



FACULTAD DE HUMANIDADES

DOCTORADO EN ENVEJECIMIENTO HUMANO

**SOBRECARGA DEL CUIDADOR  
INMIGRANTE NO PROFESIONAL FORMAL  
EN BARCELONA**

**Presentada por**

**Albert Gallart Fernández-Puebla**

**para optar al grado de Doctor**

**Dirigida por**

**Dra. Adelaida Zabalegui Yardo**

**Dr. Félix Cruz-Sánchez**

**Sant Cugat, Enero 2007.**



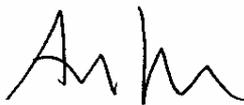
**DIRECTORES DE TESIS:**

Dra. Adelaida Zabalegui Yárnoz, Directora de Enfermería de la Universitat Internacional de Catalunya

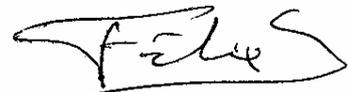
Dr. Félix Cruz-Sánchez, Director del Instituto de Neurociencias y del Envejecimiento Humano de la Universitat Internacional de Catalunya

**CERTIFICAN**

que la tesis “SOBRECARGA DEL CUIDADOR INMIGRANTE NO PROFESIONAL FORMAL EN BARCELONA”, presentada por el Licenciado en Humanidades por Ciencias de la Salud, Albert Gallart Fernández-Puebla para acceder al grado de Doctor, ha estado realizada bajo nuestra dirección y se encuentra en condiciones de estar leída.



Firmado, Dra. Adelaida Zabalegui Yárnoz



Dr. Félix Cruz-Sánchez

Sant Cugat, a 18 de Enero de 2.007



# Índice del proyecto de investigación.

1. Resumen . . . . .	xix
<i>Capítulo I. Introducción y estado actual del problema</i> . . . . .	1
1.1. Planteamiento del problema . . . . .	3
1.2. Relevancia del problema . . . . .	5
1.3. Revisión bibliográfica. Marco conceptual . . . . .	14
1.3.1. Antecedentes del problema . . . . .	14
1.3.2. Perfil de la persona cuidada . . . . .	19
1.3.3. Ayuda a la persona mayor dependiente: informal y formal . . . . .	24
1.3.4. Aproximación conceptual entre cuidador informal y no profesional formal . . . . .	27
1.3.5. El cuidado formal prestado por las administraciones . . . . .	29
1.3.6. El cuidador informal . . . . .	33
1.3.6.1. Perfil del cuidador informal . . . . .	36
1.3.7 Impacto y consecuencias de ser cuidador . . . . .	37
1.3.7.1. Teorías del impacto del cuidado sobre el cuidador . . . . .	37
1.3.7.2. Consecuencias en los cuidadores . . . . .	41
1.3.7.3. Principal consecuencia negativa del cuidador en el cuidado: El sentimiento de carga y el sentimiento de estar quemado . . . . .	43
1.3.7.4. Factores de relación de las consecuencias del cuidado en el cuidador de personas mayores dependientes . . . . .	47
1.3.8. Modelos para la solución y superación de las consecuencias negativas del cuidado a los mayores dependientes . . . . .	56
1.3.8.1. El apoyo informal secundario, una ayuda al cuidador principal . . . . .	57
1.3.8.2. El apoyo formal en la Unión Europea, España y Cataluña . . . . .	58
1.3.8.3. El cuidador no profesional formal y la inmigración . . . . .	63
1.3.9. El fenómeno de la inmigración . . . . .	67

1.3.9.1. Principales experiencias de gestión de la inmigración . . . . .	73
1.3.9.1.1. EEUU y la asimilación . . . . .	74
1.3.9.1.2. Francia y la integración . . . . .	75
1.3.9.1.3. Inglaterra y el multiculturalismo . . . . .	76
1.3.9.1.4. Alemania y la segregación . . . . .	78
1.3.9.2. Política común europea de inmigración . . . . .	78
1.3.9.3. Política española de la inmigración . . . . .	82
1.3.9.4. El modelo catalán de inmigración . . . . .	84
1.3.9.5. Los cuidadores, la cultura y la inmigración . . . . .	86
1.3.9.6. Integración del cuidador inmigrante no profesional formal (inmnoproff) .	88
<i>Capítulo II. Objetivos e hipótesis . . . . .</i>	91
2. Objetivos . . . . .	93
3. Hipótesis . . . . .	95
<i>Capítulo III. Metodología . . . . .</i>	97
4.1. Ámbito del estudio . . . . .	99
4.2. Diseño . . . . .	99
4.3. Sujetos en estudio . . . . .	99
4.3.1. Criterios de inclusión . . . . .	99
4.3.2. Criterios de exclusión . . . . .	100
4.3.3. Definición de individuos del grupo caso y del grupo control . . . . .	101
4.3.4. Cálculo de la muestra . . . . .	101
4.4. Variables . . . . .	105
4.4.1. Variable dependiente: la sobrecarga del cuidador inmnoproff . . . . .	105
4.4.2. Variables independientes. Variables del cuidador inmnoproff (principalmente el apoyo social, la calidad de vida y la integración) y de la persona cuidada (principalmente el estado físico, mental y cognoscitivo) . . . . .	105
4.5. Instrumentos de medida . . . . .	107

4.6. Procedimientos. Técnicas de muestreo y recogida de datos . . . . .	117
4.7. Análisis de los datos . . . . .	121
4.8. Limitaciones del estudio . . . . .	123
5. Plan de trabajo del proyecto de investigación . . . . .	125
5.1. Cronograma . . . . .	125
<i>Capítulo IV. Resultados</i> . . . . .	127
6.1. Análisis univariable . . . . .	129
6.1.1. Descripción del cuidador inmnoiproff . . . . .	129
6.1.2. Descripción de la persona cuidada . . . . .	144
6.2. Resultados de la relación entre la sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable dependiente y las variables independientes . . . . .	151
6.2.1. Resumen de resultados de las relaciones entre la sobrecarga de los cuidadores inmnoiproff y las distintas variables independientes . . . . .	153
6.2.2. Análisis bivariable entre la sobrecarga y las variables independientes . . . . .	158
6.2.2.1. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cualitativa dicotómica . . . . .	159
6.2.2.1.1. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cualitativa dicotómica frente a los factores cualitativos dicotómicos, politómicos y ordinales . . . . .	159
6.2.2.1.2. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cualitativa dicotómica frente a los factores cuantitativos de distribución discreta y no normal . . . . .	168
6.2.2.1.3. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cualitativa dicotómica frente a los factores cuantitativos de distribución normal . . . . .	169
6.2.2.2. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa . . . . .	170
6.2.2.2.1. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa frente a factores cualitativos dicotómicos . . . . .	170
6.2.2.2.2. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa frente a diversos factores cualitativos politómicos y ordinales . . . . .	172

6.2.2.2.3. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa discreta frente a factores de relación cuantitativos . . . . .	178
6.2.3. Análisis multivariable . . . . .	179
6.2.3.1. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cualitativa frente a diversos factores en el análisis multivariable . . . . .	179
6.2.3.2. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa frente a factores relacionados en el análisis multivariable . . . . .	183
6.3. Resultados del análisis bivariable tomando el apoyo social, la calidad de vida y la integración del cuidador inmnoiproff como variables dependiente frente a las variables independientes . . . . .	187
6.3.1. Significación estadística entre la variable dependiente del apoyo social y las variables independientes . . . . .	190
6.3.1.1. El apoyo social del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa frente a diversos factores cualitativos dicotómicos . . . . .	190
6.3.1.2. El apoyo social del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa frente a diversos factores cualitativos politómicos y ordinales . . . . .	191
6.3.1.3. El apoyo social del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa discreta frente a factores de relación cuantitativos . . . . .	193
6.3.2. Significación estadística entre la variable dependiente de la calidad de vida medioambiental y las variables independientes . . . . .	194
6.3.2.1. La calidad de vida medioambiental del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa frente a factores cualitativos dicotómicos . . . . .	194
6.3.2.2. La calidad de vida medioambiental del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa continua no normal frente a factores cuantitativos . . . . .	195
6.3.3. Significación estadística entre la variable dependiente integración en Cataluña y las variables independientes . . . . .	196

6.3.3.1. La integración del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa frente a factores cualitativos dicotómicos . . . . .	196
6.3.3.2. La integración del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa frente a factores cualitativos politómicos y ordinales . . . . .	197
6.3.3.3. Integración del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa discreta frente a factores cuantitativos . . . . .	199
<i>Capítulo V. Discusión</i> . . . . .	201
7. Discusión . . . . .	203
7.1. Perfil del cuidador inmnoiproff . . . . .	203
7.2. Perfil de la persona cuidada . . . . .	219
7.3. Factores relacionados con la sobrecarga del cuidador inmnoiproff . . . . .	225
7.3.1. El apoyo social del cuidador inmnoiproff frente a la sobrecarga . . . . .	225
7.3.2. La calidad de vida del cuidador inmnoiproff frente a la sobrecarga . . . . .	233
7.3.3. La integración del cuidador inmnoiproff frente a la sobrecarga . . . . .	241
7.3.4. La salud de la persona cuidada frente a la sobrecarga del cuidador inmnoiproff . . . . .	247
7.3.5. Variables sociodemográficas y variables relacionadas con el cuidado propiamente dicho frente a la sobrecarga del cuidador inmnoiproff . . . . .	250
7.3.6. Discusión sobre los resultados del análisis multivariable . . . . .	261
7.4. Factores de relación del apoyo social, la calidad de vida y la integración como variables dependientes . . . . .	263
7.4.1. El apoyo social del cuidador inmnoiproff como variable dependiente . . . . .	263
7.4.2. La calidad de vida del cuidador inmnoiproff como variable dependiente . . . . .	265
7.4.3. La integración del cuidador inmnoiproff como variable dependiente . . . . .	267
7.5. Resumen de la discusión y principales diferencias entre los factores de riesgo de la sobrecarga de los cuidadores inmnoiproff y los cuidadores informales . . . . .	272
<i>Capítulo VI. Conclusiones y recomendaciones</i> . . . . .	279
8. Conclusiones . . . . .	281
8.1. Recomendaciones . . . . .	283

8.1.1. Recomendaciones para la práctica profesional	283
8.1.2. Recomendaciones para futuras investigaciones	284
9. Referencias	285
10. Acrónimos y Abreviaturas	309
11. Anexos	311
11.1. Solicitud de realización del estudio	311
11.1.1. Solicitud autorización al comité de investigación de la Universidad Internacional de Catalunya. Anexo 1	311
11.1.2. Solicitud de autorización ética. Anexo 2	312
11.1.3. Solicitud de colaboración a empresas colaboradoras. Anexo 3	313
11.1.3.1 Listado de entidades colaboradoras. Anexo 4	314
11.2. Solicitud consentimiento informado	315
11.2.1. Solicitud del consentimiento informado al cuidador inmigrante. Anexo 5	315
11.2.2. Solicitud del consentimiento informado a la persona cuidada. Anexo 6	316
11.3. Instrumentos de medida	317
11.3.1. Cuestionario para el cuidador inmnoiproff y la persona cuidada. Anexo 7	317

## Índice de tablas, cuadros y figuras.

### Tablas.

Tabla I. Evolución de la dependencia en España del año 1.999 al año 2.006	23
Tabla II. Empleo de las ayudas a las personas dependientes mayores de 65 años en 15 días	31
Tabla III. Tipos de adaptación cultural	88
Tabla IV. País de procedencia del cuidador inmnoiproff	130
Tabla V. Tipo de convivencia del cuidador inmnoiproff	131
Tabla VI. Nivel de estudios del cuidador inmnoiproff	132
Tabla VII. Estancia y tiempo como cuidador del inmnoiproff	132
Tabla VIII. Número de horas/día como cuidador del cuidador inmnoiproff	134
Tabla IX. Fuente del cuidador inmnoiproff	134
Tabla X. Análisis descriptivo del apoyo social del cuidador inmnoiproff	137
Tabla XI. Opinión del cuidador inmnoiproff sobre la necesidad del catalán y las costumbres catalanas para tener amigos y cuidar	139
Tabla XII. Análisis descriptivo de la calidad de vida (WHOQOL-Bref rango: 0 a 100) del cuidador inmnoiproff	139
Tabla XIII. Estadísticos integración cuidador inmnoiproff	141
Tabla XIV. Porcentaje integración cuidador inmnoiproff	141
Tabla XV. Estadísticos integración básica cuidador inmnoiproff	141
Tabla XVI. Porcentaje integración básica cuidador inmnoiproff	141
Tabla XVII. Tiempo que espera estar en Cataluña el cuidador inmnoiproff	143
Tabla XVIII. Tipo de convivencia, estudios y empleo del catalán de la persona cuidada	146
Tabla XIX. Frecuencia y porcentaje de las respuestas personales de la persona cuidada	147
Tabla XX. Niveles de capacidad física y mental de la persona cuidada según escala de Cruz Roja	148
Tabla XXI. Estadísticos estado físico de la persona cuidada	149

Tabla XXII. Estadísticos estado mental de la persona cuidada . . . . .	150
Tabla XXIII. Sobrecarga como variable cualitativa dicotómica sobre factores cuantitativos continuos . . . . .	169
Tabla XXIV. Sobrecarga como variable cuantitativa (rango 22-110) sobre factores cualitativos dicotómicos . . . . .	171
Tabla XXV. Sobrecarga cuantitativa (rango 22-110) sobre factores cualitativos politómicos y ordinales . . . . .	174
Tabla XXVI. Relación entre la sobrecarga (escala Zarit con rango 22-110) con la edad del cuidador, el apoyo social, la calidad de vida y la integración . . . . .	178
Tabla XXVII. Modelos de la correlación logística de la sobrecarga del cuidador inmnoproff . . . . .	179
Tabla XXVIII. Coeficientes de regresión logística referentes a las variables que explican la sobrecarga del cuidador inmnoproff . . . . .	180
Tabla XXIX. Fuerza de las variables independientes sobre la sobrecarga (variable dependiente según regresión logística) . . . . .	182
Tabla XXX. Coeficientes de regresión lineal referentes a las variables que explican la sobrecarga del cuidador inmnoproff . . . . .	184
Tabla XXXI. Fuerza de las variables independientes sobre la sobrecarga según regresión lineal . . . . .	185
Tabla XXXII. Apoyo social (rango 11-55) sobre factores cualitativos dicotómicos	190
Tabla XXXIII. Apoyo social cuantitativa (rango 22-110) sobre factores cualitativos politómicos y ordinales . . . . .	191
Tabla XXXIV. Correlaciones entre el apoyo social (escala de Duke con rango 11 a 55) y factores cuantitativos . . . . .	193
Tabla XXXV. Calidad vida medioambiental cuantitativa (rango 0-100) sobre factores cualitativos dicotómicos . . . . .	194

Tabla XXXVI. Relación entre la calidad vida medioambiental (escala WHOQOL-Bref con rango 0 a 100) del cuidador inmnoiproff con su apoyo social, la integración, la sobrecarga y el nivel cognitivo de la persona cuidada	195
Tabla XXXVII. Integración cuantitativa (rango 0-12) sobre factores cualitativos dicotómicos	196
Tabla XXXVIII. Integración cuantitativa (rango 22-110) sobre factores cualitativos politómicos y ordinales	198
Tabla XXXIX. Integración cuantitativa (rango 0 a 12) discreta sobre factores cuantitativos	199

