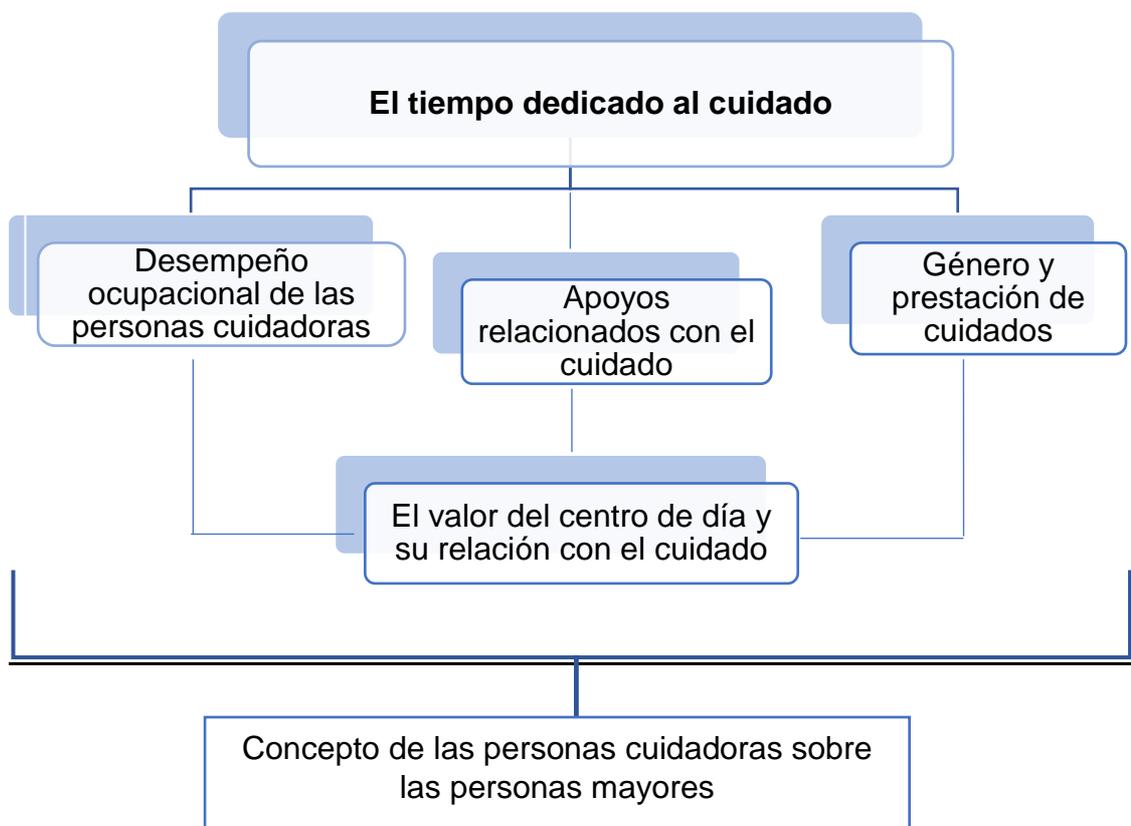
- **Asociación entre variable “puntuación Zarit” y otras variables**

Es de destacar que los participantes casados no presentan sobrecarga (n=2), sin embargo, el participante soltero presenta sobrecarga intensa. Asimismo, los participantes que indican que están ansiosos o deprimidos en la EuroQol-5D-5L, refieren no presentar sobrecarga (n=3) y se encuadran en los niveles medios de satisfacción con el desempeño ocupacional previo y actual (n=3).

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Una vez analizada toda la información obtenida en las distintas técnicas de recogida de datos, en este caso en las entrevistas semiestructuradas y el diario de campo, emergen las siguientes categorías de significado que contribuyen a comprender el objetivo principal de este estudio (véase Figura VII, Anexo X y Anexo XI).

Figura VII: Categorías de la investigación cualitativa



1. El concepto de las personas cuidadoras sobre la persona mayor

Tras el análisis de los discursos de los participantes, se ha observado que la mayor parte de las personas cuidadoras consideran que la sociedad concibe a este grupo de edad como “una carga” y que asumir su cuidado no se realiza por decisión propia o por elección, sino por “obligación”. Del mismo modo, la mayor parte requieren de un apoyo físico constante en las tareas de cuidados a los mayores. Con relación a la autonomía personal de

la persona mayor, consideran que, disminuye con el paso de los años, asociándolo al deterioro a nivel físico y cognitivo.

C5: “Hay un desasosiego general...la gente de la tercera edad es una carga, un estorbo, da mucho trabajo... casi todo el mundo esquivo el problema, esquivo su responsabilidad”.

Además, uno de los participantes reflexiona sobre la situación que se está viviendo actualmente en nuestra sociedad acerca de la situación de soledad que presentan algunos mayores, cuya atención hacia ellos es mínima y/o nula, y en muchos casos puede suponer un riesgo en su calidad de vida y, por consiguiente, en su salud.

C5: “He visto cosas sangrantes... al igual que hay un teléfono para las mujeres mal tratadas y para los menores, debería haber un teléfono para las personas mayores descuidadas”.

2. Desempeño ocupacional de las personas cuidadoras

2.1 La importancia del arreglo e higiene personal

La mayoría considera que al inicio sí que se mostraban más desmotivados para desempeñar actividades relacionadas con el arreglo e higiene personal, pero, a medida que pasa el tiempo y se adaptan a la situación, vuelven a adquirir rutinas, hábitos e interés.

C3: “A ver al tener algo similar a una depresión pues claramente influyó... tendencia a dejarse la barba... no ducharse todos los días”.

C5:” Cuando la vida te cambia de forma tan radical, inesperada, brusca y cruel... no tenía interés ni en mi cuidado ni incluso en el cuidado de los perros”.

2.2 El valor del tiempo de ocio

Por lo general, la motivación para realizar actividades de ocio disminuye en el momento que deciden asumir las tareas del cuidado, y por consiguiente el rol de ser cuidador/a. La mayoría de los participantes posee en común el aumento de interés por retomar aquellas actividades que realizaban anteriormente en su tiempo libre, esto sucede normalmente a medida que asumen el rol de cuidador/a y se adaptan a la rutina habitual de ofrecer los

cuidados oportunos y necesarios a los familiares dependientes. El centro de día también ayuda y posibilita dicho aspecto.

C3: “Recuerdo que dejé de escuchar música que es algo que me encanta... igual no se le puede llamar depresión, pero si una caída de ánimo bastante importante”.

DCIII: “Algunos cuidadores mostraban sentimientos de culpa por disfrutar de su tiempo libre, sentían como si abandonasen a la persona que cuidan”.

C3: “Intenté convencerla de que tenía que volver para casa, paseábamos un rato y después yo tenía que ir con mis amigos... he discutido mucho... luego me arrepentía”.

2.3 Prestación de cuidados en la transición del trabajo a la jubilación

Se han observado diferentes percepciones con relación al tiempo que poseen las personas jubiladas o desempleadas y a las que continúan trabajando, ahora que las personas mayores acuden a un centro de día.

Las personas jubiladas poseen una mayor disponibilidad horaria a lo largo del día y pueden repartir el tiempo dedicado a la prestación de los cuidados y el tiempo dedicado a ellos mismos. En cambio, las personas que actualmente acuden a un oficio continúan teniendo el mismo tiempo para su disfrute personal, el principal motivo es porque las personas mayores están en el centro de día mientras estos están desempeñando su rol de trabajador.

C1 (trabajador): “Ella está en el centro y yo sigo trabajando, con lo cual cuando ella sale del centro dedico mi tiempo a ella, tengo que prepararle la cena, las pastillas...”.

C6 (jubilado): “Mucho, a mí me deja mucho tiempo libre, me permite tener una vida”.

Algunas personas cuidadoras consideran que los centros de día ayudan a conciliar los horarios de trabajo con los horarios de prestación de cuidados, por lo que favorecen la posibilidad de desarrollar varias actividades a lo largo del día, y les permite continuar desempeñando el rol de trabajador. Creen que sus horarios y sus vidas dependen totalmente de las personas que cuidan.

C2: “Para mí que ellas viniesen al centro de día fue bárbaro, yo salgo a las 5 de trabajar y ellas llegan a casa a las 6, por lo tanto, puedo combinarlo”.

El cuidado de las personas mayores ha influido en el trabajo y en las actividades relacionadas con el ámbito laboral, a unos más que a otros, pero la mayoría ha visto afectada esta área ocupacional, sobre todo antes de que acudiesen a un centro de día. Muchos cuidadores se ven obligados a reducir su jornada laboral o incluso abandonar el puesto laboral, para ofrecer los cuidados necesarios a la persona mayor. Conciliar el trabajo con la vida familiar y personal en muchas ocasiones resulta inviable.

C5: “Tuve que dejar la empresa que tenía antes, le tenía que dedicar muchísimas horas y con esto era imposible”.

3. El tiempo dedicado al cuidado

3.1 La importancia del tiempo en la adaptación al rol de cuidador

En general, se observa en todos los casos que la primera impresión y los primeros meses tras el diagnóstico o empeoramiento de la salud de las personas mayores, son negativos y con una variedad de síntomas relacionados con la ansiedad, estrés y desmotivación, es decir, supone un elevado impacto psicológico y emocional. Todo ello, afecta de manera directa en la realización de actividades de la vida diaria (arreglo e higiene personal, alimentación, etc.) y en las actividades instrumentales (preparación de la comida, gestión y mantenimiento de la salud, cuidado de mascotas, etc.) Asimismo, repercute en diversas ocupaciones que también son fundamentales en la vida de los seres humanos como las actividades de ocio, participación social, educación y trabajo.