## **Cuadros.**

Cuadro 1. Sobrecarga cualitativa dicotómica frente a factores sociodemográficos	159
Cuadro 2. Sobrecarga como variable cualitativa dicotómica frente a la opinión del cuidador inmnoiproff referente a la influencia del desconocimiento de las costumbres catalanas y españolas, así como del carácter catalán para cuidar y entablar amistad . . . . .	160
Cuadro 3. Sobrecarga como variable cualitativa dicotómica frente al apoyo social del cuidador inmnoiproff . . . . .	162
Cuadro 4. Sobrecarga como variable cualitativa dicotómica frente a la calidad de vida del cuidador inmnoiproff . . . . .	163
Cuadro 5. Sobrecarga como variable cualitativa dicotómica frente a la integración del cuidador inmnoiproff . . . . .	166
Cuadro 6. Sobrecarga como variable cualitativa dicotómica frente a los cuidados prestados y la falta de conocimientos del cuidador inmnoiproff . . . . .	167
Cuadro 7. Sobrecarga como variable cualitativa dicotómica frente a los cuidados prestados y la falta de conocimientos del cuidador inmnoiproff . . . . .	168

## Figuras.

Figura 1. Género del cuidador inmnoiproff y la relación con su edad	129
Figura 2. Edad del cuidador del cuidador inmnoiproff	130
Figura 3. Procedencia del cuidador inmnoiproff	131
Figura 4. Tiempo en Cataluña del cuidador inmnoiproff (n / %)	133
Figura 5. Tiempo como cuidador del cuidador inmnoiproff (n / %)	133
Figura 6. Experiencia actual del cuidador inmnoiproff	135
Figura 7. Experiencia previa del cuidador inmnoiproff	135
Figura 8. Religión del cuidador inmnoiproff	138
Figura 9. Frecuencia de la calidad de vida global del cuidador inmnoiproff	140
Figura 10. Total de características de integración del cuidador inmnoiproff	141
Figura 11. Total de características de integración básica del cuidador inmnoiproff	141
Figura 12. Porcentaje de horas de trabajo	142
Figura 13. Porcentaje de nivel de catalán	142
Figura 14. Discriminación racial cuidador inmnoiproff	143
Figura 15. Género de la persona cuidada y relación con su edad	144
Figura 16. Edad de la persona cuidada	145
Figura 17. Estado civil de la persona cuidada	145
Figura 18. Nivel catalán de la persona cuidada	146
Figura 19. Enfermedades de la persona cuidada	147
Figura 20. Nivel cognitivo de la persona cuidada	148
Figura 21. Porcentaje niveles estado físico de la persona cuidada	149
Figura 22. Porcentaje niveles estado mental de la persona cuidada	150
Figura 23. Dispersión sobrecarga del cuidador inmnoiproff y su calidad de vida social	178
Figura 24. Dispersión sobrecarga del cuidador inmnoiproff y su calidad de vida medioambiental	178

Figura 25. Dispersión entre el apoyo social del cuidador inmnoiproff y su calidad de vida psíquica . . . . .	193
Figura 26. Dispersión entre el apoyo social del cuidador inmnoiproff y su integración	193
Figura 27. Dispersión calidad de vida medioambiental y apoyo afectivo del cuidador inmnoiproff . . . . .	195
Figura 28. Dispersión calidad de vida medioambiental y estado cognitivo de la persona cuidada . . . . .	195
Figura 29. Dispersión integración y apoyo confidencial . . . . .	199
Figura 30. Dispersión integración y total de horas/semana como cuidador . . . . .	199
Figura 31. Factores de protección y riesgo de la sobrecarga del cuidador inmnoiproff	277

## **Agradecimientos.**

Cada persona precisa del apoyo de los demás para su desarrollo y el de la sociedad. Manifiesto mi más sincero y profundo agradecimiento a todos aquellos sin los que no hubiera realizado esta investigación.

En primer lugar quiero agradecer a todas aquellas personas inmigrantes que realizan una labor silenciosa en el cuidado de nuestras personas mayores, también a ellos, las personas mayores y sus familias. Espero que esta tesis pueda contribuir a mejorar la situación de ambos grupos.

Es necesario mencionar a los centros y personas colaboradoras en la recogida de datos desde las empresas u organizaciones que han participado de una u otra forma en el cuidado a domicilio.

Quiero reseñar a los compañeros del Hospital General de Catalunya. La Directora de Enfermería Sra. Carme Farré que me ha apoyado en todo momento en la investigación. Los Supervisores que han colaborado prestándome su ayuda cuando más lo necesitaba. Los Doctores Félix Muñoz y Julián Roldán –miembros del grupo de apoyo a la investigación del Hospital- que me ayudaron en el planteamiento inicial y me han prestado información sobre el análisis estadístico.

La Universitat Internacional de Catalunya ha sido la pieza clave para el desarrollo de la tesis. Mis directores de Tesis la Dra. Adelaida Zabalegui – Directora de Enfermería de la Universitat Internacional de Catalunya- y el Dr. Félix Cruz-Sánchez – Director del Instituto de Neurociencias y del Envejecimiento Humano- me han indicado el camino y los métodos a seguir, corrigiéndome y animándome a conseguir una investigación de calidad. No solo han sido exigentes, sino que además me han motivado profundamente y me han animado en los momentos más difíciles.

La Doctora M<sup>a</sup> Victoria Roque, el Dr. Ferran Fuertes y el Dr. Miquel Àngel Serra -miembros del comité de Bioética de la Universitat Internacional de Catalunya- me han indicado las modificaciones a realizar para asegurar los criterios éticos de la investigación.

Los profesores de Enfermería de la Universitat Internacional de Catalunya –Esther Cabrera (Responsable del Área de Enfermería Comunitaria), Dolores Bardallo (Responsable de Prácticas Clínicas y Especialidades) y Miguel Àngel Escobar (profesor de nuevas tecnologías y bioestadística) - me han ayudado constantemente en el diseño del estudio, la búsqueda de la información y el análisis de la misma.

La profesora de la Universitat Internacional de Catalunya, Montse Girabent - Licenciada en Matemáticas y Responsable del Área de Bioestadística - , ha sido la persona sin la cual no hubiera podido realizar la estadística de la tesis, supervisándome, guiándome e indicándome el camino.

Sin embargo nada hubiera sido posible sin el apoyo efectivo, pero sobre todo emotivo, de mi esposa Aurora y mis hijas Anna y Mireia.

A todos ellos un fuerte abrazo.

# RESUMEN



## 1. Resumen.

La familia proporciona el 93% del cuidado a los mayores, siendo la principal cuidadora la hija, sin embargo estas cifras van disminuyendo progresivamente debido a la incorporación de la mujer al mercado laboral. En cambio, el cuidado formal facilitado por las administraciones públicas representa solo el 3% en España y el 2,90% en Cataluña. Frente a esta nueva situación, la propia familia y el estado están reforzando al cuidador sin formación remunerado. En la actualidad, el peso de este tipo de cuidador ya es superior al formal profesional y representa el 14% en España y el 19% en Cataluña, siendo el 43% población inmigrante.

Cuidar a nuestros mayores puede producir estrés y desembocar en un sentimiento de “sobrecarga”. Diversos factores se relacionan con la aparición de la sobrecarga, entre ellos se pueden destacar el apoyo social que recibe el cuidador y el estado de salud de la persona cuidada. La población inmigrante que se dedica al cuidado no profesional de las personas mayores puede presentar factores de relación diferentes a los anteriormente mencionados y es necesario estudiarlos para posteriormente establecer programas de ayuda eficaces.

El objetivo de esta investigación ha sido identificar los factores que intervienen en la sobrecarga del cuidador inmigrante sin formación específica para el cuidado y remunerado, es decir el cuidador inmigrante no profesional formal (cuidador **inmnoproff**) de personas mayores en Barcelona, incidiendo principalmente en el apoyo social que recibe. También se ha pretendido conocer la fuerza estadística de estos factores poniendo énfasis en el apoyo social, la calidad de vida y la integración del cuidador inmnoproff como posibles nuevos factores relacionados con la sobrecarga.

Se diseñó un estudio analítico observacional de caso-control (sobrecargados frente a no sobrecargados) con muestreo de casos consecutivos y análisis estadístico bivariable a través de test Chi-cuadrado, prueba de U de Mann-Whitney, test de t-student, test ANOVA con un factor, cálculo del Coeficiente de correlación de Spearman y tendencia gráfica, cálculo de las odds ratio, comparación de medias y tendencias gráficas. También se realizó un análisis multivariable mediante Regresión Logística y Lineal. La muestra del estudio fué de 110 cuidadores inmnoproff de Barcelona y de las personas a las que cuidaban, previo consentimiento informado de ambos. Como instrumentos de medida se utilizaron cuestionarios con preguntas cerradas y escalas válidas y fiables sobre la sobrecarga, el apoyo

social y calidad de vida del cuidador inmnoiproff y sobre el estado de salud de la persona cuidada. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS.

Los resultados indican niveles bajos de sobrecarga en los cuidadores **inmnoiproff** que tienen niveles elevados de apoyo social, calidad de vida e integración. Contrariamente el nivel de sobrecarga es elevado cuando empeora la salud física de la persona cuidada.

Se concluye que la sobrecarga del cuidador **inmnoiproff** puede disminuir mediante la potenciación del apoyo social afectivo, sobre todo del confidencial, la calidad de vida medioambiental (condiciones económicas, de vivienda, seguridad y ocio), así como jornadas de trabajo no excesivas, la colaboración de la familia en el cuidado y la ayuda a la movilización.

**Palabras clave:** Cuidadores no profesionales, personas mayores, sobrecarga, apoyo social, calidad de vida, integración e inmigración.

# Capítulo I

## INTRODUCCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA



## 1.1. Planteamiento del problema.

En España, Cataluña y especialmente en Barcelona, la población está envejecida. En la actualidad, los mayores de 65 años representan el 16,8%, 17,2% y el 20,54% de la población respectivamente (Rodríguez, A. y Valcarce, M., 2.004b y Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona., 2.006b) y presentan una dependencia del 34% según indica el libro blanco de la dependencia (Rodríguez, A. y Valcarce, M., 2.004a).

El análisis del informe del servicio social español 2.001 señala que el envejecimiento de la población es, y va a ser, muy acelerado. Del año 1.996 al 2.000 ha habido un incremento de 645.000 de personas mayores de 65 años, llegando al 16,9% de la población (6.842.000 personas). Aunque a inicios del siglo XXI se está ralentizando este envejecimiento debido a las bajas tasas de fecundidad en la guerra civil, tal como indica el 16,8% de la población mayor de 65 años en el 2.006, pronto volverá a incrementarse por la etapa baby boom de mediados del siglo XX. Superado el inicio del siglo XXI, el escenario previsto para nuestra sociedad estima que el 21,6% de la población será mayor de 65 años en el 2.026 y las personas mayores de 85 años experimentarán un crecimiento del 80% en los próximos 20 años. Aunque se pudiera pensar que las mejoras sanitarias disminuyeran el porcentaje de personas dependientes, la cantidad de personas continuará siendo muy alta. Se cree que la población con dependencia en España para el año 2.020 será de 1,5 millones y que 3,5 millones de personas presentarán alguna discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria (Rodríguez, A. y sus col., 2.004b).

Atendiendo los datos de García, M., Rodríguez, C. y Toronjo, A. M. (2.001) todo parece indicar que las personas mayores de los países ricos serán cuidadas en parte por personas inmigrantes. Los países ricos van a envejecer al multiplicar por 1,4 los 997 millones de personas que habían en 1.980 y llegarán a 1.390 millones en el 2.025. En 1.985 en Europa había 43,1 millones de jubilados mientras que en el 2.025 habrán 64 millones. En cambio, los países del tercer mundo multiplicarán por tres su crecimiento poblacional pasando de 2968 millones a 6780 en el año 2.025. Esto hará de forma irreversible que se produzca una fuerte inmigración. Este hecho facilitará que los inmigrantes cuiden a las personas mayores de los países ricos.

En el marco actual, el cuidado al anciano se realiza mayoritariamente a través de la estructura informal (principalmente la familia) y en menor intensidad con la estructura formal (ámbito sanitario, socio-sanitario y prestaciones económicas a través de las pensiones). El

94% de los mayores vive en la comunidad (en su casa o en la de algún familiar) y el 6% en residencias (3,5% privadas) y parece que el nivel económico influye mucho en esta asignación (López, G., 2.005). Sin embargo, existen elementos que indican una tendencia de disminución del cuidado informal, como ya está sucediendo en algunos países (Llita, E., 1.998). El libro blanco de la dependencia indica que sólo el 5% del cuidado está cubierto por ayuda domiciliar social, mientras que el 14% tienen un cuidador pagado por la familia o la propia persona mayor (Rodríguez, A. y Valcarce, M., 2.004g).

El coste del cuidado a las personas dependientes en España, sumando el coste de la administración y la aportación de las familias y personas mayores, se calcula que es de medio billón de euros, un 0,6% del Producto Interior Bruto (PIB). Esta, es una cifra parecida al resto de países mediterráneos pero lejos del resto de los países de la Unión Europea (UE). El grueso del coste de esta asistencia es pagado por la familia. Sin embargo, esta circunstancia puede verse alterada por el envejecimiento y la entrada de la mujer al mundo laboral, produciendo la inviabilidad futura del actual modelo familiar de cuidados. Hoy la tasa media de actividad de las mujeres entre 40 y 64 años apenas llega al 40% y para el 2.025 las previsiones apuntan al 72%. Esta situación producirá un aumento de la solicitud de ayuda formal ya que es la única vía de compaginar la actividad laboral de la mujer (López, G., 2.005).

La hija (50 % en España y 32,9% en Cataluña) es el mayor representante de la estructura de “cuidadores informales”. Dicha estructura está compuesta por un amplio abanico que incluyen cónyuges (16,8% en España, 14,1% en Cataluña), nueras y diferentes familiares. Sin embargo, hasta en un 14% y un 19 % de los casos (España y Cataluña respectivamente) existen otras personas no familiares que han sido contratadas por las propias familias y que no disponen de formación profesional ni forman parte de la estructura formal, representando el tercer lugar en número e importancia en el cuidado en España y el segundo en Cataluña (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)., 2.002 y Rodríguez, A. y Valcarce, M., 2.004f). Según el informe de la Sociedad española de salud pública y administración sanitaria (informe SESPAS 2.004) dentro de éste grupo encontramos un importante número de personas inmigrantes (Borrell, C. y Benach, J., 2.005). El grupo de cuidadores formales no profesionales supera con mucho al cuidador formal profesional de servicios sociales (3% en España y 2,9% en Cataluña).

Desde hace una década, pero sobre todo en los últimos 5 años, Cataluña está recibiendo un aumento importante de la población inmigrante. Actualmente en Barcelona la población inmigrante legal ya representa el 16,1% de la población y durante el 2.005 se incrementó en un 12,4%, mientras que en España la población inmigrante es el 8,3% de la población y en Cataluña representa el 11%. Dentro de los diferentes trabajos que realizan los inmigrantes, el sector de los servicios ocupa el primer lugar con un 84% (Ayuntamiento Barcelona y Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona., 2.006) y gran parte se dedica al cuidado formal de la población española a domicilio, representando el 43,1% de los cuidadores no profesionales de ancianos (Pajares, M., 2.005). En esta situación, donde una gran parte de los cuidadores son inmigrantes de culturas diversas, se pueden desarrollar diferentes respuestas frente al cuidado a domicilio y por tanto, merecen ser estudiadas (Sterritt, P. y Pokorny, M., 1.998).

La bibliografía muestra como los cuidadores tienen dificultades para el desarrollo de su función, como la sobrecarga, durante el cuidado a las personas mayores (Zarit, S. H., 1.980). Además, se han definido diferentes factores relacionados para cada una de estas dificultades con el objetivo de intentar disminuir su incidencia (Crockers, S., 2.002 y Navaie-Waliser, M., Spriggs, A. y Feldman, P., 2.002). Dentro de los factores relacionados con la sobrecarga destacamos el apoyo social del cuidador Baila, M. y McFall, S. (1.991), el estado físico-mental del cuidador y de la persona cuidada y el nivel cognitivo de la persona cuidada (Ríos, M. A., Rueda, G., Valverde, A. H. y Mohamed, F., 2.001 y Morano, C. y Bravo, M., 2.002). Creemos que diferentes factores propios de la población inmigrante pueden también influir en la sobrecarga del cuidador. Finalmente, hay que destacar que la mayor concentración de la población más grande de 65 años de Cataluña se encuentra en Barcelona (20,54%), siendo éste el motivo que nos hace creer que debemos empezar por estudiar en Barcelona este tema del cuidado domiciliario a las personas mayores por cuidadores inmigrantes (cuidadores inmigrantes –procedentes de fuera de España- no profesionales –sin formación específica- y formales –con remuneración económica-), incidiendo en la sobrecarga de este cuidador (Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona., 2.006a).

## **1.2. Relevancia del problema.**

La magnitud y relevancia del cuidado de los mayores junto con la participación de los inmigrantes en el mismo, representa un hecho de tal impacto que los marcos legales internacionales y nacionales están intentando dar una respuesta al mismo. La futura agencia catalana de la dependencia (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya., 2.005), la

Ley Orgánica española de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de dependencia, conocida como Ley de Dependencia (Boletín Oficial del Congreso de Diputados., 2.006), la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization., 2.002) y el propio anteproyecto de la futura Constitución Europea orientan los grandes ejes de su tratamiento (Oficina del Parlamento Europeo y representación de la Comisión Europea en Barcelona., 2.005).

El anteproyecto de la Constitución Europea indica que son más de 40 millones los europeos con problemas de discapacidad, y por tanto dependencia que esperan ver resueltos de una manera equitativa y solidaria a sus problemas y a los problemas de sus familias. De ellos, en España 3,5 millones de personas discapacitadas, en su gran mayoría con edades superiores a los 65 años, reclaman también atención social y sanitaria por problemas de falta de autonomía (1,5 millones aproximadamente). La próxima Constitución Europea incluirá una mención explícita a la protección de las personas dependientes, admitiendo tanto la vía de la seguridad social como la de los servicios sociales para asegurar el cuidado de las personas dependientes. Se pretende asegurar una protección universal con independencia de cuáles sean los ingresos personales de la persona dependiente y que las prestaciones de cuidados sean de calidad. En el 2.002 el Consejo Europeo de Barcelona dió su respaldo a estos planteamientos.

En Europa existe una gran diversidad de modelos de asistencia a las discapacidades, fruto de circunstancias históricas y de marcos institucionales diferentes, por lo que sería conveniente un intercambio mutuo de experiencias y de buenas prácticas, auspiciando así la progresiva convergencia. Además, preocupa el insuficiente desarrollo de sistemas de control de las prestaciones y de mecanismos que permitan una vigilancia y seguimiento de la evolución de los costes, si bien existen algunas experiencias positivas y notables en el Reino Unido y Austria. También hace falta contar con indicadores de calidad para evaluar el grado de satisfacción de las personas protegidas y de sus familias (Sánchez, J., 2.004).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization., 2.002) el envejecimiento de la población y las reformas sanitarias producidas por el alto coste del soporte socio sanitario, están produciendo una revaloración del soporte o ayuda informal que prestan las familias en el cuidado de los ancianos. Esta revaloración obliga a pensar en teorías que mejoren el modelo y el valor ético del cuidado. La OMS propone estudiar los valores culturales existentes en el sistema, ya que la familia -como cuidador principal- recoge los valores culturales existentes. Por todo ello la OMS plantea los siguientes temas para un escenario futuro:

- ¿Quién y durante cuánto tiempo cuidará al anciano?
- ¿Es necesario crear puestos de trabajo para cuidar al anciano y para dar soporte a la familia?
- ¿Cómo y quién pueden evitar las consecuencias negativas de ser cuidador informal?
- ¿Cómo se pueden introducir los valores éticos en toda la organización del cuidado del anciano?

La OMS enfatiza diciendo que no se han descrito los “límites” que puede tolerar la persona cuidada y el cuidador. Se tendrán que evitar situaciones de sobrecarga en el cuidador o de descuido o abuso en el cuidado de la persona. No es ético que el cuidador informal sea principalmente la mujer. Los cuidadores formales (tanto profesionales o no profesionales) deben tener en cuenta la cultura de cada familia. Se deben hacer códigos éticos que los tengan en cuenta. Posibles cuidadores provenientes de lugares distintos a las personas que cuidan podrían presentar visiones culturales distintas.

Para dar respuesta a estas, y muchas más preguntas, se hace necesario establecer investigaciones que permitan buscar una utilidad práctica de los resultados en la comunidad (Icart, M. T., Fuentelsaz, C. y Pulpón, A. M., 2.001). La justificación del presente estudio está respaldada por la opinión de diversos expertos científicos que enfatizan la necesidad de la investigación preconizada por la OMS, por los cambios sociológicos, socio-sanitarios y por sus repercusiones económicas y culturales que se están produciendo, así como por la poca cantidad de estudios relacionados con los cuidadores procedentes de minorías culturales. En todo ello el papel de las enfermeras y de los humanistas representa un papel importante para detectar e informar a los cuidadores informales y formales no profesionales que puedan dar una asistencia domiciliaria según las políticas estatales establecidas (Wood, S., 1.999).

El libro blanco que fundamenta la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España, conocida como Ley de Dependencia aprobada el 30 de Noviembre del 2006 y que entra en vigor el 1 de Enero del 2007, afirma en su introducción (Rodríguez, A. y sus col., 2.004a) que existe una laguna de protección que afecta a un importante grupo de personas que, debido a deficiencias, enfermedades o trastornos, precisan del apoyo de otras para realizar actividades básicas de la vida cotidiana. Entre el 32% y el 34% de las personas mayores de 65 años son dependientes (21% con dependencia leve, 9% moderada-severa y el 4% con dependencia muy severa) afectando

en total a cerca de 0,8 millones de españoles mayores de 65 años. El progresivo envejecimiento de la población y los cambios en las familias españolas están provocando que el "apoyo informal", en el que principalmente se sustenta el cuidado de las personas dependientes, mayores y discapacitadas, esté entrando en crisis. Las necesidades de atención cada vez son más importantes y, en cambio, las posibilidades de las familias para prestar tales cuidados son menores. Por ello, atender no sólo a las necesidades de las personas dependientes, sino también de sus familias, debe ser objetivo fundamental para los poderes públicos. La creación de un Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia también será una actuación a favor de las familias y en concreto de las mujeres. Las nuevas prestaciones y servicios permitirán aumentar la libertad de elección (entre el tiempo a dedicar al cuidado de sus familiares dependientes y el desempeño de su profesión) y la igualdad de oportunidades entre mujeres que cuentan con recursos económicos suficientes para pagar el apoyo que precisan y las que no pueden hacerlo. En el Volumen II del libro blanco de la dependencia se ve como España basa la Ley de Dependencia en leyes y acuerdos Europeos. En este volumen se puede leer el Tratado por el que se establece una Constitución para Europa (firmado en Roma el 29 de octubre de 2.004 por los Jefes de estado y de gobierno de los estados miembros de la Unión Europea), donde se establece el artículo II-94 que dice: "La Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez, así como en caso de pérdida de empleo, según las modalidades establecidas por el Derecho de la Unión y las legislaciones y prácticas nacionales" (Rodríguez, A. y Valcarce, M., 2.004e).

La relevancia del tema es tan importante que la normativa de los órganos administrativos mayores se despliega en los menores. De esta manera el estado español se apoya en las normas europeas, pero al mismo tiempo se despliega en las autonomías y los ayuntamientos, indicando sus responsabilidades. El estado español dispone de competencias sobre la legislación en materia laboral, la legislación básica en sanidad y seguridad social, y en este último caso también sobre el régimen económico. Las comunidades autónomas, en los términos establecidos en sus Estatutos de autonomía y según la interpretación efectuada por las comisiones mixtas de traspasos, tienen competencia en la ejecución de la legislación en materia de trabajo y relaciones laborales, desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica sanitaria y de la seguridad social, salvo las normas que configuran el régimen económico de esta última. En relación con los servicios sociales, todas las comunidades autónomas han incluido en sus Estatutos de autonomía la competencia exclusiva sobre dicha

materia, aunque con diversas denominaciones, a partir de la cual han promulgado leyes de servicios sociales y/o acción social. Entre las competencias autonómicas merecen una especial atención las relativas al reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía y a la tramitación y concesión de prestaciones, entre las que se encuentran las destinadas a cubrir necesidades de personas dependientes (Rodríguez, A. y sus col., 2.004e). Sin embargo, se teme que en el 2.025 el sistema de seguridad social superará los gastos a los ingresos y si no se reforma el sistema se deberá utilizar el fondo de reserva de pensiones. Este fondo en julio del 2.006 era de 35.221,47 millones de euros, tras la última dotación de 3.800 millones aprobados en julio del 2.006. El fondo fue creado en el 2.000 y equivale al 3,89% del PIB pero sólo cubre algo más de 5 mensualidades de las pensiones (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.006c). Algunos podrían pensar que la solución son los inmigrantes. Su incorporación no va a suponer cambios sustanciales, según el Banco de España y el INE, ya que tienen una edad media parecida a la de los españoles. Por este motivo se ha incluido el tema de la reforma de las pensiones como tema fundamental en la agenda de las reuniones entre gobierno y los agentes sociales, y todo ello está indirectamente vinculado con el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. En general, podemos afirmar que las leyes autonómicas de servicios sociales atribuyen a las corporaciones locales competencias propias en la programación, la coordinación y la prestación de nivel primario (denominados servicios sociales generales, comunitarios o de atención primaria) que incluyen la información, el diagnóstico, la orientación, así como la atención domiciliaria, los hogares y centros de día, la telealarma, etc., aunque estos últimos servicios son prestados muchas veces por entidades privadas (Rodríguez, A. y sus col., 2.004f).

En Cataluña el objetivo es avanzar en la redacción de la Ley de la Agencia catalana de atención a las personas con dependencia. Esta comunidad autonómica tienen más de 330.000 personas con dependencia (27,4% de los mayores de 65 años), 200.000 de las cuales la presentan moderada o grave. Se quiere garantizar la cobertura de las necesidades básicas, para ello se pretende establecer un sistema integral donde se encuentren funcionalmente el ámbito sanitario y el social. La propia unión europea propugna la creación de estas agencias y deben complementarse a la Ley española de Dependencia (cuyo precedente son los pactos de Toledo) y que contará con la aportación de la seguridad social y al mismo tiempo de seguros mixtos y privados. Actualmente, la cobertura del soporte domiciliar es insuficiente, con una calidad muy variable y grandes diferencias en su acceso y pago (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya., 2.005).

La población catalana y barcelonesa está envejeciendo de forma importante. El 17,2% de los catalanes son mayores 65 años y al menos el 70% son atendidos por familiares. Si en Cataluña hay siete millones de habitantes, el 17,2% representan 1.204.000 personas (Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona., 2.006a). De ellas un importante porcentaje vive sola y es dependiente. El soporte formal prestado por las administraciones a estas personas dependientes, está lejos de cubrir sus necesidades ya que la atención domiciliar pública social solo llega al 1,5% (17.000 personas) (Fundació Institut Català de l'envelliment., 2.004). En Barcelona la población mayor de 65 años es de 331.166 (20,54%) y los mayores de 60 años son 418.760 (26%). Atendiendo a los datos del libro blanco de la dependencia que fundamenta la Ley de Dependencia, si el 33% de la población mayor es dependiente, en Barcelona hay una población de 140.000 mayores de 60 años dependientes (Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona., 2.006a).

El envejecimiento es una cuestión social pero también un tema político y económico de primera magnitud porque incide en la economía y la recaudación de impuestos y pone en cuestión nuestro sistema de valores con tendencia a la individualidad, aislamiento y soledad. Todo ello exige medidas políticas con visión de futuro, sin olvidar que la población mayor ya representa cerca de un 20% de la población y que restando al cerca del 20% de menores de 18 años, les da un poder importante frente al 60% de la población y por tanto, con una fuerza electoral nada despreciable. Es decir, electoralmente representan un 25% de los votos (Vía, J., 2.004).

Como se ha podido comprobar, todas las instituciones están intentando afrontar el problema del cuidado de las personas mayores y del descenso de cuidadores informales legislando y organizando la sociedad para poder darle respuesta. Los cambios producidos en la sociedad están llevando a que se produzca una disminución progresiva de los cuidadores informales en los países occidentales y al envejecimiento de la población (por el aumento de la esperanza de vida, el descenso de la natalidad y por la incorporación de la mujer al trabajo). En España hay suficientes conocimientos para extrapolar estos datos y se cuestiona la viabilidad del sistema actual de cuidadores informales si no se actúa. Se cree que en el 2.011 habrá bajado un 60% el número de cuidadores informales (Llita, E., 1.998) y la mujer habrá aumentado su entrada en el mercado de trabajo (Sánchez, J., 2.004). Por ello hay que cuidar a los cuidadores informales dando información, formación y apoyo emocional (Zabalegui, A., Juando, C., Gual, P., González, A. y sus col., 2.004) y mejorando la aportación de los cuidadores formales (Wood, S., 1.999). Las mujeres trabajadoras serán las que necesitarán más ayuda (Wino, A., Strauss,

E., Nordberg, G., Sassi, F. y sus col., 2.002). Esta situación ha producido un hueco en la familia que está produciendo un aumento de los cuidadores no profesionales inmigrantes (Martínez, R., 2.003). Todo ello sin menospreciar el gran coste social que representa el cuidado informal que puede estar valorado en 35 millones de libras en Gran Bretaña en 1.999 (Wood, S., 1.999) y 196 millones de dólares en EEUU (Navaie-Waliser, M. y sus col., 2.002). Todas las respuestas, tanto europeas, españolas o catalanas, indican la gran cantidad de personas dependientes que hoy ya existen y que en los próximos tiempos se producirán, además determinan la problemática familiar para hacer frente a la situación y buscan nuevas soluciones. Aunque habrá un reequilibrio entre los gastos actuales de la familia, el sector privado y la administración. En todos los escenarios simulados, incluso en el de menos personas dependientes y más familiares, los niveles privados y de administración exigirán niveles de gasto muy superiores a los actuales, así en el 2.026 nos situaríamos entre el 0,8% y el 1,2% del PIB. Así, es necesario y urgente tratar el tema en su totalidad (López, G., 2.005). Muchas de estas soluciones pasan por la potenciación de cuidadores formales no profesionales, es decir por cuidadores pagados que cuiden a las personas en sus domicilios cobrando un sueldo y con una pequeña formación (Rodríguez, A. y sus col., 2.004f y Sánchez, J., 2.004). E incluso en el Volumen 12 del libro blanco de la dependencia se apunta a los inmigrantes como cuidadores (Rodríguez, A. y Valcarce, M., 2.004d).