C2: “Me costó adaptarme, me veía depresiva (llanto), es que me cambió mucho la vida”.

C7: “Me cogí un cabreo, después no me lo creía, después lloré como una magdalena, luego llamé a mis hijos”. “He llorado muchas veces solo...estoy yendo al psicólogo, estoy en una fase de tristeza tremenda”.

Como he comentado anteriormente, la situación que cada participante está viviendo les está afectando a sus relaciones personales, es decir, a la participación social con su entorno próximo.

C1: “Mis amigos lo entienden perfectamente, cambio en el sentido de que no tengo tiempo, el fin de semana lo dedico entero a mi madre”.

C3: “Me cerré bastante... me aislé del mundo exterior y ese tiempo libre que me sobraba ya no me apetecía salir, incluso dejé de escribir en los grupos de whatsapp”.

Ha supuesto un gran impacto para cada uno de ellos asumir el rol de cuidador/a. Específicamente, para aquellas personas que se han convertido en personas cuidadoras de manera inesperada, por una enfermedad o accidente repentino. La mayoría continúa asumiendo dicho rol y concienciándose sobre cómo ha cambiado su vida, como uno se tiene que ir adaptando a la situación, la importancia de informarse y buscar ayuda.

C1: “Impotencia, por un lado, porque ese grado de dejadez en el que estaba mi madre no tenía que haber llegado... por otro lado, estoy orgullosa porque la estoy sacando para delante, veo que cada vez progresa más”.

4. Apoyos relacionados con el cuidado

4.1 Adaptación del hogar

En relación a las barreras arquitectónicas que han detectado como riesgo en su movilidad y desplazamientos, la mayor parte de las personas cuidadoras consideran que su hogar está adaptado, podrían realizar algunas modificaciones para que fuese más confortable, pero en general es adecuado para el cuidado de personas mayores dependientes.

C5: “Cuando mi madre estuvo en la residencia prepare toda la casa”. “Más espacio en el comedor...barras de agarre en el baño, silla de ducha... en la cama dos barras abatibles, colchón anti escaras... no hay ninguna barrera en el portal”.

4.2 La implicación y el apoyo familiar

La prestación de los cuidados de una persona mayor afecta tanto al cuidador principal como al resto de miembros de la familia. Habitualmente, aparecen conflictos o tensiones que dificultan la comunicación y la ayuda por parte de la familia más cercana. Se observa que la implicación de los miembros de la familia es muy reducida, no suelen asumir un rol adecuado, ni la responsabilidad que les pertenece para colaborar ante la nueva situación que se está viviendo.

C2: “No había otra persona y aunque la hubiese no se iba a hacer cargo”. “Hay sobrinas que viven aquí y nadie dio ese paso”.

C7: “La reacción de mis hijos no fue buena... muy inmadura... lo único que pedía es que algún domingo se quedasen con ella”.

4.3 Ayudas económicas y prestación de cuidados

La Ley de Dependencia aprobada en 2006 (8), permite que las personas cuidadoras dispongan de un catálogo de servicios y prestaciones en función del grado de dependencia que tenga la persona mayor. En este caso, la mayoría de los participantes no reciben ningún tipo de ayuda económica, concretamente para cubrir los gastos relacionados con el centro de día.

C1: “Ahora no recibo ningún tipo de ayuda económica... creo que le van a dar una ayuda para un centro público”.

En general, se observa que la mayoría no recibe ningún servicio a domicilio, a nivel público o privado. Algunas personas cuidadoras comentan que sí que acude un cuidador profesional dos días a la semana a su domicilio, básicamente para duchar a su familiar.

C4: “Tengo ayuda a domicilio, una persona que vienen todos los días a ducharla, es un derecho adquirido del ayuntamiento”.

DCIV: Quizás en algunos casos la ayuda a domicilio ni siquiera se solicita porque existe cierta sobreprotección y miedo a que no se le ofrezcan los cuidados adecuados a la persona mayor, por lo que prefieren hacerlo ellos mismos.

4.4 Grupos de apoyo y escuela de personas cuidadoras

Las personas cuidadoras han descrito el sentimiento de pertenencia a los grupos de apoyo de manera favorable, entendiéndolos como grupos sociales e igualitarios. La mayoría ha acudido en algún momento, pero en alguna ocasión han dejado de asistir, porque consideran que, no satisface al completo sus necesidades personales. Por una parte, consideran que les aporta beneficios a nivel personal, ya que pueden obtener una percepción diferente en relación al cuidado y nutrirse de las experiencias de las demás personas cuidadoras, pero a la vez consideran que no les permite desconectar y centrarse en otro tema que no esté relacionado con la prestación de los cuidados, por este motivo, suelen dejar de ir.

C4: "Prefiero ir al cine o quedar con unas amigas... no me sirve para desconectar... considero que lo que yo les pueda aportar no sirve".

C7: "Pensaba no puedo seguir oyendo más historias relacionadas con este tema".

En relación con la escuela de personas cuidadoras refieren que contribuye a la hora de adquirir conceptos, pautas e información relacionada con diversas patologías, dificultades concretas, problemas comunes, técnicas para mejorar los cuidados, etc. Además, la asocian a disminuir la sensación de aislamiento, mantener relación con otras personas que quizás estén pasando situaciones similares. En general, los comentarios son positivos sobre las actividades que se desarrollan en estos grupos.

C3: "las conferencias me gustan mucho...ayudan en la parte práctica".

DCV: La investigadora menciona en su diario de campo que, tras asistir en varias ocasiones a la escuela de cuidadores, se observa estos grupos si satisfacen las necesidades emocionales de los cuidadores, se sienten en un ambiente confortable, además permiten entablar relaciones entre ellos y sirven de apoyo.

5. Género y la prestación de cuidados

Este tema se abarca en la entrevista a través de la visualización de un vídeo (33) en este se habla sobre las diferencias existentes hoy en día en la sociedad con relación al cuidado de personas mayores y el género. En el vídeo se observa que habitualmente se encargan de estos cuidados las mujeres, las opiniones de los participantes de ambos sexos continúan en la misma línea. Consideran que es necesario realizar numerosas modificaciones para que la visión de la comunidad sobre este aspecto se modifique, además es un tema que está tan normalizado que, para la mayor parte de la población lo raro es que un hombre desempeñe el rol de cuidador. Además, opinan que la sociedad vincula la figura de persona cuidadora con en el género femenino, por lo que la mujer habitualmente asume el rol de cuidadora ya sea en la unidad familiar, con relación a sus hijos, como con las personas mayores dependientes. Las estadísticas relacionadas con este aspecto demuestran la gran diferencia existente en el siglo XXI en relación al género y el rol de cuidador/a. La prestación de los cuidados al igual que otros temas, es considerada por la sociedad, una obligación de la cual la mujer se debe hacer responsable.

C6: "Considero que debería ser equitativo... igual para ambos sexos". "Creo que hay que cambiar la visión de las personas, de los hombres sobre todo en este sentido".

C7: "Pienso que hay que llegar a la igualdad... son muchos siglos de dominio del varón sobre la mujer, eso se puede observar en las barbaridades que se cometen día a día".

6. El valor del centro de día y su relación con el rol de cuidador

6.1 La sobrecarga y/o responsabilidad sobre el cuidado

Tanto las personas cuidadoras en edad laboral (actualmente trabajadoras y trabajadores remunerados/as) como las que están jubiladas, han notado una menor responsabilidad, su carga ha disminuido al incorporarse las personas mayores al centro de día. Manifiestan sentirse liberados/as en las horas de trabajo, no están continuamente pensando sí las personas que cuidan estarán bien o desatendidas. Asimismo, las personas jubiladas consideran que poseen una menor responsabilidad, cuentan con mayor

tiempo de ocio y participación social, pueden realizar más actividades relacionadas con el contexto personal y familiar a lo largo de su día. En relación al fin de semana, notan una gran diferencia, puesto que las personas mayores no acuden al centro de día, por lo que los sábados y domingos realizan todas las tareas pertinentes en relación a su cuidado y no poseen tanto tiempo libre.

C3: "Me desagobió bastante... tengo más tiempo para realizar las tareas del hogar... para salir a dar un paseo". "Sé que aquí estará bien y puedo realizar otras cosas sin estar pendiente de mi madre".

C6: "Tengo menos responsabilidad, no tengo que estar pendiente de ella 24 horas... me permite desconectar, o bueno, intento hacerlo".

En cuanto a los cuidados, al nivel de sobrecarga y de responsabilidad, recalcan continuamente la diferencia entre la semana laboral y los fines de semana, consideran que la responsabilidad aumenta porque sí que necesitan estar pendientes a lo largo del día de las personas mayores, y que sus horarios giran en torno a los cuidados. En lo referente a la dedicación del desempeño diario o semanal de las actividades de la vida diaria, existe una clara diferencia entre llevarlas a cabo por la semana que los fines de semana, puesto que los días de semana realizan mayormente actividades de higiene y arreglo personal, movilidad en la comunidad, preparación de la comida y la limpieza, compras, alimentación, etc. En cambio, los sábados y domingos los dedican a atender y proporcionar los cuidados necesarios a las personas mayores. Lo mismo sucede con el ocio y participación social, se muestra reducido por el mismo motivo, tienen que adaptar sus días no laborales a la persona mayor que están cuidando, por lo que repercute directamente en el desempeño ocupacional de estos.

C5: "Mis horarios giran en torno a los de mamá... no poder ir ningún fin de semana a ningún sitio, a partir de las ocho de la tarde... no puedes ir a ningún sitio".

6.2 Calidad de vida: personas cuidadoras y persona mayor dependiente

6.2.1 Personas cuidadoras

Con relación a los centros de día, los participantes le otorgan un gran significado, pues consideran que estos recursos asistenciales son de vital importancia para el desempeño ocupacional de las personas mayores. Asimismo, consideran que les aporta un sentimiento de liberación, de descarga y desconexión, lo que influye positivamente en su desempeño ocupacional, en su calidad de vida y en una mejora de la red familiar primaria.

Consideran que, sin su involucración diaria en las atenciones y cuidados, el estado de salud (físico, psicológico y social) de la persona a la que cuidan se vería más afectado, puesto que no cuentan con tantos apoyos para desarrollar su vida diaria de un modo similar a antes de desempeñar el rol de cuidador.

C2: "A veces me dan algunos bajones".

C7: "Estoy yendo al psicólogo... tengo unas jaquecas tremendas y mucha soledad".

DCI: en la mayoría de los casos las personas cuidadoras tienden a descuidar su estado de salud, se centran en que su familiar esté lo mejor posible. A ello, se le suma el tiempo que dedican a los cuidados y finalmente se observa un notable empeoramiento de la calidad de vida.

6.2.2 Persona mayor dependiente

Algunos participantes consideran que la calidad de vida de las personas mayores cuando acuden a este tipo de recursos aumenta, mientras que otros señalan que dicho nivel no sufre variaciones, y lo relacionan en gran medida al diagnóstico previo de la persona mayor, lo que repercute en su salud.

La mayoría asocian la mejora en la movilidad funcional de la persona mayor a las actividades que desarrollan a diario en el centro de día, centrándose sobre todo en las limitaciones físicas que poseían antes de acudir al centro de día.

C3: “El centro ayudó a que mejorara en muchos aspectos físicos... camina con más soltura, se está recuperando bastante bien del ictus”. “Con relación a la conducta considero que ahora es más agradecida”.

Por iniciativa propia, las personas cuidadoras entrevistadas, no hacen alusión a la esfera cognitivo-conductual. Solo cuando se le pregunta sobre ello, es cuando reflexionan sobre este aspecto. Así, consideran que el diagnóstico o la enfermedad de la persona mayor repercute principalmente en la salud física. Se observa que son capaces de percibir con mayor facilidad de qué modo repercuten diversas patologías (infarto, ictus, entre otros) sobre la salud de las personas, más que los diagnósticos vinculados con la salud mental (por ejemplo, demencia).

C1: “Mi madre está mucho mejor... quiere salir, come mejor, está más habladora... en relación al ánimo he notado un cambio positivo”.

C5: “La evolución de mi madre ha sido brutal... entró con silla de ruedas al centro de día, después consiguió andar con el andador, empezó a subir escaleras... ahora anda con bastón y es capaz de andar sin él”.

DCII: la mayoría de las personas cuidadoras le dan gran importancia al diagnóstico de los mayores, consideran que la dependencia fundamentalmente se produce por la sintomatología ocasionada por el diagnóstico. Además, continuamente hablan sobre diagnósticos relacionados con ictus o infartos.

6.3 Mejora del vínculo familiar

Se ha observado que la relación emocional entre los cuidadores y las personas mayores mejora tras la incorporación al centro de día, pues consideran que este recurso les ofrece una mayor liberación y desconexión, brindándoles mayor tiempo para sus actividades de la vida diaria, de ocio, trabajo, participación social, etc. Por lo tanto, cuando las personas mayores vuelven al hogar, tras finalizar la rutina diaria de actividades en el centro de día, las personas cuidadoras retoman con mayor afán, ganas y motivación el cuidado de estos.

C3: “Ahora como tengo menos estrés considero que ha mejorado, cuando estás estresado a veces das contestaciones que no son apropiadas”.

La mayoría de los participantes, consideran que los motivos principales por los cuales deciden solicitar plaza en los centros de día son la necesidad de desconectar y liberarse. Asimismo, refieren que la persona mayor va a estar más estimulada en todas las esferas, establecer más redes y lazos sociales, más distraída y participativa, logrando una mayor calidad de vida. Por consiguiente, todo esto hace que dispongan de mayor tiempo en su contexto personal y familiar, mejorando la relación en la vivienda y la dinámica familiar (la relación con la pareja, dedicación de más tiempo a los hijos y a la realización de actividades conjuntas, etc.).

C4: “Es una desconexión total, están súper controlados y es una ayuda psicológica para la familiar... funciona genial tanto para ellos como para los familiares”.

C7: “Yo consideré que era lo mejor que acudiese a un centro de día porque no la veía bien”.

6.4 El cambio a residencia

De las personas participantes entrevistadas, actualmente dos no ejercen el rol de cuidador principal directo, puesto que, dada la situación de agravamiento del estado de salud de la persona mayor, su residencia habitual ya no es el hogar sino un centro residencial. Esta/os cuidadora/es presentan un sentimiento común, que es el de “culpabilidad”, por no poder ejercer ellos mismos las labores de atención y de cuidado de su familiar. Por otro lado, sí son conscientes de que, debido al grado de dependencia de la persona mayor, el cuidado era incompatible con el desarrollo de sus vidas. En el momento en que se realizan las entrevistas, todavía se encuentran en el proceso de adaptación a dicho cambio y nueva situación para ambas partes, suelen ir a visitar a sus familiares a la residencia, por lo que la responsabilidad en cierto modo sigue siendo similar.

C7: “Mi cabeza está pensando todo el rato en ella... pienso lo que hace allí en cada momento”.

DISCUSIÓN

Tras el análisis de los resultados y el desarrollo del documento, se ha alcanzado el objetivo general de este estudio que es, analizar el desempeño ocupacional de las personas cuidadoras que se hacen cargo de personas mayores en situación de dependencia y que acuden a un centro de día.

En lo relativo al [perfil de las personas cuidadoras](#) de este trabajo, la muestra seleccionada es homogénea (4 mujeres y 3 hombres), cuyo parentesco se relaciona mayormente con la figura de hijo/a, tal y como lo apoyan estudios como el de *Espín, Jenson y Jacobzone*, destacando que generalmente están casados/as (39,40).

Al igual que sucede en este estudio, la literatura consultada muestra que el 80% de las personas cuidadoras tiene el nivel primario de educación, además indica que en torno al 30% ha tenido que abandonar su puesto de trabajo o modificar su esquema laboral, adelantando la jubilación, mientras que el 50% continúa trabajando (40,41). Sin embargo, en este estudio no se puede concluir por la reducida muestra, pero se ha podido observar que hay relación entre las variables de “estado civil” y “actividad laboral” ($p = 0,082$), pues los casados/as ($n=3$) están jubilados/as.

Con relación a las enfermedades crónicas, el 29% de los participantes presentan alguna enfermedad, siendo más habitual en los hombres, los cuales presentan una edad media de 65 años. Así, la literatura destaca que la edad media de las personas cuidadoras suele sobrepasar los 50 años, por lo que la vulnerabilidad y la presencia de diversas patologías es más frecuente, aspecto para tener en cuenta porque probablemente tenga mayor probabilidad de contraer consecuencias físicas, psíquicas o sociales derivadas del cuidado (40,41).

Tal y como se refleja en la categoría [“apoyos relacionados con el cuidado”](#), los participantes le conceden gran importancia a la [implicación y el apoyo familiar](#), ya que más del 50% de las personas cuidadoras de este estudio refieren no poseer ayuda por parte de su entorno próximo, aspecto que impide una distribución equilibrada de sus ocupaciones. Tal y como ha

observado *Coen*, el incremento de la sobrecarga y empeoramiento de la calidad de vida se debe en gran medida a la falta de soporte social y a la autoestima de las personas cuidadoras (40). En esta línea, *Zarit y Pruchno et al.* defienden que el tipo de **afrentamiento** también tiene diversos efectos en la calidad de vida en función de la fase en la que se encuentre la persona cuidadora, a nivel emocional y a nivel de cuidados (42).

En este estudio los participantes reiteran de modo continuado en sus discursos que el avance de la enfermedad o de la dependencia de la persona mayor, incide directamente en el malestar emocional, la motivación y el tiempo de dedicación a los cuidados, reduciendo así su **ocio y participación social**, tal y como han observado autores como *López-Márquez y Dueñas et al* (43).

Los propios participantes de este trabajo son conscientes y recalcan que el **desempeño ocupacional** influye en la calidad de vida y salud. Se ha observado una asociación entre las variables “estado civil” y “satisfacción previa” ($p 0,082$) destacándose que las personas casadas presentan mayor satisfacción en relación a su desempeño ocupacional. En esta línea, las personas jubiladas ($n=3$) de este estudio comentan tener más tiempo de ocio, aunque se vea comprometido por el tiempo dedicado a los cuidados. En relación con el **ámbito laboral**, *Jenson y Jacobzone* concluyen que es complicado conciliar la responsabilidad del rol de cuidador con la participación en el mercado laboral (39) pero que tal y como reflejan *Carmichael y Charles*, en algunas ocasiones el trabajo es una vía de escape y respiro para desconectar del rol de cuidador. Concretamente en el presente estudio, el 57% de los participantes refiere que **compaginar la prestación de cuidados con el trabajo** ha resultado complicado, obligándoles de este modo a adelantar la **jubilación** o abandonar diversos puestos de trabajo.