Recientes investigadores (Brown, J. B., McWilliam, C. L. y Mai, V., 1.997 y Martín, J. M. y Damián, J., 2.001) y la red nacional de investigación sobre atención a la persona mayor (Zabalegui, A. y sus col., 2.004) dicen que el sistema sanitario debe mejorar la actitud, comunicación, organización y continuidad del cuidado para llegar a una correcta asistencia. Los cuidadores formales, subdivididos en profesionales (sistema sanitario) y no profesionales, tendrán que tomar un mayor auge. Todo ello sin olvidar que entre los cuidadores formales no profesionales destaca una gran población inmigrante. Conocer al cuidador no profesional en el ámbito domiciliario (Castel, A. y Gelonch, M., 2.003) y determinar si los cuidadores inmigrantes presentan diferentes factores de relación con la sobrecarga (Gallart, A., 2.004) permitirá actuar sobre ellos para disminuir su impacto y por tanto mejorar el cuidado que recibe la población mayor, pero también disminuir las dificultades de sus cuidadores, y por tanto, aumentar el bienestar de la sociedad. Conocer la situación de la población inmigrante de cuidadores formales no profesionales en Barcelona permitirá poder planificarla con mayor eficacia y eficiencia (Alonso, X., Artigas, S., Canals, A. y Cuestas, R., 2.003).

Por toda esta situación, se hace importante indicar la relevancia e importancia que está tomando en los últimos años la población inmigrante en España, Cataluña y Barcelona. No solo por la gran cantidad y proporción que representa con respecto a la autóctona, sino por la importancia del papel que puede jugar en el cuidado de los mayores.

En España, tras la regularización del 2.005, hay 3,7 millones de inmigrantes, de los cuales 2,6 millones son legales y 973.000 son ilegales. Representan el 8,3% de la población española. La principal comunidad de inmigrantes es la marroquí con 0,47 millones, siendo casi igual a la ecuatoriana. La regularización del 2.005 ha significado legalizar 0,7 millones de inmigrantes pero se calcula que quedaron 0,7 más sin regularizar, que hoy ya llega a 0,9 millones (Gabinete de Comunicación Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.005b).

En Cataluña hay 0,8 millones de inmigrantes, de los cuales 0,62 millones son legales y 0,18 ilegales. Estos representan el 11% de la población catalana (Institut d'Estadística Generalitat Catalunya., 2.006b). Cataluña es la mayor comunidad con inmigrantes legales seguida de Madrid 0,51 millones. En Cataluña las principales comunidades de inmigrantes son las marroquíes con 163.000 seguido de la ecuatoriana con 61.800 personas (Institut d'Estadística Generalitat Catalunya., 2.006b). Los inmigrantes regularizados en Cataluña en el 2.005 fueron 140.000 y se calculó en unos 100.000 ilegales los que no se regularizaron, aunque hoy ya llega a 180.000 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.006d).

En Barcelona ciudad hay 0,26 millones de inmigrantes, representando el 16,1% de población (del 1,61 millones de habitantes de Barcelona). Las principales comunidades inmigrantes son la ecuatoriana con 35.000, después la marroquí con 20.000 y la peruana también con 20.000 personas. Se han regularizado en toda la comarca 100.000 inmigrantes. En cuanto a su distribución por barrios en Barcelona, es el Eixample el de mayor población inmigrante con 44.000, representando un 16% del total de la población. Ciutat Vella tiene 40.500 inmigrantes, que con un 33% es la de mayor proporción del total de la población. El aumento mayor ha sido en Nou Barris con un 18,2% del total de la población y la que menos población inmigrante tiene es Las Corts con un 10% del total de la población (Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona., 2.006a).

El cuidado prestado por personas inmigrantes necesita ser estudiado detenidamente (Cáritas., 1.995) porque es necesario conocer las barreras culturales e idiomáticas para establecer intervenciones útiles sobre los cuidadores. Se hace necesario conocer las consecuencias

negativas del cuidado en el cuidador (en nuestro caso el cuidador inmigrante formal no profesional) y sus factores relacionados, nos referimos al sentimiento de carga en el cuidador informal y al sentimiento de quemado en el cuidador formal (Ríos, M. A. y sus col., 2.001, Navaie-Waliser, M. y sus col., 2.002 y Morano, C. y sus col., 2.002). Numerosos investigadores como Bourgeois, M. y Burgio, L. (1.996), Sterritt, P. y sus col. (1.998), Morano, C. y sus col. (2.002) y Haley, W., West, C., Wadley, V., Ford, G. y sus col. (2.003) apoyan la idea de que existen pocos estudios realizados en minorías cuidadoras. Entre los estudios realizados destaca una revisión bibliográfica sobre nueve etnias entre 1.996 y el 2.000 (Janevic, M. y Connell, C., 2.001) que recomienda que los estudios deberían hacerse teniendo en cuenta las diferencias culturales de los cuidadores respecto a la persona cuidada. Además, Baila, M. y sus col. (1.991) destacan como uno de los elementos de las diferencias culturales de mayor problemática es el apoyo social (formal o informal) que reciben los cuidadores.

En la revisión de la literatura se ha observado como Janevic, M. y sus col. (2.001) concluyen que es necesario continuar estudiando las características de los diferentes cuidadores según sea su cultura, aunque él ya muestra importantes cambios como que las culturas minoritarias tienen menos soporte que la cultura anglosajona blanca. Ríos, M. A. y sus col. (2.001) han realizado un estudio sobre los factores relacionados con el cansancio entre cuidadores informales españoles y africano-españoles y concluyen que el origen no afectó al cansancio. En los resultados de Crocker, S. (2.002) aparece que el cuidador varón, tanto en los cuidadores informales como en los formales e independientemente de la cultura, tienen menos conflictos en los cuidados que las mujeres. Haley, W. y sus col. (2.003) estudiaron factores relacionados con la sobrecarga entre cuidadores informales y no cuidadores caucásicos y africano-americanos concluyendo que no hay diferencias por el origen, pero que es necesario aunque indica que hay que continuar estudiando a los cuidadores no profesional inmigrante. Alonso, B., Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R. y sus col. (2.004) estudiaron la sobrecarga en cuidadores familiares y en cuidadores no profesionales a domicilio de personas con Alzheimer. Otros autores como Rosa, E., Ambrogio, M., Binetti, G. y Zanetti, O. (2.004) han estudiado como ha influido el apoyo de los cuidadores inmigrantes no profesionales formales en los cuidadores informales en Italia; Rinaldi, P., Spazzafumo, L., Mastriforti, R., Mattioli, P. y sus col. (2.005) centraron su estudio para investigar los factores relacionados con la sobrecarga en cuidadores de cualquier tipo de personas dementes a domicilio y finalmente Gómez, M. J. (2.006) ha estudiado la sobrecarga de cuidadores familiares y no profesionales

a domicilio. Sin embargo, ninguno de los investigadores citados ha estudiado la sobrecarga de los cuidadores inmigrantes no profesionales formales.

Numerosos estudios han contribuido notablemente en el campo de las ciencias humanísticas y sociosanitarias ya que han permitido aumentar el conocimiento al identificar los elementos que deben tenerse más en cuenta cuando se programan ayudas al cuidador. El National Family Caregiver del Support Program under the Older en Estados Unidos realizó en 1.998 un estudio semejante. En él se analizaron los factores relacionados con los cuidadores informales, formales y formales no profesionales a nivel nacional teniendo en cuenta las diferentes culturas, aunque sin centrarse exclusivamente en el cuidador inmigrante y por tanto es un estudio con población diana muy similar pero no igual a la del actual estudio. Sus conclusiones han permitido determinar actuaciones de ayuda a los cuidadores en EEUU (Navaie-Waliser, M. y sus col., 2.002). Aunque algunos estudios en España (Escrivá, A., 2.000 y Salaberri, A. y Aragón, L., 2.004), dibujan el perfil del cuidador inmigrante de personas mayores, no identifican los factores relacionados con la sobrecarga que puedan intervenir en la aparición de consecuencias negativas por el cuidado prestado por el cuidador inmigrante no profesional formal.

### **1.3. Revisión bibliográfica. Marco Conceptual**

#### **1.3.1. Antecedentes del problema.**

El cuidado a la persona mayor ha sido tratado por numerosos autores, entre otros por Zarit, S. H. (1.980), Pereda, C., De la Prada, M. A., Actis, W., Rodríguez, P. y sus col. (1.999), García, M. y sus col. (2.001), el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2.002), Quintanilla, M. (2.002) y Rodríguez, A. y sus col. (2.004a) estableciendo el marco conceptual que ha permitido identificar los antecedentes y la situación del problema de este estudio.

El ser humano se caracteriza por ser un individuo que vive en sociedad, motivo por el que ha sido capaz de desarrollar sus conocimientos y dominar la naturaleza. La sociedad es un sistema dinámico y abierto, dentro del cual existen subsistemas poblacionales que interactúan entre sí. Uno de estos subgrupos es la ancianidad y aunque en la historia siempre había sido escaso, hoy es cada vez mayor. El marco de relación entre los subsistemas puede ser de enfrentamiento o colaboración. En los ancianos esta interdependencia puede ser compleja y conflictiva ya que puede presentar un grado de dependencia hacia otros segmentos sociales (García, M. y sus col., 2.001 y Rodríguez, A. y sus col., 2.004a). Entre los individuos en sociedad, se producen interacciones como el amor, la cooperación, la competitividad, la

rivalidad, jugando todos ellas un papel importante. En nuestro trabajo se va a estudiar, entre otros, el apoyo social, el cuidado y su relación con la sobrecarga en el cuidador.

El apoyo social consiste en proporcionar distintos tipos de ayuda emocional o material desde el entorno social que rodea al individuo y que suele darse recíprocamente según el momento de la vida en que se produzca. El nivel de cercanía del entorno social varía ampliamente según el tiempo histórico en el que se produce dependiendo de la cultura y la organización de dicho entorno. La insuficiencia de apoyo social es un grave problema para el ser humano que puede llevar incluso a la muerte. El apoyo social mutuo tiene aspectos como el reconocimiento, la pertenencia y la vinculación al grupo, la percepción de autoestima, la obtención de bienes necesarios como la nutrición o el cuidado en la enfermedad, la infancia y la vejez (Quintanilla, M., 2.002).

La sociedad occidental actual se ha organizado para crear un entorno social que se encarga de la educación de los hijos, la salud, la búsqueda de empleo, el seguro de desempleo y de jubilación, es el conocido “estado del bienestar”. Sin embargo, numerosos autores como Llitra, E. (1.998) y Wood, S. (1.999) han puesto de manifiesto la debilitación del mismo. Cuando se puso en marcha el estado del bienestar se pensó que sería una situación momentánea para salir de la segunda guerra mundial, pero su éxito para resolver y asegurar un estado social próspero lo ha mantenido hasta la actualidad. Sin embargo, diferentes crisis económicas, el envejecimiento de la sociedad y el aumento de la demanda sanitaria y servicios sociales, entre otros motivos, están haciendo replantear su continuidad sobre todo por el gran coste económico que supone. Frente a esta situación, diversos gobiernos occidentales han vuelto su mirada hacia el apoyo social que históricamente ha permanecido durante mucho tiempo, nos estamos refiriendo al apoyo no organizado por el estado y prestado por las redes sociales.

Según indica Quintanilla, M. (2.002), existen tres categorías de apoyo. El apoyo emocional es el intercambio de sentimientos proporcionando comprensión y amor, reforzando el sentido de pertenencia y autoestima. El apoyo informacional o estratégico es la ayuda para la resolución de problemas concretos. Y finalmente, el apoyo material o instrumental consiste en la prestación de servicios en circunstancias que no pueden ser salvadas por uno mismo. Por tanto, el apoyo social abarca temas económicos pero también servicios en actividades de la vida diaria como el cuidado personal, las tareas domésticas y salir a la calle.

El apoyo social depende de las redes sociales de cada individuo, aunque no siempre que hay red, hay apoyo. En general, el principal representante es la familia y es la que se encarga del apoyo emocional y material/instrumental, dejando a los profesionales (con conocimientos específicos) el apoyo estratégico para cuando se produce un problema concreto como la enfermedad. La familia, como red social primaria, cumple un papel esencial de apoyo social y cuidado en todas las etapas de la vida humana. A veces, sin embargo, durante las relaciones que mantienen los miembros de la familia aparecen consecuencias no deseadas, pero dentro del contexto amplio de relaciones positivas y negativas de ayuda mutua. Como indica Zarit, S. H. (1.980), puede darse el caso que las personas que se encargan de cuidar a las personas mayores, se sientan muy absorbidas, estresadas, fatigadas, con un sentimiento de sobrecarga. Existen ocasiones, en que la familia no puede prestar los servicios a sus mayores. Cuando los mayores han disminuido su autonomía, no pueden valerse por sí mismos en su totalidad, las familias buscan, para poder atenderlos, una prolongación de ellos mismos, en unas personas sin conocimientos específicos para su cuidado, son los cuidadores no profesionales formales. En esta situación las amistades o vecinos se ocupan generalmente solo del apoyo emocional. El volumen I del libro blanco de la dependencia informa que el 8,6% de los mayores reciben cuidados de un empleado pagado, ocupando el tercer lugar entre los cuidadores, después del cónyuge y las hijas por encima de los hijos (Rodríguez, A. y sus col., 2.004b).

Según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) la sociedad española ha hecho un gran esfuerzo en cantidad y calidad en residencias. En 1.995 habían 165.000 plazas con un ratio del 2,8/ 100 mayores de 65 años. En el 2.004 habían 266.000 plazas con un ratio de 3,65/100 mayores de 65 años. En Cataluña habían 50.000 plazas, un 4,1/100 de mayores de 65 años. Por tanto, la inmensa mayoría de personas mayores viven en su casa contrariamente a lo que la opinión pública piensa. De todas las personas mayores que viven en su domicilio tres cuartas partes no tienen ningún problema y eran independientes en el año 1.995. Sin embargo, en la actualidad la cifra de dependientes ha llegado a cifras entre el 32% y 34% de la población mayor de 65 años (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)., 2.002 y Rodríguez, A. y sus col., 2.004b). Además, normalmente son éstas personas mayores no dependientes las que ayudan en el cuidado de gran parte de los mayores dependientes domiciliados. Este 32 a 34% de personas dependientes que necesita ayuda en su domicilio dispone de muy poca ayuda actualmente, como se verá a lo largo de la tesis. Entre la ayuda de cuidadores formales profesionales destacamos: centros de día, residencias temporales, tele asistencia o atención sanitaria a domicilio. Las fuentes de los servicios profesionales son las

administraciones públicas, ONG, voluntariados y las empresas privadas. También existen servicios para cuidadores sin formación que se encuentran principalmente en el mercado libre, entre ellas destacamos las empleadas de hogar que cuidan un gran número de personas mayores con problemas de dependencia. Según los datos suministrados por el libro blanco de la dependencia es mayor la cantidad de personas que reciben ayuda pagada a través de una empleada de hogar pagada por la propia familia (el 6% en 1.995 y 14% en España y 19% en Cataluña en el 2.004) que quienes la reciben por profesionales (el 4,58% en 1.995 y 3% en España y 2,9% en Cataluña en el 2.004).