Tal y como se refleja en la categoría “**género y prestación de cuidados**”, todas las mujeres participantes ($n=4$) refieren haber cambiado de trabajo o reducir su jornada laboral, a pesar de continuar desarrollando actividades remuneradas, a excepción de una mujer que está jubilada. Esto se apoya

con el estudio de *Martínez, Sotos y García* que demuestra la necesidad de establecer planes de ayuda para personas cuidadoras con el fin de permitir la conciliación laboral y familiar (45).

Asimismo, con respecto al desempeño ocupacional, el vestido es identificado como una de las actividades más afectadas en relación con la subcategoría cualitativa “arreglo e higiene personal” de las personas cuidadoras (43). El 71% de las personas cuidadoras del presente estudio considera que, ven afectado su arreglo e higiene personal en los momentos en que se encuentran emocionalmente peor o el nivel de sobrecarga es pronunciado, los hombres participantes resaltan que la frecuencia de realizar el afeitado también se puede ver afectada.

Sin embargo, autores como *Marks et al.* y *López et al.*, han confirmado la posibilidad de experimentar sentimientos positivos como consecuencia del cuidado de personas mayores dependientes. Con relación a los hallazgos del presente estudio, dos de las personas cuidadoras han afirmado que la repercusión de la atención y cuidado del familiar dependiente es satisfactoria, concluyendo de este modo, que les aporta experiencias positivas (46,47).

La *ayuda económica* es otro factor a tener en cuenta, generalmente, no reciben ningún tipo de prestación ni ayuda a domicilio (48). Menos del 50% de las personas cuidadoras del presente trabajo reciben ayuda económica para que la persona dependiente acuda al centro de día, aspecto que avala la necesidad de establecer planes de ayuda para que las personas cuidadoras puedan desarrollar actividades remuneradas y obtener recursos económicos para el cuidado formal de personas dependientes (45).

En general, la mayor parte de los participantes considera que los *grupos de apoyo* son positivos para enriquecerse de experiencias y sentirse apoyados/as perteneciendo a un grupo de iguales, pero, no han obtenido los resultados esperados, la tensión y malestar emocional prosigue. Autores como, *Monahan, Greene, y Coleman* afirman que las personas cuidadoras a menudo no tienen la energía, tiempo y motivación suficiente, lo que conduce a abandonos y ausencias en las sesiones (40, 49). El

participante C4 recalca en su discurso que: “los *grupos de apoyo no me permitían desconectar y hablar de otros aspectos que no fuese el cuidado*”. Sin embargo, las **escuelas de personas cuidadoras** han resultado más beneficiarias para los participantes. Por lo general, afirman que acudir a este tipo de programa les permite aumentar sus conocimientos, habilidades y capacidades para desempeñar el rol de cuidador en sus domicilios. Refieren sentirse escuchados y apoyados por los profesionales sociosanitarios que imparten estas sesiones, tal y como apoyan, *Zarit y Reever (40)* y *Gallagher-Thompson et al*, que avalan que este tipo de intervenciones reducen la carga del cuidador y ralentizan el proceso de institucionalización permanente de la persona dependiente (50). Asimismo, el contacto social con los miembros del grupo y con el propio terapeuta ocupacional o profesional que dirija la intervención reduce los niveles de depresión (49).

La literatura consultada demuestra que el trabajo de atención individualizada e intervenciones grupales que realizan los terapeutas, junto con las personas cuidadoras incluyendo en muchas ocasiones a las propias personas dependientes, promueve el estado de salud, de ánimo, bienestar y calidad de vida de ambos. Por lo tanto, se ha demostrado que los resultados del cuidado son más efectivos cuando lo profesionales colaboran con las personas cuidadoras, cuando los incluyen en los programas de prestación de cuidados y planes de atención (51).

En cuanto a la subcategoría cualitativa “**sobrecarga y/o responsabilidad sobre el cuidado**”, el 57% de las personas cuidadoras que han participado en este estudio, experimenta sobrecarga (puntuación media: 47) que como mencionan *Oliveira et al.* y *Araújo, Paul y Martins* interfiere en la vida personal, social y laboral (52,53). En este trabajo, los casados/as presentan menos sobrecarga.

En cuanto al perfil de salud de las personas cuidadoras, pueden presentar depresión, ansiedad y altos niveles de estrés, derivado del nivel de sobrecarga y desequilibrio ocupacional (41). Sin embargo, en este estudio como se muestra en los resultados cuantitativos los participantes que

tienen un nivel bajo de ansiedad/depresión no poseen sobrecarga. La presencia de ansiedad y depresión predomina en el sexo femenino.

Se ha observado que la [calidad de vida](#) de las personas cuidadoras del presente estudio está relacionada con el nivel de sobrecarga que experimentan a diario, este factor impacta principalmente en su salud mental. Un estudio a nivel nacional refleja que la población española a partir de los 18 años presenta una media de EVA de 77 (31) mientras que, en este trabajo de investigación, se presenta con valores más bajos con una media de 47, aspecto avalado por el discurso de C7, que menciona las jaquecas diarias que sufre y el sentimiento de soledad persistente. Como se muestra en los resultados cuantitativos, los participantes cuyas profesiones se engloban en el sector terciario poseen una mayor puntuación en la EVA.

Los participantes del estudio consideran que el trabajo de los profesionales sociosanitarios y el hecho de estos presentar burnout, repercute directamente en el estado de salud de los mayores en situación de dependencia y así es avalado por diversos autores como Weir, Legg, Méndez et al. (55).

Las personas cuidadoras que prestan ayuda a familiares con un alto nivel de dependencia, optan por los recursos asistenciales (39). *Zarit*, hace referencia a los [centros de día](#) como servicios de descanso que permiten reducir la carga del cuidador, mejorar la calidad de vida y proporcionar un descanso para el desempeño de ocupaciones centradas en el ocio, tiempo libre y participación social (56), lo mismo que refieren en general los participantes del estudio. De acuerdo al estudio de *Hijuelos et al.*, cuanto mayor sea la limitación de la actividad de la persona mayor, menor satisfacción siente la persona que asumen el rol de cuidador/a (43).

Además, la bibliografía consultada menciona que el estrés y el afrontamiento por parte de las personas cuidadoras conlleva a la búsqueda de ayuda comunitaria (54). Por ello, varias investigaciones poseen en común la teoría basada en que los centros de día se asocian con una disminución de la soledad, depresión, ansiedad y un impacto positivo a

nivel psicológico y físico, tanto en las personas mayores dependientes como en las personas cuidadoras (57,58). Las intervenciones de los centros de atención diurna deben estar dirigidas desde terapia ocupacional a las personas cuidadoras, siendo ellos los protagonistas de los diversos programas, basándose en las ocupaciones significativas y llevando a cabo un proceso de empoderamiento y participación activa (44).

Algunas de las personas cuidadoras de este trabajo de investigación (n=5) prefieren hacerse cargo de la atención de los familiares dependientes en sus hogares. Asimismo, diversos estudios avalan que la mayoría de las personas cuidadoras optan por llevar a cabo el cuidado y atención de la persona mayor en el propio domicilio, ya sea por los valores culturales, por la ausencia de recursos asistenciales o por la carencia de bienes económicos. El 71% de los participantes hace referencia a la institucionalización del familiar en una **residencia** en casos extremos, en los cuales el cuidado sea inviable debido a la condición de salud del familiar mayor (51). Tal y como refleja la evidencia científica, la mayoría de las personas cuidadoras temen que su ausencia y la institucionalización permanente agrave el estado de salud de la persona dependiente (59).

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones del estudio nos encontramos con el pequeño tamaño muestral para obtener datos estadísticamente significativos, la imposibilidad de haber realizado una intervención grupal que generaba interés tras la realización de las entrevistas y ampliar la muestra a un contexto más rural. Posibles resultados sesgados en función de las respuestas obtenidas en la escala de sobrecarga de Zarit o la EuroQol-5D. Ciertas limitaciones de este estudio son derivadas por la situación de crisis sanitaria de COVID-19.

Futuras líneas de investigación

Como futuras líneas de investigación sería interesante aumentar la muestra; profundizar sobre los grupos de apoyo y demás intervenciones psicosociales desde el enfoque de aprendizaje servicio e investigación acción-participación; añadir la perspectiva de profesionales sociosanitarios

(p.e. terapeutas ocupacionales) y de las propias personas dependientes sobre los recursos asistenciales. Por último, sería interesante analizar el desempeño ocupacional de personas cuidadoras a consecuencia de la situación de crisis sanitaria de COVID-19.

Conclusiones

En función de los resultados obtenidos, las conclusiones a los objetivos planteados al inicio del estudio son las siguientes:

- El equilibrio ocupacional de las personas cuidadoras ha mejorado tras la incorporación de la persona mayor al centro de día.
- El perfil de las personas cuidadoras de este estudio se corresponde mayormente con la figura de hija/o. En general, los participantes han tenido que abandonar su puesto de trabajo, solicitar una prejubilación o conseguir un empleo compatible con los horarios de cuidado del familiar dependiente.
- Las áreas del desempeño ocupacional más afectadas son el trabajo, ocio y la participación social.
- La adaptación al rol de cuidador/a se ve determinada por el apoyo familiar y el tipo de afrontamiento de cada persona.
- La calidad de vida y el nivel de sobrecarga de los participantes varían en función de: el grado de dependencia de la persona mayor, la edad de las personas cuidadoras y las horas dedicadas a la prestación de cuidados.
- Los centros de día son visualizados por las personas cuidadoras como una opción para desconectar y conciliar su vida personal con el rol de cuidador/a.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente agradecer a mis tutoras Lorena y Carmen, por haber aceptado formar parte de este estudio. Su labor ha sido imprescindible para llevar a cabo este trabajo. Desde el primer momento me han guiado y siempre me han ofrecido su ayuda y apoyo a lo largo de todo el proceso, resolviendo mis dudas y animándome a continuar, aspecto que les agradezco porque sus palabras de motivación han influido en mí positivamente.