A modo de introducción del tema vamos a exponer las conclusiones recogidas por Pereda, C. y sus col. (1.999) y según Rodríguez, A. y sus col. (2.004b) coordinadores del libro blanco de la dependencia ya que proporcionan una visión amplia de esta situación:

- 1- Entre el 86,5 y el 93% de los cuidados de las personas mayores dependientes proviene de la familia. Principalmente de las mujeres y en especial las hijas (32.3%)
- 2- El perfil de las personas cuidadoras informales es el de mujer de 53 años, con pocos estudios y ama de casa e hija. Sin embargo, se cree que este perfil variará rápidamente por el acceso de las mujeres a los estudios superiores y al mercado laboral.
- 3- El cuidado prestado puede producir efectos negativos en la salud física y mental, en la vida laboral y las relaciones sociales del cuidador.
- 4- El sentido de obligación moral de cuidado a los mayores de la cultura española provoca emociones muy fuertes que pueden crear sentimientos conflictivos en el cuidador.
- 5- El peso del cuidado formal profesional en la atención domiciliaria es del 3% en España y del 2,9% en Cataluña para los mayores de 65 años, con una media de dedicación de 4h/semanales y 3,5h/semanales respectivamente.
- 6- La colaboración entre cuidado formal e informal es muy escasa.
- 7- Las necesidades de atención que tienen las personas dependientes requieren un número importante de horas de cuidados que no siempre puede ser asumido en exclusividad por la familia.

Todas estas conclusiones están provocando un escenario de partida hacia donde se encamina el futuro y que sirve para posicionar el tema antes de profundizar y actualizar cada uno de los puntos. A continuación se señala el escenario de partida:

- Los cuidadores familiares, al no disponer de suficientes horas para cubrir las necesidades de cuidado de la persona mayor, y como el cuidador formal solo cubre en España un 2,9% y

en Cataluña un 3% del cuidado, debe buscar ayuda en el cuidador formal no profesional que en la actualidad está llegando a representar hasta el 14% en España y el 19% en Cataluña. El principio de complementariedad irá compaginando con el principio de subsidiariedad (prestado por los cuidadores formales). Es decir, los estados irán apoyando medidas con el objetivo de prestar ayudas a los cuidadores informales porque es lo solicitado por las personas mayores y al mismo tiempo es mucho más eficiente económicamente (Pereda, C. y sus col., 1.999).

- Es necesario fomentar y aumentar la salud de las personas mayores independientes hacia la autonomía.
- En el caso de personas dependientes es preferible mantenerlos en su domicilio con ayudas del exterior, bien sea con cuidadores pagados (formales profesionales o no) o familiares (Aznar, M., 2.004) siempre que el nivel de dependencia lo permita ya que el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2.002) dice que esto es lo que las personas mayores desean. Para ello, tanto la familia como el cuidador formal no profesional deberían disponer de una información mínima y de la supervisión de un profesional.
- La decisión sobre el tipo de ayuda que recibirá la persona mayor dependiente debe surgir del dialogo entre los familiares próximos a ella. Los cuidadores no deben sentirse forzados ni por el sentido de obligación ni por otras circunstancias como pudieran ser las económicas. En el caso de realizar los cuidados de una forma forzada es más probable que exista un deterioro de la salud del mayor que el que ya de por si tiene el cuidador informal (CI) (Quintanilla, M., 2.002).
- Cuando hay un CI es mejor que se defina un cuidador principal y otros secundarios (aunque se pueden rotar los papeles).
- El papel de los amigos y vecinos como cuidadores secundarios y/o apoyo emocional es muy importante. Estos círculos sociales disminuyen el sentimiento de soledad en el CI y en la persona cuidada (PC). Y también aumentan la autoestima de la PC al sentirse apreciada por los demás (Quintanilla, M., 2.002).
- La relación entre CI y PC debe ser franca y de mutuo respeto. Verbalizar los sentimientos y buscar estrategias de comunicación (a pesar que en muchas ocasiones pueden llevar a discusiones momentáneas) tiene efectos saludables (Quintanilla, M., 2.002).
- Los hombres tienen la misma capacidad que las mujeres para ser cuidadores informales o cuidadores formales y por tanto deben ir asumiendo este rol.
- Los cuidadores deben vigilar su propia salud -sobre todo las que también son ancianas- y buscar apoyos necesarios para evitar dejarse absorber por el cuidado.

- Cuando el cuidador realiza una actividad laboral además de la de cuidador informal es mejor que la mantenga compartiendo su labor con otros cuidadores formales profesionales, no profesionales o informales.
- Los gobiernos deberán apoyar a los cuidadores informales con políticas económicas y de servicios. Las pensiones deben estar aseguradas y equilibradas entre si. Las medidas laborales deben ir encaminadas a flexibilizar el mercado con el cuidado. Entre los servicios hay que priorizar aquellos que prestan los cuidados en el ambiente de la persona según el grado de dependencia y favorecer un mercado público y privado para complementar el cuidado de las personas mayores. Una de las apuestas más claras debe ser ofertar claramente al CI cuales son las ayudas que se le pueden ofrecer como residencias temporales, servicios sociosanitarios a domicilio que garanticen una relación personal con los ancianos y los otros tipos de ayuda.

### **1.3.2. Perfil de la persona cuidada.**

Para determinar el perfil de la persona cuidada, nos hemos basado principalmente en la publicación más actual sobre el tema. Nos estamos refiriendo al libro blanco de la dependencia publicado en el 2.005. En su volumen I indica que se ha basado principalmente en la “Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud” de 1.999 y de numerosas investigaciones (Rodríguez, A. y sus col., 2.004b).

El perfil de la persona cuidada es el de una mujer (68,7%), con edad media de 69 años. Aunque la persona empieza a presentar necesidad de cuidado desde los 60 años, será a partir de los 65 años cuando más necesitará cuidados e irá incrementándose esta necesidad con la edad, ya que las más dependientes tienen alrededor de 80 años. El 4,6% de la población en España mayor de 80 años es algo más de dos millones de personas. Las personas que son cuidadas en su domicilio entre 71 a 80 años representan el 35,9% del total de personas cuidadas en su domicilio y cuando las personas cuidadas tienen entre 81 a 90 años representan el 39,4% del total de personas cuidadas a domicilio. Por lo tanto casi el 40% de las personas cuidadas tienen más de 70 años.

La persona que es cuidada en su domicilio tiene un estado civil muy distinto según su género. El hombre está casado y vive con su esposa en un 55,7%, mientras la mujer es viuda en el 66,2% de los casos. El 48,4% de las personas cuidadas viven con quien la cuida, con su pareja en el 48% de los casos y con sus hijos en el 28,5%. Sin embargo, hay que resaltar que viven solos el 12,6% de las personas mayores de 65 años. La persona mayor tiene la expectativa de ser cuidado por su familia en el 59% de los casos y por los servicios sociales

en el 11%. Y al opinar sobre quien preferiría que le cuidara si fuera su familia la que lo hiciese, desearían por igual que los cuidaran hijas o hijos en el 84% de los casos. La persona mayor desea ser cuidada en su casa en el 73,3% de los casos, en casa de los hijos en un 12,3%, en una residencia en el 9,8%, y en caso de ser dependientes desean vivir en su casa con algún tipo de ayuda en el 66,7% de los casos y en casa pagando a alguien en el 9,9% de las personas mayores de 65 años.

El nivel de ingresos de la persona cuidada en el 60% de los casos no alcanza los 300 € al mes y el 33% de las mujeres disponen menos de 360 € al mes, es decir por debajo de los niveles de pobreza de 483 € al mes (Ayuntamiento Barcelona., 2.005). En cuanto al nivel de estudios medio de la persona cuidada hay que señalar que es el de formación primaria, aunque la población española mayor de 65 años llega a ser analfabeta en porcentajes de un 27% para las mujeres y un 13% en los hombres, mientras que en la población catalana el porcentaje de analfabetos es de un 10%.

Para finalizar la descripción de la persona mayor cuidada nos vamos a centrar en su salud y dependencia. En España la esperanza de vida en los hombres es de 75,3 años y de 82,3 años en la mujer (Rodríguez, A. y sus col., 2.004f). Según el último informe publicado en el año 2.005 por el Ministerio de Sanidad sobre el sistema nacional de salud, en el año 2.003 las causas principales de morbilidad crónica en las personas mayores fueron hipertensión arterial (14,6%), colesterol (10,5%), diabetes (5,9%) y patologías cardíacas (5,8%). Las causas de mortalidad fueron las enfermedades cardiovasculares que incluye las tres primeras causas de mortalidad y son las isquemias, enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia cardíaca que en total representan el 25,28%, ocupando el cuarto lugar el cáncer de pulmón (5%) mientras que la suma del cáncer de pulmón, colon, mama, estómago y próstata representa el 11,85%, en quinto lugar se sitúan las enfermedades crónicas respiratorias (4,5%) y en sexto lugar la demencia (3,2%). El Alzheimer ocupa el décimo lugar con el 2,16% de la mortalidad, tras un aumento del 16,7% más que en el 2.000 cuando era la decimoquinta causa. Este dato es importante porque el Alzheimer da lugar a un número elevado de personas dependientes (Ministerio de Sanidad y Consumo., 2.006). En Cataluña las principales enfermedades causantes de morbilidad son las enfermedades coronarias, seguidas del cáncer y las enfermedades mentales (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2.002). Por otra parte, la percepción de salud en Cataluña de las personas entre 60 y 74 años es en los hombres muy buena en el 11% de los casos, normal en el 58% y no muy buena o mala en el 30%. En cambio en las mujeres es muy buena en el 19% de los casos, normal en el 55% y no

muy buena o mala en el 25% de los casos (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya., 2.004).

Una de las alteraciones de la salud que pueden derivar en situación de dependencia es la demencia. Se considera demencia al deterioro respecto al nivel previo de la memoria y la alteración de al menos otras dos funciones cognitivas (orientación, atención, funciones visual-espacial, funciones ejecutivas, control motor, praxias) de forma suficiente como para afectar en las actividades de la vida diaria (independientemente de lo que interfieran las deficiencias físicas). Se excluyen de este deterioro a pacientes con alteración del nivel de la conciencia, síndrome confusional agudo, psicosis, afasia intensa o alteración sensitivo motora notable que impidan la objetivación de las alteraciones neuropsicológicas. Las demencias provocan el 25% del total de las dependencias y la situación de gran dependencia afecta al 40% de los dementes. El 70% de los pacientes con demencia viven en el domicilio donde reciben el cuidado familiar y es frecuente que presenten sobrecarga (Editor Jano On-line., 2.006). En España la prevalencia de la demencia a los 65 años es del 1,5%, entre el 30 y 50% de los mayores de 85 años y se sitúa entre el 32% y 38% a los 90 años. La prevalencia se multiplica por 2 cada 5 años después de los 60. En España hay diagnosticados 600.000 casos con demencia, aunque se cree que hay 200.000 más sin diagnosticar. La demencia más frecuente es el Alzheimer (48%) seguida de las demencias vasculares (21,8%), las mixtas (25,7%) y las secundarias (4,5%). Reciente avances como los realizados desde los bancos de cerebros permitirán elaborar nuevos criterios diagnósticos de las enfermedades que producen demencia y estimular la investigación en el campo de las neurociencias (Cruz-Sánchez, FF., Ravid, R. y Cuzner, M., 1.995 y Cruz-Sánchez, FF., 2.000). Se prevé que para el año 2.025 habrá 1,2 millones de pacientes con Alzheimer. El coste del cuidado de estos pacientes es muy elevado, durante la primera fase de la enfermedad, la familia asume un gasto medio anual de 29.000 €, en la fase intermedia de 36.000 € y en la avanzada de 29.700 €. En España en dos años los recursos públicos destinados a este cuidado han crecido la mitad que el incremento de la población anciana (Marmaneu, E. y Ruipérez, I., 2.005).

Antes de indicar la discapacidad y dependencia de la persona mayor, cabe definir estos conceptos. Para ello nos hemos basado en el documento sobre el que se está organizando el estado español, la Ley de Dependencia y el futuro Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. En el Volumen I del "Libro blanco de la dependencia" (Rodríguez, A. y sus col., 2.004b), se parte para todo el estudio de la dependencia en España desde la definición del Consejo de Europa de 1.998, donde se define la dependencia como "el estado en el que se

encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal" (pág 4). Los resultados de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1.999 publicados por el Instituto Nacional de Estadística en el 2.002 ha incorporado este esquema conceptual, y proporciona una información extraordinariamente valiosa a la hora de establecer el mapa de necesidades de atención de las situaciones de dependencia en España. Para ello incluye las actividades de cuidado más personales o llamadas "actividades básicas de la vida diaria" (ABVD) y las "actividades instrumentales de la vida diaria" (AIVD). Las ABVD son aquellas imprescindibles para subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluye el autocuidado (asearse, vestirse..) y de funcionamiento básico físico (desplazarse por el hogar) y mental (reconocer personas, objetos, entender y ejecutar tareas sencillas). Las AIVD son más complejas y requieren mayor autonomía y capacidad de tomar decisiones. Entre ellas se incluyen la realización de las tareas domésticas (limpieza, plancha...), el cuidado del hogar (gestión de gastos...) o la posibilidad de salir de casa (ir al médico, pasear....).

En la Ley de Dependencia española, las personas con alteración de las ABVD y las AIVD se considerarán personas con discapacidad si necesitan ayuda menos de una vez al día durante 90 minutos, considerándose este nivel llamado "discapacidad" de inferior limitación o falta de autonomía que las personas con dependencia, tal como se comprueba en las siguientes definiciones. Las personas con dependencia son aquellas que como mínimo necesitan 90 minutos de ayuda una vez al día y estarán clasificadas en tres niveles: Gran Dependencia, Dependencia Severa y Dependencia Moderada. Estos tres niveles se han definido a partir del estudio de los niveles de dependencia de Alemania (tres niveles) desarrollados en el apartado 1.3.8.2. el apoyo formal en la Unión Europea, España y Cataluña.

En España el Grado I o Dependencia Moderada se da en aquella persona que necesita 90 minutos de atención una vez al día y varias veces a la semana. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día. El Grado II o Dependencia Severa se da en aquella persona que necesita 3h de atención, con necesidad varias veces al día (higiene, comida etc). Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador. El Grado III o Gran Dependencia se da en aquella persona que precisa un total de 5h al día, de las cuales 4h son de cuidado. Cuando la persona

necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona que le cuide.

Atendiendo a estas definiciones y según los datos del libro blanco de la dependencia en España, podemos decir que en España hay al menos un 32% de personas mayores de 65 años con alguna limitación (2,36 millones de personas). Un 25,6% de los mayores de 65 años presentan discapacidad o dependencia (1,9 millones de personas), siendo discapacitados en ABVD y AIVD el 14,4% (1,06 millones de personas) y presentando alguno de los tres niveles de dependencia el 11,2% (0,82 millones de personas), (Tabla I) (Rodríguez, A. y sus col., 2.004b).

Tabla I. Evolución de la dependencia en España del año 1.999 al año 2.006.