Agradecer a los participantes del estudio, porque gracias a su colaboración he podido ampliar mis conocimientos en este ámbito, además de llevar a cabo este trabajo. Darle las gracias también a la directora y demás profesionales del centro de día, por tratarme como una más y permitirme llevar a cabo mi trabajo de investigación.

También agradecer la labor que realizan los docentes de terapia ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Por último, agradecer a mi familia, amigos/as y compañeros/as de terapia ocupacional su apoyo diario. Especialmente, a mis padres por ofrecerme los recursos necesarios para poder formarme y llegar hasta aquí, y a mis amigas Marina Vázquez y Julia Vilas por apoyarme en los buenos y malos momentos, por compartir nuestro proceso de aprendizaje en las diferentes etapas de la vida y por pasar juntas el camino hacia el futuro profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Gallego de Estadística [Internet]. Galicia: Instituto Gallego de Estadística; 2020 [Acceso el 04/04/2020]. Sección: poboación segundo sexo e idade. Disponible en: <https://www.ige.eu>
2. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2018 [Acceso el 04/04/2020]. Sección: Salud autopercebida. Disponible en: <https://www.ine.es>
3. Cruz Roja Española. Qué significa ser una cuidadora y cuidador. Cruz Roja Española. Guía Básica para Cuidadores. Madrid. 6-9. Disponible en: <http://www.cruzroja.es>
4. Instituto Gallego de Estadística [Internet]. Galicia: Instituto Gallego de Estadística; 2020 [Acceso el 06/04/2020]. Sección: Cuidadores de personas con dependencia por sexo y edad. Galicia. Disponible en: <https://www.ige.eu>
5. Fundación Peré Tarrés [Internet]. Personas cuidadoras no profesionales: Evaluación de la calidad de vida, perfiles prevalentes y nuevas situaciones [Acceso el 2/03/2020]. Disponible en: <https://view.genial.ly>
6. IMSERSO [Internet]. 2006 [Acceso el 15/05/2020]. Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>
7. Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad). Cuidados a personas dependientes prestados por mujeres: valoración económica [Internet] 2008. [Acceso el 09/02/2020]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es>
8. Jefatura del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado. 2006;(299):44142–56.
9. Teresa Martínez Rodríguez. Centros de atención diurna para personas mayores: Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia. 12. Madrid: Médica Panamericana; 2010. 15-22.
10. IMSERSO [Internet]. Personas beneficiarias y prestaciones.

- 2019;946. Disponible en: <https://www.imserso.es>
11. Seguridad Social. Convenio Especial De Cuidadores No Profesionales De Personas En Situación De Dependencia [Internet] 2015 [Acceso el 08/04/2020];1. Disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es>
 12. Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. Seguridad Social: Afiliación [Internet]. 2019 [Acceso el 06/04/2020] Disponible en: <http://www.seg-social.es>
 13. Dependencia S. rogero garcía, J. (2010): “Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores”. Madrid: IMSERSO. 30. Cuadernos de Relaciones Laborales. 2012. 266–269.
 14. Martín-Carrasco M, Domínguez-Panchón AI, Muñoz-Hermoso P, González-Fraile E, Ballesteros-Rodríguez J. Instrumentos para medir la sobrecarga en el cuidador informal del paciente con demencia. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2013 [Acceso el 06/03/2020];48(6):276–84. DOI: 10.1016/j.regg.2013.06.002
 15. Yanguas J, Leturia FJ, Leturia M. Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2000 [Acceso al 13/03/2020];(76):23–32. Disponible en: <http://www.redalyc.org>
 16. Bodalo-Lozano E. Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. Portularia [Internet]. 2010 [Acceso al 09/03/2020];10(1):85–97. DOI:10.5218/prts.2010.0007
 17. Artaza I, Ramos P, González J, Martínez D. Estudio de investigación sociosanitaria sobre cuidadores de personas mayores dependientes. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2016 [Acceso al 10/03/2020];1–36. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es>
 18. World Federation Occupational Therapy [internet] . Salud Global: Informando la práctica de Terapia Ocupacional. 2014 [Acceso el 06/04/2020];1–3. Disponible en: <https://www.wfot.org>
 19. Rosa C, Padín M, Ríos R, Rico P, Adriana C, Álvarez Á, et al. Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional : Dominio y Proceso

Adaptación al español del documento : American Occupational
Publicación y Divulgación : terapia ocupacional : Dominio y Proceso.
2010;1–92.

20. Donovan M Lou, Corcoran MA, Clave P. Description of dementia caregiver uplifts and implications for occupational therapy. *Am J Occup Ther* [Internet]. 2010 [Acceso el 07/04/2020] 64(4):590-595 DOI: 10.5014/ajot.2010.09064
21. World Federation of Occupational Therapists [Internet] Posicionamiento WFOT: Terapia Ocupacional y Derechos Humanos (revisada). 2019 [Acceso el 07/04/202];1–2. Disponible en: www.wfot.org
22. Durocher E, Gibson BE, Rappolt S. Occupational Justice: A Conceptual Review. *J Occup Sci* [Internet]. 2019 [Acceso al 09/02/2020];0(0):1–13. DOI: 10.1080/14427591.2013.775692
23. Graff MJL, Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Olderrikkert G. Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. *J Gerontol Med Sci* [Internet]. 2007 [Acceso el 09/05/2020];62(9):1002–9. Disponible en: <https://academic.oup.com>
24. Hernandez R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M del P. Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa [Internet]. *Metodología de la investigación*. 2010 [Acceso al 11/03/2020] 76–88. Disponible en: <http://www.casadellibro.com>
25. Charen L. Snelson. Qualitative and mixed methods social media research: a review of the literature. *IJQM* [Internet]. 2016 [Acceso el 06/03/2020] 1-15. DOI: 10.1177/1609406915624574
26. Olabuénaga JIR. *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto; 2012. 342.
27. Flick U. *El diseño de Investigación cualitativa*. Madrid: Morata; 2015.
28. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

- Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2018;119778–857. Disponible en: <https://www.boe.es>
29. EQ-5D [Internet]. EuroQol Group. 2009 [Acceso el 09/04/2020].
Cuestionario de Salud: Versión en español para España. Disponible en: <https://euroqol.org>
 30. Gerrish K, Lacy A. Investigación en enfermería. 5ª ed. Madrid. Mc Graw Hill; 2008.
 31. Mercedes M, Sebastián V, Latorre MA, Sánchez E, Doctor En I, Profesor E. Encuesta Nacional de Salud España 2011/12. Inf monográficos. 2014;1–82. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es>
 32. Zarit S, Reeve K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist [Internet] 1980 [Acceso el 30/02/2020];20:649-655. DOI: 10.1093/geront/20.6.649.
 33. Fundación La Caixa [Internet]. España. 2010 [Acceso el 21/02/2020].
Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=NcBEHaCddH0&t=2s>
 34. Martínez LA. La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. Rev Perfiles Lib [Internet]. 2007 [Acceso el 09/02/2020];4:73–80. Disponible en: <http://www.ulibertadores.edu.co:8089>
 35. Norëa AL, Alcaraz-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan [Internet]. 2012 [Acceso el 07/03/2020];12(3):263–74. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co>
 36. Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia de Galicia. Disponible en: <http://acis.sergas.es>
 37. Hachtel Y, Brandt LC, Ashe AM, Estes J, Foster LJ, Winistorfer WL, et al. Occupational therapy code of ethics (2015). Am J Occup Ther. 2015 [Acceso el 20/04/2020];69:1–8. Disponible en: <http://ajot.aota.org>
 38. World Federation of Occupational Therapists. Code of Ethics. Ethical

- Core of Occupational Therapy. 2016;1–2. Disponible en: www.wfot.org
39. Jenson J, Jacobzone S. Care allowances for the frail elderly and their impact on women care-givers. OECD [Internet] 2000 [Acceso el 09/03/2020]. (41). DOI:10.1787/414673405257
 40. Espín AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cuba Salud Pública [Internet] 2008 [Acceso el 05/03/2020];34(3):1–12. DOI: 10.1590/S0864-34662008000300002
 41. Bastida JD, Esteve MN, Font SJ, Eickhoff AF. Relation between the burnout and the quality of life of the caregiver of persons with dementia. Gerokomos [Internet]. 2016 [Acceso el 07/04/2020];27(1):19–24. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n1/05_revision_04.pdf
 42. Huang MF, Huang WH, Su YC, Hou SY, Chen HM, Yeh YC, et al. Coping Strategy and Caregiver Burden among Caregivers of Patients with Dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen [Internet]. 2015 [Acceso el 06/05/2020];30(7):694–8. DOI: 10.1177/1533317513494446.
 43. Hijuelos NA, Ortiz A, Bolaños C, Tun JA, Salgado H, Arcila RR, Padilla E. Desempeño ocupacional y satisfacción de los cuidadores primarios informales de pacientes con limitación en la actividad. RICS Rev Iberoam las Ciencias la Salud [Internet]. 2018 [Acceso el 23/03/2020];7(13):1–32. DOI: 10.23913/rics.v7i13.58
 44. TOG: Agulló JM, Paredes-Carbonell JJ, García-Alandete J. Roles e intereses familiares cuidadores de personas diagnosticadas con enfermedad de Alzheimer. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2019. [Acceso el 09/05/2020]; 16(29): 9-19. Disponible en: <https://www.revistatog.es>
 45. Moya-Martínez P, Escribano-Sotos F, Pardo-García I. La participación en el mercado laboral de los cuidadores informales de personas mayores en España. Innovar [Internet]. 2012 [Acceso el