Características	Año 1.999		Año 2.006	
	Todas las edades/m	> 65 años/m	Todas las edades/m	> 65 años/m
Gran dependencia o muy grave	141.000	-	195.000	163.000
Dependencia severa o grave	304.000	-	370.000	293.000
Dependencia moderada	514.000	-	560.000	371.000
<i>Población con dependencia</i>	<i>959.000</i>	-	<i>1.120.000</i>	<i>826.000</i> (11,2% de los > 65años)
Discapacidad en ABVD	724.000	-	800.000	511.000
Discapacidad en AIVD	801.000	-	860.000	554.000
<i>Población con discapacidad</i>	<i>1.525.000</i>	-	<i>1.660.000</i>	<i>1.065.000</i> (14,4% de los > 65años)
Total población con discapacidad y dependencia	2.484.000	-	2.800.000	1.891.000 (25,6% de los > 65años)
Población con alguna limitación que han causado o pueden causar discapacidad	3.500.000	2.080.000 (32% de los > 65años)	-	≥ 2.360.000  (≥ 32% de los > 65años)
Población	39.500.000	6.500.000 (16,6% de todas las edades)	44.000.000	7.400.000 (16,8% de todas las edades)

Los datos de la Tabla I muestran un perfil teórico de la persona cuidada. El grupo mayor es el de personas que presentan alguna limitación, después en menor proporción, tenemos al grupo de personas con discapacidades en ABVD y AIVD. Finalmente, en una proporción todavía menor, el grupo de personas dependientes (en menor cantidad cuanto mayor sea la dependencia). En Cataluña, según datos del libro blanco de la dependencia el porcentaje de personas con alguna discapacidad es similar a España (223 personas mayores dependientes/1000 personas mayores en Cataluña frente a 228 personas mayores dependientes/1000 personas mayores en España. Así, en Cataluña presentan alguna discapacidad en ABVD y AIVD un total 230.078 personas mayores de 65 años (22,30% de los mayores de 65 años).

### **1.3.3. Ayuda a la persona mayor dependiente: informal y formal.**

Las ayudas que se prestan a las personas mayores en España es un tema ampliamente tratado por diversos autores como el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), (2.002), Quintanilla, M. (2.002) y Zabalegui, A. y sus col. (2.004) pero sus datos más actuales se indican en el libro blanco de la dependencia (Rodríguez, A. y sus col., 2.004g). Según estos autores podemos encontrar las siguientes ayudas informales y formales.

Ayuda informal es aquella que se contrapone al prestado por los servicios formales porque suele haber afectividad en la relación y no está burocratizado, no es laboral, ni está profesionalizado (Pereda, C. y sus col., 1.999). El nodo de investigación de la red nacional de investigación a personas mayores referente a cuidadores informales de Zabalegui, A. y sus col. (2.004) definen el cuidado informal como la prestación de cuidados a personas dependientes por parte de los familiares u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen y sin que exista entre ellos una organización explícita. Esta ayuda representa el 93% del cuidado prestado en España a las personas mayores dependientes. Cuando no se produce esta ayuda puede haber un vacío, situación a tener muy en cuenta, cuando la administración reconoce que como mucho solo un 9% de los mayores de 65 años reciben ayuda no familiar (este 9% se produciría si todos los tipos de ayuda los recibiera una misma persona) (Rodríguez, A. y sus col., 2.004g). Pero además cuando hay ayuda, se debe velar para que esta se realice correctamente, porque sino se puede llegar a situaciones como las de EEUU donde hay un millón de personas dependientes abandonadas y además hace falta evitar abusos o malos tratos a los mayores. Un abuso es una negligencia sin conciencia de ello por parte de quien lo sufre. Las principales causas de negligencia de los

cuidadores informales son las enfermedades físicas, el estrés y la carga emocional y física del propio cuidador (Jiménez, L., Ballesteros, M. y Hijan, C., 2.001).

Para medir el porcentaje de cuidadores informales se ha propuesto un índice basado en el número de mujeres trabajadoras, el envejecimiento de la población y el grado de urbanismo rural o ciudadano. Esta propuesta de índice se conoce como el Indicador de Falta de apoyo informal (IFAI) que todavía está en desarrollo (Llita, E., 1.998). El cuidador informal se subclasifica en primario cuando la persona que asume la responsabilidad de la ayuda material y resuelve los problemas de la persona mayor y secundario cuando el grupo de personas ayudan al cuidador primario y a la persona mayor dando apoyo informacional. En algunas culturas los amigos o familias no directos pueden superar el apoyo prestado por las familias directas (sobre todo las culturas africano-americanas) llegando a suponer hasta el 25% del apoyo (Cox, C. y Monk, A., 1.996). La religión y socialización de los cuidadores informales se encuentran como puntos fuertes en la superación de sus problemas derivados del cuidado (Navaie-Waliser, M. y sus col., 2.002). Diferentes autores muestran la importancia del cuidador secundario para disminuir las consecuencias negativas de ser cuidador informal primario (Rose-Rego, S., Strauu, M. y Smyth, K., 1.998).

La ayuda formal, según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), (2.002), Quintanilla, M. (2.002) y el libro blanco de la dependencia (Rodríguez, A. y sus col., 2.004g), es aquella que se realiza pagando **una retribución económica al cuidador** que la realiza. Puede ser directa o privada o bien indirecta por mutuas o el estado. Según estos autores, los recursos que existen para atender a las personas mayores a domicilio son por un lado los servicios de salud como el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD), la atención hospitalaria, ambulatoria y urgente y la asistencia a través del hospital de día. Y por el otro lado también existen recursos de los servicios sociales con residencias, centros de día, servicios de atención domiciliar social, clubes de pensionistas (recreativos, ocupacionales o de asesoramiento) y aportaciones económicas.

Los servicios sanitarios y sociales están prestados por el estado, ayuntamiento, organizaciones no gubernamentales (ONG) y empresas privadas. La cobertura sanitaria es prácticamente un 60% pública y un 40% privada, aunque en Cataluña es al contrario. En cuanto a la cobertura social la mayoría es privada ya que en el 65% y 75% de los casos son privadas y además en la inversión de residencias ha habido una desaceleración pública. Las piezas claves del apoyo formal son el servicio de atención domiciliaria (SAD) y la atención a domicilio social. Estos

dos recursos establecen un sistema de relaciones personales en microclima domestico-familiar y hay un compromiso de tiempo y dedicación, apareciendo vínculos afectivos entre la persona cuidada y el cuidador.

En definitiva, podemos decir que además de una aportación económica, principalmente la ayuda consiste en un cuidador. Un cuidador es una persona que proporciona cuidados generalmente en el entorno del hogar a uno de sus progenitores, al cónyuge, a otros familiares o a personas sin vínculos familiares, a una persona enferma o discapacitada. Puede ser miembro de la familia, un amigo, un voluntario o una persona pagada (Castro, E. y Zarzosa, M., 2.006), según investigaciones recientes los cuidadores pagados pueden representar hasta el 18% del total de cuidadores (Gómez, M. J., 2.006). Y como hemos visto, este cuidado puede ser informal o formal pero dentro de los formales podemos encontrar diferencias según su formación. Según el volumen V del libro blanco de la dependencia, existe un gran déficit de profesionalización y por consiguiente una baja remuneración en el cuidado domiciliario de las personas mayores dependientes, que afecta a todas las categorías profesionales, pero especialmente al cuidador a domicilio de personas dependientes. Cuidador, que en muchos casos, no es profesional al no disponer de formación (Rodríguez, A. y sus col., 2.004g).

Atendiendo al grado de formación, existe otra clasificación de los cuidadores formales. **Cuidadores profesionales formales** son aquellos que disponen de una formación académica y **cuidadores no profesionales formales** aquellos que no tienen formación académica (Bourgeois, M. y sus col., 1.996 y Wino, A. y sus col., 2.002). Incluso hay autores como Llitra, E. (1.998) que afirman que el descenso de los cuidadores informales puede dar lugar a un incremento de los cuidadores formales no profesionales. Para garantizar que estos primeros proporcionen cuidados correctos deben tener una formación mínima suficiente (U.S.Department of Health and Human Services., 2.002). Este hecho también está indicado en el libro blanco de la dependencia (Rodríguez, A. y sus col., 2.004a). En este sentido, la presidenta de la asociación de trabajadoras familiares de Catalunya (Blanc, M., 2.003) reconoce que estos cuidadores no son profesionales todavía porque no está desarrollada la aprobación sobre los trabajadores familiares del Parlament de Catalunya de 1.992 ni la LOGSE en el Parlament de 1.999 y por tanto no hay una titulación oficial que les avale. A pesar de ello, su asociación ya está formando personas para el cuidado de personas mayores. En cualquier caso aunque exista una titulación oficial, probablemente, continuarán existiendo cuidadores formales no profesionales que prestarán cuidados sin la formación necesaria.

### **1.3.4. Aproximación conceptual entre cuidador informal y cuidador no profesional formal**

El concepto de cuidador no profesional formal se aproxima al del cuidador informal cuando éste busca en el primero un sustituto conceptual. Es decir alguien que haga las mismas funciones que el propio cuidador informal estaba realizando hasta que decidió que quería incorporarse al mercado laboral o cuando reconoce que necesita una ayuda en tiempo para él mismo, apoyándose en un cuidador de parecidas características a las que él tiene. Por este motivo algunos autores creen que los cuidadores pagados representan una continuidad de los informales (Kane, R. A., 1.989, Pereda, C. y sus col., 1.999, Gómez, M. J., 2.004 y Castro, E. y sus col.2.006) deseando en un 53% de los casos que realicen el cuidado continuo en el propio domicilio de la persona cuidada (Gómez, M. J., 2.006).

El propio libro blanco de la dependencia plantea la preocupación por la falta de personal cualificado para el cuidado de personas mayores tanto a efectos de asistencia a domicilio como de instituciones cerradas. Esta necesidad de personal, según recuerda la Organización Mundial de la Salud, debería ser debidamente cubierta a través de los correspondientes procesos formativos, tanto a los cuidadores formales (médicos, enfermeros, trabajadores familiares, cuidadores) como a los cuidadores informales (miembros del núcleo familiar) (Rodríguez, A. y sus col., 2.004b).

Esta proximidad entre tipos de cuidadores informales y no profesionales formales, se observa también en el volumen X del libro blanco cuando se utilizan ambos tipos de cuidadores para determinar el número de puestos de trabajo que se podrían crear y afirma que no se dispone de datos acerca del número de cuidadores retribuidos de personas dependientes que trabajan al servicio de las familias sin contrato ni cobertura social, pero todo hace pensar que ese número es importante. Uno de los efectos derivados de la implantación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia podría ser la afloración de una parte sustancial de este empleo sumergido, en la medida en que las regulaciones contemplen medidas para incentivarla, sobre todo teniendo en cuenta que un porcentaje significativo de los trabajadores que realizan estas tareas son extranjeros sin permiso de trabajo, que podrían haberse acogido a la regularización en el Reglamento de la Ley de Extranjería del 2.005.

En el horizonte del año 2.010, el potencial de afloración de empleo sumergido derivado de la implantación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia puede estimarse en unos 80.000 puestos de trabajo. Esto en cuanto a cuidadores formales no profesionales, pero

los cálculos realizados permiten estimar que, como consecuencia de la implantación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, unos 115.000 cuidadores familiares podrían estar en condiciones de incorporarse al mercado laboral. En resumen, los efectos potenciales sobre el empleo que podrían derivarse de la implantación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, para el 2.010, serían la generación de más de 450.000 empleos equivalentes a jornada completa. Esta cifra incluiría los efectos directos, indirectos e inducidos derivados de la implantación del sistema como son la afloración de empleo sumergido, la generación de empleo en la atención de las personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna actividad básica de la vida diaria y finalmente la incorporación de 115.000 antiguos cuidadores familiares al mercado laboral (Rodríguez, A. y Valcarce, M., 2.004c).

Una vez más, se observa proximidad entre el cuidador informal y el formal en la investigación liderada por England, S. E. y Linsk, N. L. (1.989) donde se paga a los propios familiares en un programa comunitario que permite a los familiares ser remunerados como cuidadores. De 444 clientes, el 22% escogió a familiares cuidadores pagados. Los que menos aceptaron esta situación fueron los coresidentes y los familiares más directos. Esta misma situación, se plantea como elemento innovador en el Sistema Autonomía y Atención a la Dependencia en España.

Además, diversos autores como Paleo, N. (2.005) manifiestan que las consecuencias de cuidar a personas mayores afectan tanto a cuidadores familiares como a formales de la misma manera. Una de las principales diferencias que se podrían argumentar son las relaciones de afectividad y económicas. Algunos autores ponen de manifiesto que no siempre existen relaciones de afectividad positivas entre los cuidadores informales y la persona cuidada (Daire, A., 2.002) o bien afirman que también hay relación de afectividad entre cuidadores formales de larga duración y la persona mayor cuidada (Bullock, K., Crawford, S. L. y Tennstedt, S. L., 2.003). Los lazos afectivos del anciano se caracterizan habitualmente por ser traumáticos en la etapa de la vejez ya que hay una gran cantidad de pérdidas en poco tiempo que es difícil de remplazar y afrontar. En muchas ocasiones la familia busca otro rol o relación para evitar estas situaciones conflictivas y aparece la llamada “intimidad a distancia” en donde la persona mayor vive en una casa diferente a la de sus familiares cuidadores (García, M. y sus col., 2.001). Siguiendo en la misma línea de crítica Pereda, C. y sus col. (1.999) manifiestan que la situación económica también juega un papel en el cuidador informal y por tanto, no siempre existe altruismo en el cuidado que realiza. Este es el caso de

las herencias o del cobro de la pensión que en ocasiones representa un valor importante en la economía familiar. En una investigación reciente se observa que el 48% de los familiares pasan a cobrar la pensión de la persona cuidada y esta decisión se toma en una reunión familiar en el 35% de los casos (Gómez, M. J., 2.006). Todas estas matizaciones presentan la posibilidad de aproximar en algunos aspectos – aunque tenga otras que las separa- la figura del cuidador informal al cuidador no profesional formal.

### **1.3.5. El cuidado formal prestado por las administraciones.**

El libro blanco de la dependencia muestra la oferta de ayudas formales a las personas mayores de 65 años que existe en España y Cataluña (Rodríguez, A y sus col., 2.004g). Entre los recursos para el cuidado de los mayores dependientes y aún siendo el menos deseado por ellos, destaca **la residencia geriátrica**. En España hay 4.888 residencias con 266.000 plazas y ratio de 3,65 por cada 100 mayores de 65años. El 75% son privadas y 25% públicas, aunque en 1.994 era el 32,50%. El ratio varía mucho según cada comunidad autónoma. Hay que destacar que solo el 60% de las plazas pueden ser para personas dependientes. En Cataluña hay 1.238 residencias públicas y privadas, con 50.000 plazas, un 4,1 por cada 100 mayores de 65 años donde casi el 100% pueden ser para personas dependientes. En Cataluña se pretende en el 2.007 conseguir la referencia europea de 2 plazas públicas por cada 100 personas mayores de 65 años.

El número de **Centros de Día** que hay en España es de 1.756 con 33.709 plazas, un 0,46/100 mayores de 65 años. En Cataluña hay 642 centros con casi 11.000 plazas, lo que supone un ratio de 0,95 siendo el mayor ratio en España.

**La Teleasistencia** cubre a unas 150.000 personas en España con un 2,05/100 mayores de 65 años (el objetivo es cubrir el 12% de la población que vive sola). El coste de este recurso es de 265 €/persona y año. En Cataluña su ratio es de 0,79/100 mayores de 65 años con un coste de 206 €/persona y año.

**La Atención a Domicilio** cubre a 229.000 personas de las que el 71% son mujeres y en el 52% atiende a personas mayores de 80 años. La cobertura media nacional es de 3/100 mayores de 65 años. Hay una gran variabilidad por comunidades autónomas desde el 7,40 al 2/100 mayores de 65años. La media de dedicación es de 4h/semana con un coste de 10,83 €/hora. En Cataluña el ratio es de 2,9/100 mayores de 65 años, con una dedicación de

3,50h/semana y un coste de 10,42 €/hora. Sin embargo, en cuanto al contenido de la atención domiciliar es muy distinto al resto de España, mientras en Cataluña un 75% es de atención sanitaria y un 25% de cuidados domésticos, en la mayoría de comunidades autónomas españolas es 25% de cuidados sanitarios y 75% de cuidados domésticos. Además el libro blanco indica que el 95% de los mayores reciben cuidados no profesionales (Rodríguez, A. y sus col., 2.004g).