- 09/04/2020];22(43):55–66. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co>
46. Torres J, Romeo J, Linares del Río C, Carrasco M, Ubis J, Nieva F. Jornadas de Salud Mental y Rehabilitación Psicossocial [Internet]. 2016 [Acceso el 09/03/2020];(214)22–3. Disponible en: <http://www.informacionespsiquiatricas.com>
 47. Carretero S, Garce J, Ro F, Sanjose V. La carga del cuidador informal de personas dependientes. Archivos de Gerontología y Geriátria: Teoría y revisión empírica. Elsevier [Internet] 2008 [Acceso el 03/04/2020]49:74–9. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es>
 48. Fonseca M, Roseni M, Sena R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. Rev Bras Enferm [Internet]. 2008 [Acceso el 02/03/2020]61(6):801–8. DOI:10.1590/S0034-71672008000600002.
 49. López J, Crespo M, Zarit SH. Assesment of the efficacy of a stress management program for informal caregivers of dependent older adults. Gerontologist [Internet]. 2007[Acceso el 09/03/2020];47(2):205–14. DOI: 10.1093/geront/47.2.205
 50. Coelho M, Dixe R, Fernanda L, João T, Coelho T, Areosa C, Querido A. Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. BMC Geriatrics [Internet] 2019 [Acceso el 15/04/2020];1–9. DOI: 0.1186/s12877-019-1274-0
 51. Janse B, Huijsman R, Fabbricotti N. A quasi-experimental study of the effects of an integrated care intervention for the frail elderly on informal caregivers satisfaction with care and support. BMC Health Services Research [Internet] 2014 [Acceso el 10/03/2020]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com>
 52. Amedola F, Oliveira M, Alvarenga M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa Saúde da Família. Enfermagem [Internet]. 2008 [Acceso el 06/02/2020]; 7 (2) 266-272. DOI: 10.1590/S0104-07072008000200007.
 53. Araújo, I. M, Paul, C.; Martins, M. Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. Ciência, Cuidado e Saúde.

- Maringá [Internet]. 2009 [Acceso el 23/04/2020]; 8(2) 191-197.DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v8i2.8198
54. Legg L, Weir CJ, Langhorne P, Smith LN, Stott DJ. Is informal Caregiving Independently Associated With Poor Health? A Population Based Study. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2013 [Acceso el 08/04/2020];95–7. DOI: 10.1136/jech-2012-201652.
 55. Méndez I, Secanilla E, Martínez J, Navarro J. Comparative Study of Burnout in Professional Caregivers of Institutionalized Elderly with Dementia and other Diseases. *Eur J Investig Heal Psychol Educ* [Internet]. 2011 [Acceso el 09/02/2020];1(2):61–70. DOI: 10.30552/ejihpe.v1i2.17
 56. Gaugler J, Zarit S y Pearlin L. Caregiving and institutionization: perceptions of family conflict and socioemotional support. *Int'l. J* [Internet] 1999 [Acceso el 09/04/2020]. 49 (1), 1-25.DOI: 10.2190/91A8-XCE1-3NGX-X2M7
 57. Palenzuela DL, Campos FR, Calvo B, Contador. Un enfoque multidimensional de control basado en que el papel de optimismo en el uso de los Servicios de guardería Demencia. *Ame J Alzheimer* [Internet] 2013 [Acceso el 07/03/2020]. DOI: 10.1177 / 1533317513494439
 58. Preez JD, Millateed J, Marqués R, Richmand J. The role of adult day services in supporting the occupational participation with Dementia and their carers: an integrative review. *Healthcare* [Internet]. 2018 [Acceso el 12/04/2020]; 6(2):43. Disponible en: <https://www.mdpi.com>
 59. Hernández M, Rivera J. El cuidador informal de personas mayores institucionalizadas: análisis de la relación y consecuencias del suministro de apoyo. *Trab Soc Hoy* [Internet]. 2018 [Acceso el 03/04/2020];85:65–86. DOI:10.12960/TSH.2018.0016.

ANEXO I: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Tabla II: Referencias bibliográficas

BASES DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS OBTENIDOS
PubMed	"caregivers" AND "aged" AND "adult day care center"	23
PubMed	"caregivers" AND "aged" AND "occupational therapy"	83
OTSeeker	"Informal caregiver" AND "older adults"	7
Dialnet	"cuidador informal" AND "personas mayores"	193
Scopus	("informal caregiver" OR "carer") AND "quality of life" AND "older adult"	147
Web of Science	("informal caregiver" OR "carer") AND Aged	104
Web of Science	("informal caregiver" OR "carer") AND "Aged" AND "occupational therapy"	5
LILACS	"cuidadores informales" AND "personas mayores"	13

En la *estrategia de búsqueda* los términos empleados han sido: "informal caregiver-carer/cuidador informal-cuidador", "older adults-aged-frail elderly/personas mayores", "occupational therapy", "day-care center/centro de día", "occupational performance/desempeño ocupacional". Estos descriptores se han combinado a través del operador booleano "AND". En la tabla II se detalla de modo específico como ha sido la búsqueda. Los idiomas en los que se ha realizado la búsqueda bibliográfica han sido español, inglés y portugués. No se ha establecido fecha límite de publicación (Ver *Tabla II: Referencias bibliográficas*).

ANEXO II: HOJA DE REGISTRO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

CUESTIONARIO/HOJA DE REGISTRO

Datos sociodemográficos

• Edad		
•		• Sexo
		Hombre
		Mujer
•		• Estado civil
		Soltero/a
		Casado/a
		Separado/a
		Divorciado/a
		Viudo/a
		Pareja de hecho
•		• Grado de parentesco con la/s persona/s que presta los cuidados
		Hijo/a
		Sobrino/a
		Nieto/a
		Auxiliar
		Otro (Indicar cuál)
•		• Nivel de estudios
		Sin estudios
		Estudios básicos (primaria)
		Educación secundaria/EGB
		Bachillerato
		Estudios de grado (universidad)
•		• Actividad laboral
		Trabajador/a

		Jubilado/a
		Desempleado/a
		En paro
•		• Puesto laboral
		Autónomo/a
		Asalariado/a
		Nombrar la profesión actual:
•		• ¿Tiene algún problema de salud?
		Sí
		No
		En el caso de que la respuesta sea afirmativa, indique cual:

Situación actual tras la incorporación de la persona que cuida al Centro de día

•	Actividades a las que dedica más tiempo
	Ocio y tiempo libre
	Trabajo
	Arreglo y cuidado personal
	Participación social en la comunidad
	Cuidado de otros
	Descanso y sueño
•	Actividades a las que dedica menos tiempo
	Ocio y tiempo libre
	Trabajo
	Arreglo y cuidado personal
	Participación social en la comunidad
	Cuidado de otros
	Descanso y sueño
•	Grado de satisfacción en relación a las actividades que suele realizar en su día a día
	Nada satisfecho
	Algo satisfecho

	Ni satisfecho ni insatisfecho
	Satisfecho
	Muy satisfecho

Periodo previo a la incorporación de la persona cuidada al Centro de día

• Actividades a las que dedicaba más tiempo	
	Ocio y tiempo libre
	Trabajo
	Arreglo y cuidado personal
	Participación social en la comunidad
	Cuidado de otros
	Descanso y sueño
• Actividades a las que dedicaba menos tiempo	
	Ocio y tiempo libre
	Trabajo
	Arreglo y cuidado personal
	Participación social en la comunidad
	Cuidado de otros
	Descanso y sueño
• Grado de satisfacción en relación a las actividades que suele realizar en su día a día	
	Nada satisfecho
	Algo satisfecho
	Ni satisfecho ni insatisfecho
	Satisfecho
	Muy satisfecho

Otras cuestiones

• ¿Qué le aporta el cuidado de la persona mayor?	
	Experiencias positivas
	Experiencias negativas
	Ni experiencias positivas ni experiencias negativas
• ¿Tiene algún tipo de formación específica en el cuidado?	
	Sí

	No
En el caso de que la respuesta sea sí, indique que tipo de formación:	
• ¿Tiene algún tipo de experiencia previa en el cuidado?	
	Sí
	No
En el caso de que la respuesta sea afirmativa, indique el tipo de experiencia (A nivel personal, trabajo, etc.):	

Datos en relación con la persona cuidada

• Diagnóstico de la persona cuidada:
• Edad de la persona cuidada:

ANEXO III: ESCALA SOBRECARGA ZARIT

TEST SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR (ZARIT Y ZARIT, 1982)

Tabla XI: Test sobrecarga del cuidador (Zarit, 1982)

0 Nunca 1 Rara vez 2 Algunas veces 3 Bastantes veces 4 Casi siempre

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita	
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?	
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?	
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?	
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
22. Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	

Zarit, S.H. et al Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980; 20:649-655

ANEXO IV: CONSENTIMIENTO DE USO DEL GRUPO EUROQOL-5D-5L



Dear Ms. Uxía Paredes Maseda ,

Thank you for your registration.