Hay que destacar que según datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), (2.002), el tiempo de dedicación al apoyo formal (Mercado libre y SAD) se concentra de tal forma que el 75% del tiempo es para cuidar a pacientes terminales o de alta dependencia. En cuando a la dedicación horaria de los cuidadores formales a domicilio (no solo el SAD, si no también el mercado libre) se observa que en el 19% de los casos de atención formal domiciliar se proporcionan cuidados en más de 40h/semana, en el 9% de los casos la atención formal domiciliar la atención es de 31 a 40h/semana y en un 29% de los casos de la atención formal domiciliar se proporciona de 7 a 30 h/semana. En cuanto al periodo de tiempo que llevan prestando el cuidado, éste oscila entre 3 a 6 años de dedicación a la persona mayor (Rodríguez, A. y sus col., 2.004f).

Otro dato a tener en cuenta en la oferta de ayuda de cuidado que se hace a los mayores, y que hasta la actualidad no se indica, es la equidad en la oferta en los lugares de mayor población inmigrante. Es importante indicar este hecho, porque en países con larga tradición en inmigración como EEUU, el SAD se concentra en la población caucasiana en un 85% y solo actúa en las minorías en el 15% restante (Collins, C., Stommel, M., King, S. y Given, W., 1.991). Por tanto se hace necesario tenerlo en cuenta para evitar estas situaciones.

En cuanto a **las ayudas económicas** que reciben las personas dependientes, podemos decir que no se puede dar ningún dato general para toda España. Los datos son muy distintos según las comunidades autónomas, ayuntamientos y diputaciones, el nivel de ingresos de la persona y del cuidador. En las comunidades autónomas encontramos ayudas desde 90,15 € a 420 €/m y en los ayuntamientos y diputaciones desde 100 € a 600 €/m (Rodríguez, A. y sus col., 2.004g). En el 2.003 se pagaron ayudas económicas de 240 €/m a 20.000 personas. En el 2.006 esta ayuda se ha aumentado a 289 €/m en 86.000 mujeres viudas, complemento de la Generalitat a las viudas que cobran anualmente menos de 6.924 € y proporcionalmente hasta 7.213 € (Gencat.net/premsa., 2.006). En Cataluña el número de beneficiarios de prestación económica a familias cuidadoras es de 4.497 personas con una ayuda medio anual por

beneficiario de 2500 € (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2.002). La Ley de Dependencia dice que facilitará estas ayudas económicas, cuando no se puedan atender a la persona dependiente en el domicilio a través de la oferta pública y se tenga que utilizar los servicios de cuidados privados. Es decir que exigirá la declaración del cuidador que realiza el cuidado y evitará la economía sumergida. Este cuidador privado podría proceder de una empresa o ser autónomo.

Según indica el libro blanco de la dependencia en España, la utilización a nivel nacional durante dos semanas de la ayuda que proporciona la administración pública ha sido la que se muestra en la Tabla II.

Tabla II. Empleo de las ayudas a las personas dependientes mayores de 65 años en 15 días.

Ayudas recibidas	Número de beneficiarios	Porcentaje de personas mayores de 65 años con alguna limitación
Cuidados enfermeros y médicos	378.000	18,20%
Rehabilitación	339.000	16,30%
Ayuda Domiciliar Sanitaria	108.000	5,20%
Ayuda Domiciliar Social	39.000	1,90%
<b>Total Ayuda Domiciliar</b>	<b>147.000</b>	<b>7,20%</b>
Teleasistencia	5.200	0,25%
Respiros: Centros de día	5.225	0,25%

Analizando los datos nacionales de la Tabla II y pensando que el porcentaje se refiere a personas mayores de 65 años con alguna limitación, podemos afirmar que mayoritariamente el uso de ayuda a esta población se concentra en cuidados sanitarios y no tanto en los servicios sociales. En cuanto a las ayudas sociales, la más usada es la ayuda domiciliar y en muy pocas ocasiones la teleasistencia y los centros de día. Sabiendo que la cobertura de la ayuda domiciliar es del 3% de toda la población mayor de 65 años (no solo de la que presenta alguna limitación) y que la ayuda por teleasistencia es del 2,05% y los centros de día del 0,46%, se observa que en proporción los más usados son la ayuda domiciliar social y los centros de día con una utilización de más de la mitad de sus posibilidades y en cambio la teleasistencia ha sido muy poco usada. Todo parece indicar que al ser la teleasistencia una técnica nueva, pero sobre todo impersonal, dificulta su uso, aunque puede representar una gran seguridad, sobre todo para los mayores que viven solos.

Si a estos datos añadimos el uso de las residencias, se observa según datos del libro blanco que de las 266.000 plazas de residencias en España, 200.000 están ocupadas por personas

mayores dependientes. Por tanto, y a pesar de ser una solución no deseada por las personas mayores, la proporción de su uso es muy alta (Rodríguez, A. y sus col., 2.004g).

Tras el análisis de la utilización de las ayudas, aunque parezca que existe una buena cobertura, Sánchez, J. (2.004) indica que ocho de cada 100 discapacitados que requieren ayuda permanente y diez de cada 100 que sólo la necesitan para algunas cosas, no están recibiendo la atención que precisarían. El propio libro blanco manifiesta que la ayuda existente es insuficiente. Así mismo, la Generalitat de Catalunya también califica esta ayuda de insuficiente ya que hay una cobertura baja del soporte domiciliario, una calidad muy variable y grandes diferencias en el acceso y el pago (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya., 2.005). En definitiva, la literatura indica que la oferta de ayuda a la dependencia es insuficiente.

Al finalizar la oferta de ayuda existente y su utilización, es necesario conocer cual es la opinión de los españoles en cuanto a la responsabilidad del cuidado de los ancianos. Los datos indican que un 86,80% piensa que la responsabilidad es principalmente de los hijos. Pero esta responsabilidad no es exclusiva, sino que también es del estado según la opinión del 86,40% de la población en general. El 91,50% de la población opina que los problemas del cuidado a las personas mayores mejorarían si aumentaran los servicios sociales. Más de la mitad de la población (57,30%) piensa que la mejor medida para ayudar a los cuidadores informales sería aumentar la ayuda económica a los ancianos, mientras que un 13,20% de la población cree que la ayuda a los cuidadores informales mejoraría con un aumento de la atención domiciliaria y del servicio de asistencia doméstica y tan solo un 3,50% de la población cree que se ayudaría al cuidador dándole información (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2.002).

Si comparamos la situación española con la europea, con respecto a la responsabilidad de la ayuda a la persona mayor observamos que en Irlanda, Dinamarca y Suecia la responsabilidad es total del estado. En Alemania el primer responsable es la propia persona, después su familia y en último caso la ayuda social. En Gran Bretaña es el estado el responsable de la ayuda pero con énfasis en la salud comunitaria y el cuidador informal de forma combinada y en Grecia la responsabilidad es de la familia (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2.002).

Es necesario completar este apartado hablando sobre el coste de la ayuda social, en parte público y en parte privado. Debido a que el coste va a ir aumentando ya que el estado no va a poder asumir todo este incremento, ya se están planteando formulas para que las propias personas mayores dispongan de capital para sufragar su propio cuidado. Así, el propio sistema de financiación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia ya cuenta con el usuario para tal fin. En concreto se apoya en una nueva ley que regula el mantenimiento económico de los mayores con otras personas. Se trata de la Ley 41/2003, del 18 de Noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad. Hace referencia a las modificaciones en materia de incapacidad y tutela. Da la posibilidad de que el propio interesado inicie su propia incapacitación, estableciendo igualmente las medidas que desea que regulen su situación económica en el momento en que aquella se reconociese. También regula la protección patrimonial del incapacitado creando la figura jurídica del Contrato de Alimentos. Mediante este contrato, el obligado a prestarlos (una persona o el propio estado) tiene que proporcionar vivienda, manutención y asistencia a una persona durante su vida a cambio de la transmisión de un capital, y todo ello por la mera voluntad de las partes contratantes (Illana, A., 2004). Esta Ley de Contrato de Alimentos junto con el dato que muestra que el 80% de los mayores son propietarios de sus viviendas (equiparando su nivel de riqueza al resto de Europa) y la creación de un mercado de rentas vitalicias sobre sus propiedades, aseguran la financiación del cuidado por el propio mayor dependiente de su cuidado. Con la creación de estas rentas vitalicias de las propiedades que complementa la capacidad financiera de los pensionistas, las personas recibirían un dinero a cuenta de su vivienda y ésta quedaría en poder de la entidad tras su fallecimiento. Por tanto, dentro del apartado de ayudas formales, hemos querido resaltar que ya se han creado nuevas leyes para poder asegurar que el pago de estas ayudas recaiga en parte en la persona mayor dependiente. Más cuando, según datos del libro blanco de la dependencia el coste en el 2003 para atender a personas dependientes ha sido de 1.514,34 millones de euros. Esta cifra significa 797 euros al año por persona mayor de 65 años con alguna discapacidad (Rodríguez, A. y sus col., 2004f).

### **1.3.6. El cuidador informal.**

Como ya se ha indicado, el cuidador informal (CI) es aquel que presta cuidados a personas sin recibir retribución económica por la ayuda y que generalmente son los familiares u otras personas sin que exista entre ellos una organización explícita. Representa el 93% del cuidado prestado en España a los mayores. El cuidador principal son las hijas en un 50% de los casos y los esposos en un 16,80%. El cuidador secundario o apoyo informal al cuidador informal

son vecinos 1,2% o amigos 1% (Rodríguez, A. y sus col., 2.004f). Sin embargo, este tipo de ayuda a la persona mayor está sufriendo una importante variación por la entrada de la mujer en el mercado laboral y esto supone que parte del ahorro en gasto social, que hasta ahora tenía el estado, está empezando a disminuir.

El estudio de las redes de apoyo informal se ha iniciado en los países occidentales a partir de los setenta, coincidiendo con la crisis del estado del bienestar. Estos estudios ponen de manifiesto que en España ha sucedido algo contrario a lo acontecido en Europa. En los años 70 y 80 los gobiernos han ampliado el gasto social reivindicando el estado del bienestar precisamente cuando estaba entrando en crisis en el resto de Europa. Desde los años 90, al supeditar nuestra economía a las exigencias de la Unión Europea, se ha producido una contención del gasto público. Para ello, se ha liberalizado el mercado y han aparecido múltiples empresas de servicios dirigidos a las personas mayores y al mismo tiempo se ha potenciado el papel del CI y del cuidador no profesional formal privado. Los gastos sociales en España han disminuido un 4% entre el 1.993 y el 1.999, mientras que en Europa solo disminuyó el 0,80%. Todo esto con el agravante de que la media en Europa del gasto social es del 27,5% y en España del 20% del PIB. El descenso de este gasto se produce tanto en mantenimiento de discapacitados como en vejez. Además, España es el antepenúltimo país de la UE en gasto social (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2.002).

Los estudios pioneros sobre apoyo informal se dieron en los países anglosajones y se centraron en la unidad familiar ya que ésta es la institución de apoyo más importante para los ancianos, no solo en España sino en toda Europa. En España un 33% de los CI dan atención esporádica, un 20% permanentemente y el resto ayuda en situaciones intermedias (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2.002). Además, España es el tercer país en contactos diarios con los padres mayores de 65 años (60,70%) después de Grecia (64,80%) e Italia (70,70%), todos ellos muy lejos de Francia (18%) y Países Bajos (35%) (Llitra, E., 1.998).

Debido a que la familia es la institución clave de dinámica social y de cuidado a los mayores, es lógico que nos detengamos en ella. La familia troncal como unidad de producción ha dado lugar a la familia nuclear como unidad de consumo. La vida privada se va escindiendo de la esfera pública y el hogar nuclear se repliega sobre si mismo. La casa deja de ser un espacio abierto dando paso a la intimidad familiar. Se realza el amor conyugal y la posición de los hijos (el niño como nuevo rey del hogar). Se reduce el tamaño familiar y aparecen factores

como el confort llevando a considerar el hogar como un refugio frente a las amenazas externas. En cuanto a su estructura, se observa que la madre de familia es la encargada de organizar y gestionar el ámbito familiar, incluyendo el cuidado del esposo, la educación de los hijos y la atención de los ancianos. Sin embargo, este papel está evolucionando muy rápidamente porque en el 33% de las familias españolas, la mujer está entrando en el mercado laboral y aunque continúa llevando el peso del rol anteriormente descrito, todo hace apuntar que irá cambiando. Las familias han disminuido su tamaño al descender la tasa de nacimientos y si a esto se le suma el aumento de la esperanza de vida por las mejoras en el cuidado de la salud en general, se produce un envejecimiento de la familia. En concreto, Barcelona ha envejecido, ya que en 1.970 había 1,75 millones de habitantes, en el 2.000 había 1,49 millones y en el 2.006 había 1,61 millones (con un cierto incremento debido a la inmigración que supone el 16,10%) pero con un porcentaje de población de mayores de 65 años del 20,54%, dato que representa un alto porcentaje de mayores (Instituto Nacional de Estadística.2.003 y Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona., 2.006a). La esperanza de vida en España está aumentando aceleradamente, en especial las del tramo superior a los 80 años que habrá aumentado un 50% entre el 1.991 y el 2.010, con un fuerte envejecimiento de los miembros de la familia.

Si bien el modelo de familia nuclear tiende a afianzarse tanto en España como en los países del entorno, también es cierto que se está produciendo una cierta liberalización de la misma. Actualmente se está poniendo énfasis en la libertad de opción de los individuos, debilitando el principio tradicional del deber filiar tal como ocurre en la sociedad Norteamericana (Yoon-ri Lee y Kyu-Taik, S., 1.997).

Sin embargo, la institución familiar, a la vez producto social y factor de transformación, exalta el protagonismo del cuidado de los individuos en detrimento del papel jugado por otros factores de la sociedad. Para evitar este conflicto, es mejor que los cuidadores informales deban querer cuidar por convencimiento y no por obligación. Pero al mismo tiempo, además de saber quienes están dispuestos a hacerlo, es necesario contabilizar el número de cuidadores informales. Para ello se ha creado un indicador de potencial de cuidador informal que recoge la población entre 45 a 69 años sobre la población mayor de 70 y 80 años. Este indicador señala que hay 2,50 cuidadores informales potenciales por cada persona mayor de 70 años y 7,45 por cada mayor de 80 años (Rodríguez, A. y sus col., 2.004f).

### 1.3.6.1. Perfil del cuidador informal

El perfil de CI en España que se presenta a continuación está basado en la publicación más actual, nos referimos al libro blanco de la dependencia en España del 2.004 en su volumen III. Al comparar los datos del libro blanco con los publicados por el IMSERSO en 1.995 (Rodríguez, A. y sus col., 2.004f), el principal cambio que se observa es que el 66% de los CI comparten sus tareas como cuidador con otros miembros de la familia, mientras que en el año 1.995 solo lo hacía el 30,50%.

El CI es en general mujer (83,60%) con edad media de 53 años. El grupo de edad del potencial cuidador se sitúa entre 45 y 69 años y el 52,25% de los CI tienen entre 40 y 59 años. En el 50% de los casos es la hija de la persona dependiente. Por orden de porcentaje los cuidadores son hijos (57,20%), esposos (16,80%) y nuera/yerno (10,10%). En el 76,20 % es una persona casada y el 60% del total de CI tiene un nivel de estudios bajo. El 17,1% de los CI es analfabeto y el 43% tiene estudios primarios. En cuanto a su situación laboral, el 73% no tienen actividad laboral retribuida. Estos cuidadores desarrollan las tareas del hogar (44,20%) y son jubilados (20,20%).