The study / project titled "Analysis of the occupational performance of caregivers of elderly people in a situation of dependence and who go to a Day Centre." you registered fulfils the conditions for you to use the requested version(s) free of charge.

Below you find our Terms of Use. We will provide you with the requested versions free of charge once we have received your agreement with our Terms of Use. You can indicate your agreement by pressing the green "Agree" button below. If you do not agree, please press "Disagree".

If you have any questions please contact us by sending an email to userinformationservice@euroqol.org.

Thank you in advance.

ANEXO V: GUIÓN DE ENTREVISTA

GUIÓN ENTREVISTA

Buenos días, ¿Cómo se encuentra? A continuación, y si usted considera oportuno, vamos a conversar sobre el proceso y rol que usted desempeña como cuidadora de la/s persona/s a la/s que cuida/s. Podremos pausar o finalizar esta entrevista cuando usted lo considere oportuno, así como rechazar contestar a aquellas cuestiones que no le parezcan convenientes.

Previamente me gustaría saber cuál es su percepción acerca de la etapa de la tercera edad y de las personas mayores, y saber si esta visión ha cambiado tras asumir el rol de cuidador/a.

Situación actual tras la incorporación de la persona que cuida al centro de día (cambios que se observan tanto en la salud, vida diaria de la persona que cuida, y sobre la persona cuidada).

- a. ¿Cuál es su grado de parentesco con la/s persona/s a la/s que presta los cuidados? ¿Cómo ha influido la incorporación de la persona a la que cuida al centro de día con respecto al tiempo que dedicaba o dedica a su cuidado? ¿En general ha influido positiva o negativamente? ¿Y dicha incorporación como ha influido en relación al vínculo que tienen?
- b. ¿Ha detectado u observado algún cambio en la calidad de vida de la persona a la que cuida tras su incorporación al centro de día? ¿Y a qué cree que se debe? En caso afirmativo, describa cuáles (calidad de vida, conducta...).
- c. ¿Dispone de otro tipo de ayuda en relación a la prestación de sus cuidados? En caso afirmativo, describa cuáles (económica, apoyo de otros familiares/amigos).
- d. ¿Cómo ha influido la incorporación al centro en cuanto a su rol de cuidador; qué le aporta? (En la situación en la que se encuentra ahora mismo, cuénteme como vivencia la sobrecarga del cuidado, y si para usted supone la misma responsabilidad).
- e. ¿En qué sentido le ha ayudado el centro de día en cuanto a la distribución de su tiempo libre? ¿Cómo ha influido la incorporación al centro de la persona que cuida con relación a su motivación e interés para realizar actividades de ocio? Cuénteme si ha cambiado algo o la situación es similar a cuando no acudía al centro de día.
- f. ¿Está trabajando remuneradamente en la actualidad? En caso afirmativo, describa en qué modo le influye sobre su situación laboral. Cuénteme si ha cambiado algo o la situación es similar a cuando no acudía al centro de día.
- g. ¿Cómo todo esto le influye sobre su autocuidado? ¿Cómo influye sobre su salud emocional y física? Cuénteme si ha cambiado algo o la situación es similar a cuando no acudía al centro de día.
- h. ¿Qué cualidades destacaría de sí mismo como cuidador?

Periodo previo a la incorporación de la persona cuidada al centro de día (conocer sobre el comienzo del rol de cuidador y los motivos que llevan a asumir ese rol y cómo toma la decisión de que se incorpore a un centro de día).

- a. ¿Cómo ha sido su relación con la persona que cuida?

- b. ¿Cómo recuerda el momento en el que usted asume el rol de cuidador principal? ¿Cómo ha impactado en su vida el rol de cuidador?
- c. ¿Cómo era el estado de la salud de la persona a la que usted cuida antes de su incorporación al Centro?
- d. ¿Presentaba algún tipo de limitación? En caso afirmativo ¿Cómo influían las limitaciones en su autonomía personal cuando no recibía el asesoramiento y apoyo de los servicios que presta el Centro?
- e. Hablemos ahora de usted. En cuanto a su tiempo de ocio, tiempo libre y al ámbito laboral ¿Cómo era un día normal para usted antes de la incorporación de la persona cuidada al centro?
- f. Cuénteme como el cuidado ha influido sobre su salud, ya sea a nivel emocional, físico, psicológico...
- g. ¿Cuál ha sido el motivo de elección y de haber solicitado plaza en un centro de día? ¿Y haberse decantado por éste, concretamente? ¿Cuál es su grado de satisfacción con el mismo? ¿Cómo cree que le podríamos seguir ayudando desde el centro de día?

Preguntas transversales sobre la concepción del cuidado.

- a. ¿Qué tipo de dificultades o barreras se ha podido encontrar para desempeñar el rol de cuidador?
- b. ¿Cómo ha influido el rol de cuidador sobre su entorno próximo (familia, amigos)?
- c. ¿Tiene algún tipo de experiencia en el cuidado a nivel formativo o a nivel personal? En caso afirmativo describa cual (grupos de ayuda mutua, estudios, experiencia previa en el cuidado de otra persona, etc.)
- d. ¿Le gustaría realizar otro tipo de actividades con otros cuidadores que se encuentran en su situación? En caso afirmativo describa cuáles, pues su opinión es muy relevante para enfocar la intervención y planificar los talleres.

Esto es todo. ¡Muchas gracias por su colaboración! Ha sido de gran ayuda. Pronto me pondré en contacto con usted para informarle de alguna actividad que llevaremos a cabo en el Centro de Día por si quiere participar. Hasta pronto.

ANEXO VI: HOJA DE INFORMACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

HOJA DE INFORMACIÓN AL CENTRO DE DÍA [REDACTED]

Título del estudio: Análisis del desempeño ocupacional de personas cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia y que acuden a un Centro de Día.

Investigador/a: Uxía Paredes Maseda, [REDACTED], estudiante de cuarto curso del Grado de Terapia Ocupacional en la Universidad de A Coruña.

El **principal objetivo de este documento** es informar a la dirección del [REDACTED], así como la responsable del Plan de Intervención Social de esta Institución sobre el estudio de investigación que se pretende realizar, para el cual se solicita la autorización a la entrada al campo, con el fin de llevar a cabo un trabajo de investigación. Este estudio forma parte del Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña. Está tutorizado por las terapeutas ocupacionales del Plan de Estudios del Grado de Terapia Ocupacional Lorena López Rodríguez y María del Carmen Miranda Duro.

La participación en este estudio es de carácter voluntario. Las personas pueden decidir si participar o no, en caso de aceptar, a lo largo del proceso los participantes se pueden retirar en cualquier momento.

¿Cuál es el propósito del estudio?

Con este estudio la investigadora pretende analizar el desempeño ocupacional de los cuidadores no profesionales que se hacen cargo de personas mayores en situación de dependencia y que asisten a un Centro de Día.

¿A quién va destinado este estudio?

Los participantes serán elegidos en base a unos criterios de inclusión establecidos por la investigadora, es decir, que sean personas cuidadoras de usuarios mayores de 65 años que acuden al Centro de Día (ya sean miembros de la unidad familiar o que tengan algún tipo de vínculo con las personas mayores).

Las personas que estén interesadas en participar podrán hacerlo mediante la firma del consentimiento informado. La participación a lo largo de todo el estudio es completamente voluntaria.

¿En qué consiste la participación de las personas que estén interesadas?

La participación en el estudio principalmente será a través de:

- La escala EuroQol-5D (30 minutos de duración).
- Escala de carga del cuidador de Zarit (30 minutos de duración).
- Un cuestionario elaborado por la investigadora (15 minutos de duración).
- Una entrevista individualizada y semiestructurada elaborada por la investigadora (60 minutos de duración).

En función de los resultados de la evaluación, hay diferentes posibilidades para llevar a cabo una posible intervención:

- Establecer un grupo de discusión o una charla coloquio con los participantes del estudio.
- Realizar diversas actividades artísticas.

- Ofrecerles las herramientas o técnicas que se crean oportunas después de analizar los datos recopilados en la evaluación.

¿Qué molestias o inconvenientes tiene la participación en el estudio?

El estudio no conlleva ningún tipo de riesgo ni inconveniente para la salud, ya que simplemente se realizará una evaluación a través de una entrevista, cuestionario y herramientas de evaluación. Además, de una posible intervención a través de las charlas coloquio o se aportara la información a los participantes que se crea conveniente tras analizar los datos obtenidos en la evaluación. Si se conociese nueva información relevante relacionada con los riesgos o inconvenientes, se le trasmitirá al participante para que decida abandonar o continuar en el estudio.

¿Los participantes obtendrán algún beneficio por participar?

No se espera que obtengan ningún beneficio directo por participar en este estudio. El único beneficio que se busca es la utilidad de los resultados que se obtengan para una posterior aplicación a la práctica sobre el tema investigado.

¿Se publicarán los datos de este estudio?

Los resultados de la investigación podrán ser enviados a diferentes publicaciones científicas, ya que se pretende su máxima difusión. En ningún caso se añadirán datos personales que posibiliten su identificación, ya que son anónimos. Además, este estudio será presentado ante un tribunal con la finalidad de evaluar el Trabajo de Fin de Grado llevado a cabo por la investigadora.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de los datos de los participantes?

Los datos que se obtengan serán codificados y manejados con la máxima confidencialidad, cumpliendo con lo descrito en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales. La investigadora será la única persona que pueda acceder a los datos recogidos en el estudio, se transmitirá a terceras personas toda aquella información que no pueda identificarse. El participante podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos en el momento en el que lo desee. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

No, esta investigación forma parte de un trabajo de fin de grado. La investigadora principal no será remunerada por las actividades de captación y seguimiento de los participantes ni recibirá retribución específica por la dedicación al estudio. Los participantes no serán retribuidos por participar, y no se derivarán los resultados del estudio a productos comerciales.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Usted puede contactar con Uxía Paredes Maseda en la dirección electrónica [REDACTED], y en el teléfono [REDACTED]

Muchas gracias por su colaboración.

Fdo.: Uxía Paredes Maseda

ANEXO VII: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

- **Título del estudio:** Análisis del desempeño ocupacional de personas cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia y que acuden a un Centro de Día.
- **Investigador/a:** Uxía Paredes Maseda, con [REDACTED], estudiante de cuarto curso del Grado de Terapia Ocupacional en la Universidad de A Coruña.

Yo, _____ como director/a del

[REDACTED]

Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con Uxía Paredes Maseda y hacer todas las preguntas necesarias sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mi relación con el centro.

Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Presto libremente mi conformidad para que se lleve a cabo este estudio de investigación

Fdo.: La Directora [REDACTED]
solicita el consentimiento

Fdo: la investigadora

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

ANEXO VIII: HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

HOJA DE INFORMACIÓN AL/LA PARTICIPANTE

Título del estudio: Análisis del desempeño ocupacional de personas cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia y que acuden a un Centro de Día.

Investigador/a: Uxía Paredes Maseda, con [REDACTED], estudiante de cuarto curso del Grado de Terapia Ocupacional en la Universidad de A Coruña.

El **principal objetivo de este documento** es ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio fue aprobado por la dirección del Centro de Día Cruz Roja A Coruña. Forma parte del Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña. Está tutorizado por las terapeutas ocupacionales del Plan de Estudios del Grado de Terapia Ocupacional Lorena López Rodríguez y María del Carmen Miranda Duro.

La participación en este estudio es de carácter voluntario. Usted puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con el centro.

¿Cuál es el propósito del estudio?

Con este estudio la investigadora pretende analizar el desempeño ocupacional de los cuidadores no profesionales que se hacen cargo de personas mayores en situación de dependencia y que asisten a un Centro de Día.

¿A quién va destinado este estudio?

Los participantes serán elegidos en base a unos criterios de inclusión establecidos por la investigadora, es decir, que sean personas cuidadoras de usuarios mayores de 65 años que acuden al Centro de Día (ya sean miembros de la unidad familiar o que tengan algún tipo de vínculo con las personas mayores).

Las personas que estén interesadas en participar podrán hacerlo mediante la firma del consentimiento informado. La participación a lo largo de todo el estudio es completamente voluntaria.

¿En qué consiste la participación de las personas que estén interesadas?

La participación en el estudio principalmente será a través de:

- La escala EuroQoL-5D (30 minutos de duración).
- Escala de carga del cuidador de Zarit (30 minutos de duración).
- Un cuestionario elaborado por la investigadora (15 minutos de duración).
- Una entrevista individualizada y semiestructurada elaborada por la investigadora (60 minutos de duración).

En función de los resultados de la evaluación, hay diferentes posibilidades para llevar a cabo una posible intervención:

- Establecer un grupo de discusión o una charla coloquio con los participantes del estudio.
- Realizar diversas actividades artísticas.

Ofrecerles las herramientas o técnicas que se crean oportunas después de analizar los datos recopilados en la evaluación.

¿Qué molestias o inconvenientes tiene la participación en el estudio?

El estudio no conlleva ningún tipo de riesgo ni inconveniente para la salud, ya que simplemente se realizará una evaluación a través de una entrevista, cuestionario y herramientas de evaluación. Además, de una posible intervención a través de las charlas coloquio o se aportara la información a los participantes que se crea conveniente tras analizar los datos obtenidos en la evaluación. Si se conociese nueva información relevante relacionada con los riesgos o inconvenientes, se le transmitirá al participante para que decida abandonar o continuar en el estudio.

¿Los participantes obtendrán algún beneficio por participar?

No se espera que usted obtenga ningún beneficio directo por participar en este estudio. El único beneficio que se busca es la utilidad de los resultados que se obtengan para una posterior aplicación a la práctica sobre el tema investigado.

¿Se publicarán los datos de este estudio?

Los resultados de la investigación podrán ser enviados a diferentes publicaciones científicas, ya que se pretende su máxima difusión. En ningún caso se añadirán datos personales que posibiliten su identificación, ya que son anónimos. Además, este estudio será presentado ante un tribunal con la finalidad de evaluar el Trabajo de Fin de Grado llevado a cabo por la investigadora.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de los datos de los participantes?

Los datos que se obtengan serán codificados y manejados con la máxima confidencialidad, cumpliendo con lo descrito en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales. La investigadora será la única persona que pueda acceder a los datos recogidos en el estudio, se transmitirá a terceras personas toda aquella información que no pueda identificarse. Usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos en el momento en el que lo desee. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

No, esta investigación forma parte de un trabajo de fin de grado. La investigadora principal no será remunerada por las actividades de captación y seguimiento de los participantes ni recibirá retribución específica por la dedicación al estudio. Los participantes no serán retribuidos por participar, y no se derivarán los resultados del estudio a productos comerciales.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Usted puede contactar con Uxía Paredes Maseda en la dirección electrónica [REDACTED], y en el teléfono [REDACTED].

Muchas gracias por su colaboración.

Fdo.: Uxía Paredes Maseda

ANEXO IX: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PARTICIPANTE

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

- **Título del estudio:** Análisis del desempeño ocupacional de personas cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia y que acuden a un Centro de Día.
- **Investigador/a:** Uxía Paredes Maseda, con [REDACTED], estudiante de cuarto curso del Grado de Terapia Ocupacional en la Universidad de A Coruña.

Yo, _____

Leí la hoja de información al centro de día [REDACTED], pude conversar con Uxía Paredes Maseda y hacer todas las preguntas necesarias sobre el estudio.

Comprendo que la participación es voluntaria, y que los participantes pueden retirarse del estudio cuando quieran, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en su relación con el centro.

Accedo a que se utilicen los datos de los participantes en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Presto libremente mi conformidad para que se lleve a cabo este estudio de investigación

Fdo.: el/la participante

Fdo: la investigadora que solicita consentimiento

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos: Uxía Paredes Maseda

Fecha:

Fecha:

ANEXO X: RELACIÓN ENTRE OBJETIVOS Y RESULTADOS

Tabla XII: Relación entre objetivos y resultados

OBJETIVO	TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS UTILIZADA	RESULTADO
Obj 1. Definir el perfil de personas cuidadoras de personas dependientes que acuden a un centro de día y su concepto sobre la vejez	Registro variable sociodemográficas + entrevista semiestructurada + diario de campo	Categoría 1 + perfil de las personas cuidadoras
Obj 2. Analizar el desempeño ocupacional de las personas cuidadoras en los momentos previos y posteriores de la incorporación al centro de día de un familiar en situación de dependencia	Entrevista semiestructurada + diario de campo	Categoría 2 y 3
Obj 3. Explorar como han vivenciado las personas cuidadoras su rol como cuidador de una persona en situación de dependencia.	Entrevista semiestructurada y diario de campo	Categoría 3,4 y 5
Obj 4. Analizar la calidad de vida y la sobrecarga de las personas cuidadoras	EuroQol-5D-5L y Zarit	Datos obtenidos de las escalas. Perfiles de cuidadores + nivel de sobrecarga + influencia en su calidad de vida
Obj 5. Conocer el impacto que tienen los centros de día en la vida de las personas cuidadoras.	Entrevista semiestructurada y diario de campo	Categoría 6

ANEXO XI: CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DE LOS RESULTADOS CUALITATIVOS

Tabla XIII: Categorías y subcategorías de los resultados cualitativos

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
1: El concepto de las personas cuidadoras sobre la persona mayor	
2: Desempeño ocupacional de las personas cuidadoras	2.1 La importancia del arreglo e higiene personal 2.2 El valor del tiempo de ocio 2.3 Prestación de cuidados en la transición del trabajo a la jubilación
3: El tiempo dedicado al cuidado	3.1 La importancia del tiempo en la adaptación al rol de cuidador
4: Apoyos relacionados con el cuidado	4.1 Adaptación del hogar 4.2 La implicación y el apoyo familiar 4.3 Ayudas económicas y prestación de cuidados 4.4 Grupos de autoayuda y escuela de cuidadores
5: Género y la prestación de los cuidados	
6: El valor del centro de día y su relación con el rol de cuidador	6.1 La sobrecarga y/o responsabilidad sobre el cuidado 6.2 Calidad de vida: Personas cuidadoras, persona mayor dependiente 6.3 Mejora del vínculo familiar 6.4 Cambio a residencia

ANEXO XII: LISTADO DE ABREVIATURAS

Tabla XIV: Listado de abreviaturas

OMS	Organización Mundial de la Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
IGE	Instituto Gallego de Estadística
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
SAAD	Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia
ApS	Aprendizaje-Servicio
EPVI	Estancias Prácticas VI
EPVII	Estancias Prácticas VII
EQ-5D-5L	EuroQol-5D-5L
EVA	Escala Visual Analógica
IVES	Índice de Valor Social para cada Estado de Salud
IS	Índice de Severidad
SPSS	Statistical Package for the Social Science
CAEI	Comité Autonómico de Ética de Galicia
AOTA	Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
OTSeeker	Occupational Therapy Seeker
LILACS	Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud
DC	Diario de Campo