El 60,70% de los CI conviven con la PC. El 36% de personas mayores viven con sus hijos o hijas, este porcentaje registra un diferencial importante por razón de género (23% varones y 41% mujeres). Lo contrario cabe decir con respecto a los mayores que viven en pareja (sólo el 16% de las mujeres, frente al 55% de los varones).

De media el CI hace 6 años que realiza los cuidados con una dedicación diaria de 10h. Con respecto al tipo de cuidados que presta el CI, se observa que el 89,3% de ellos realizan AIVD domésticas (limpiar, preparar la comida..) y un 92,1% realizan otras AIVD (salir a comprar, acompañar médico..). El 76,10% de los CI realizan cuidados relacionados con las ABVD (cuidado personal). Al analizar las ayudas recibidas por los CI se observa que un 14% tienen un cuidador no profesional formal que en el 51,20% de los casos es empleado de hogar. La distribución de la ayuda que recibe es la siguiente, el 38% la ayuda proviene del ayuntamiento, en un 2,90% proviene de empresas privadas y solo en un 2% de los casos la ayuda proviene de sistemas sanitarios y es en centros de día o residencias. En cuanto a sus expectativas de quien debería cuidar al mayor, el 90% de los CI cree que es una obligación que la familia lo cuide, el 88,50% piensa que las personas cuidadas deben tener acceso a centros públicos y el 65,30% opina que el estado debe apoyar con recursos. Hay que reseñar que el 18,10% de los CI piensa que el estado es el principal responsable con participación

familiar, mientras que un 6,40% cree que las familias son las únicas responsables. Al analizar la colaboración que le gustaría recibir al CI se observa que en 1.994 un 61,5% de los CI prefería un salario mensual, un 30,70% opinaba que la mejor colaboración era la atención domiciliar y un 15% solicitaba ayudas tipo centros de respiro. Sin embargo, en el 2.004 se ha variado esta opinión de tal manera que un 64% de los CI prefieren la atención domiciliar y ayudas tipo respiro y un 32% de los CI prefieren recibir un salario mensual para gestionar ellos mismos las ayudas a la persona cuidada.

### **1.3.7. Impacto y consecuencias de ser cuidador.**

Numerosos autores determinan que el cuidado de la persona mayor conlleva un impacto y consecuencias que en ocasiones son negativas (Martín, M., Salvadó, I. y Nadal, S., 1.996 y Picot, S., Zauszniewski, Debanne SM y Holston, E.1.999) y en otras positivas (Farran, C. J., 1.997). A continuación se desarrollan algunas teorías.

#### **1.3.7.1 Teorías del impacto del cuidado sobre el cuidador**

Como ya se ha indicado en el apartado de antecedentes, la persona vive en un marco social que le es innato a su propia condición. Vivir en sociedad comporta la convivencia y la ayuda entre los seres humanos. La familia ocupa el lugar más destacado en cualquier momento que se preste el cuidado y se hace muy evidente en el cuidado de las personas mayores. La relación de cuidados, entre la persona aquejada y la que le ayuda, se espera que aparezca automáticamente cuando las personas tienen una relación interpersonal. Las dificultades surgen cuando la relación no se establece o perjudica a uno de los integrantes de la relación. Los problemas que destacan en el impacto del cuidado sobre el cuidador son la depresión, ansiedad, estrés y limitación o aislamiento social (Martín, M. y sus col., 1.996). Estos problemas en general afectan a todos los cuidadores, pero sobre todo a los que atienden a personas con demencia. Sin que se pueda hablar de enfermedad es habitual hablar de sobrecarga hasta llegar al agotamiento en las etapas más críticas de la enfermedad de la persona demente. Entre las investigaciones que avalan el tipo de consecuencias se puede destacar la revisión bibliográfica desde 1.980 al 2.000 de Dilworth , P., Canty , I. y Gibson, B. (2.002), así como de otros autores (Pruchno, R. y Patrick, J. H.1.999 y Zabalegui, A. y sus col., 2.004).

En el estudio realizado por Cantor, M. H. (1.983) sobre el tipo de relación entre cuidador y persona cuidada, se observó que la tensión emocional era menor en los hijos que en los esposos y en los cuidadores no familiares que en los familiares, aunque no quiere decir que no

exista tensión en los cuidadores no familiares. Es decir, cuanto más lejana es la relación, menor tensión emocional. Sin embargo, es necesario destacar que la mala relación previa se asocia con mayor preferencia por los cuidados institucionales. Por tanto, parece que no solo influyen los lazos familiares, sino también la calidad de las relaciones que mantienen cuidador y persona cuidada.

La existencia de consecuencias en el cuidador ha llevado a diseñar como principal teoría que las explique la teoría del estrés, afrontamiento y adaptación (Lazarus, R. S. y Folkman, S., 1.984). Esta teoría se basa en la capacidad de adaptación que tiene la persona frente a elementos estresantes. Es una teoría donde se identifican elementos que puedan generar estrés y como el cuidador los afronta para adaptarse a esta situación. La utilización de mecanismos de afrontamiento eficaces como la búsqueda de apoyo social o utilización de pensamientos positivos favorece la adaptación.

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. y Skaff, M. M. (1.990) proponen un esquema unificador del proceso de cuidados identificando los factores implicados. Los factores se clasifican en básicos (características socioeconómicas, historia del cuidador), factores estresantes primarios (deterioro cognitivo y funcional, problemas de comportamiento, sobrecarga y privación relacional del cuidador) y secundarios (tensión intrapsíquica y tensión en el papel), mediadores (estrategias de afrontamiento, apoyo social), y niveles de estrés.

Internacionalmente se define “burden” como los efectos negativos de la relación de cuidados sobre los familiares y está compuesta por la sobrecarga objetiva y la subjetiva. La sobrecarga objetiva son los cambios comportamentales y de autonomía del cuidador y la sobrecarga subjetiva es la reacción emocional del cuidador (Martín, M. y sus col., 1.996).

El cuidado no siempre conlleva consecuencias negativas, entre los autores que destacan las consecuencias positivas del cuidado encontramos que “el significado del cuidado” puede mejorar las consecuencias negativas del cuidado. La perseverancia como valor personal aumenta a través del cuidado (Noonan, A. E. y Tennstedt, S. L., 1.997). La importancia del deseo de ayudar participa en la salud positivamente ayudando a disminuir el estrés del cuidador (Farran, C. J., 1.997). El sentido de cuidar puede considerarse como una variable mediadora para disminuir las tensiones (Farran, C. J. y McCann, J., 1.989). Además, Farran, C. J., Miller, B. H., Kaufman, J. E. y Davis, L. (1.997) consideran en un estudio entre

cuidadoras africano-americanas y caucásicas que no hay diferencias entre la raza y el estrés del cuidador. Finalmente Hollister, L. y Gruber, N. (1.996) indican que el coste psicológico que se produce se puede superar mejorando la calidad de vida de las personas mayores y cuidadores.

Centrándose más en el escenario español, Pereda, C. y sus col. (1.999) explican la etiología de las consecuencias derivadas del cuidado. Cuando se produce una relación de ayuda entre una persona mayor y un cuidador informal se pueden producir dos tipos de situaciones. Por un lado se permite a la familia expresar la solidaridad al cuidar a la persona mayor y por supuesto ésta recibe el cuidado. Por el otro lado y debido al propio cuidado de la persona mayor dependiente se puede llegar a producir una desarticulación -en mayor o menor grado- de las relaciones, funciones y espacios hasta ese momento existentes, lo que puede producir alteraciones psíquicas en el cuidador informal, que aún pueden ser mayores cuando el cuidado no se ha elegido voluntariamente. Debido a este segundo aspecto, las mujeres (principal cuidadora informal) frecuentemente no tienen tiempo de realizar todas las tareas que ellas quieren desempeñar y aparece un sentimiento de agobio, impotencia y culpa, hasta el punto de que pueden aparecer problemas psíquicos y físicos. Estos cuadros de agobio se dan sobre todo al aumentar la ayuda al mayor dependiente en las actividades de la vida diaria. Esta falta de tiempo condiciona su vida laboral y queda principalmente reducida a las tareas domésticas y en el caso de trabajar como cuidadora a tres situaciones laborales: colaborar en una empresa de tipo familiar, trabajar como autónomas y ser asalariadas poco cualificadas (auxiliar de clínica, limpiadora y empleada de hogar) y en ocasiones ser cuidadoras formales no profesionales. La parte que se pierde al dejar de trabajar queda en parte compensada por la paga de la pensión (otro elemento más a considerarlo como un pago). Estos trabajos hoy ya no las realiza tanto la mujer española, pero si la mujer inmigrante.

Debido a la sobrecarga del cuidado, el cuidador tiende a estar absorbido en su papel con peligro de encerrarse en si mismo y deprimirse. Para impedir que se produzca esta sobrecarga son muy importantes las relaciones que se crean entre el cuidador y las redes formales (Baila, M. y sus col., 1.991).

Existen otros elementos que también participan en el origen de los problemas de sobrecarga:

- La **elección del cuidador** representa un hecho decisivo y debe realizarse entre toda la familia y la propia persona cuidada. Inicialmente el cónyuge sobreentiende que es quien debe ocuparse de su pareja. Cuando esto no puede ser así suele caer esta responsabilidad en los

hijos. Si hay más de un cuidador -en ocasiones- realizan el cuidado por turnos. Esta modalidad es más frecuente en el medio rural donde las distancias son cortas. Según el Volumen III del libro blanco de la dependencia, en el 2.004 la decisión de la elección del cuidador fue tomada por decisión familiar solo en un 23,1%, mientras que en el 62,30% de los casos esta decisión fue una iniciativa propia del cuidador (Rodríguez, A. y sus col., 2.004f).

- Implícitamente a esta elección se está produciendo otra muy próxima que es la **residencia de la persona cuidada** que puede ser el propio domicilio de la persona cuidada o en el domicilio de la persona que la cuida. Como hemos visto la primera opción requiere mantenerse el cuidador en el domicilio de los padres. Los ancianos prefieren su casa porque ya está acondicionada a ellos y ha sido su hogar durante toda su vida. Sin embargo, lo que suele ocurrir realmente, es que no se acomodan al ambiente de otras casas porque no quieren cambiar sus costumbres. Por el contrario, según los hijos cuidadores son ellos los que ceden. De este modo la casa se puede convertir en un espacio de conflicto que puede repercutir también al cuidador informal. Todo ello conllevará problemas de salud psíquicos además de los físicos derivados del propio cuidado prestado, sobre todo cuando el cuidador informal es mayor y el grado de dependencia es elevado (Quintanilla, M., 2.002).

- Otro tema que también puede representar un conflicto es el **aspecto económico**. En ocasiones se asocia el cuidado del anciano al reparto de **la herencia**. Cuando existe un solo heredero éste se ve forzado al cuidado y el resto de hermanos descargan el cuidado de los padres en él. Por tanto, el cuidador informal no siempre es independiente a la situación económica de la familia, que es una de las características que lo separaban por definición del cuidador formal. La herencia es una forma de pago y se puede considerar un beneficio directo aunque retardado (Pereda, C. y sus col., 1.999).

Probablemente lo que más diferencia al cuidador informal del formal no sea la remuneración o no, ni tampoco la relación afectiva que se crea entre el cuidador y la persona cuidada, sino el grado de formación del cuidador. En este sentido se podría decir que el cuidador formal no profesional se asemeja al informal en la parte económica (cuando el cuidador informal cobra la pensión o la herencia), en la falta de formación y en algunos aspectos de la relación interpersonal que se produce entre persona cuidada y cuidador. La relación a veces será tan forzada como la del familiar, que para cobrar la herencia o la paga, se ve obligado a cuidar al anciano (Pereda, C. y sus col., 1.999). Esta situación, sobre todo, se da en el caso de aquellas personas que realizan cuidado formal no profesional, porque les es muy difícil realizar otro trabajo, como es en el caso de las mujeres inmigrantes. Sin embargo, a pesar de mantener

unas relaciones estrechas de larga duración, padecer por la dependencia, el dolor o las alteraciones de la persona cuidada y de tener que trabajar casi obligatoriamente como cuidadora, siempre existirán los lazos familiares que les diferenciarán. Su semejanza al cuidador formal se da sobre todo en cuanto que es una persona que cobra (aunque como hemos visto esto en ocasiones también se da en la familia) pero lo que más le diferencia es que no dispone de formación. Por tanto, el cuidador formal no profesional inmigrante tiene características semejantes al cuidador informal por lo que padecerá consecuencias parecidas al él y por otro lado, también puede sufrir consecuencias parecidas al cuidador formal.

Por otra parte, para poder dar una buena atención al anciano dependiente **son necesarios recursos económicos**. Si bien es cierto que en las últimas décadas se ha producido una mejora económica en las pensiones, aún estamos con tasas bajas. La forma de recurso económico **suele ser la paga de la pensión**. Esta paga suele entregarse al cuidador informal en parte como si fuera un profesional. Con esta entrega de la pensión –probablemente- no tendrá suficiente, pero no por eso, no se puede considerar un pago indirecto porque al menos el cuidador informal deja de perder dinero por el cuidado. El dinero facilita la convivencia con el resto de la familia y permite acceder a aquellos recursos que pueden ser útiles a la persona atendida. Sin embargo, hay dos clases de ancianos, los integrados socialmente (con recursos económicos) y los marginales (sin recursos).

### **1.3.7.2 Consecuencias en los cuidadores.**

Las consecuencias de cuidar a personas mayores dependientes pueden clasificarse en negativas o positivas según la autopercepción de los cuidadores. Las consecuencias negativas son recogidas ampliamente por la literatura, mientras que el estudio de las positivas es un campo emergente que refuerza positivamente el concepto de cuidar. En cuanto a las consecuencias positivas destacamos los sentimientos positivos que se desarrollan al cuidar a una persona y el sentimiento de bienestar (Farran, C. J. y sus col., 1.989, Neufeld, A. y Harrison, M., 1.998 y Paoletti, I., 1.999).

Entre las consecuencias negativas del cuidado diversos autores destacan las consecuencias sobre la salud física y mental, la depresión, el cansancio, la sobrecarga, los problemas laborales, económicos y sociales.

#### **Salud.**

Pereda, C. y sus col. (1.999) en su revisión bibliográfica indicaron que se produce un deterioro de su salud en un 28,70% de los cuidadores. Picot, S. y sus col. (1.999)

demonstraron que el humor del cuidador informal actúa en la presión arterial de forma que a mayor enfado hay mayor disminución en la media diastólica. Dilworth, P. y sus col. (2002) tras una revisión de la literatura entre 1980 y el 2000 indicaron que los cuidadores de personas mayores tienen alteraciones sobre la salud física, mental, incluyendo estrés y ansiedad, mientras que Navaie-Waliser, M. y sus col. (2002) en un estudio en EEUU señalaron que el deterioro de la salud llega al 36% de los cuidadores. Rodríguez, A. y sus col. (2004f) señala en su informe que el 32,10% de los cuidadores están deprimidos reafirmando los resultados de Pereda, C. y sus col. (1999) que señalaban que la depresión se produce más en la mujer (34% de cuidadoras con signos depresivos) que el hombre (22%). Según Ford, M., Havstad, S., Hill, D. y Kart, C. (2000) y Rodríguez, A. y sus col. (2004f) un 51,20% de los cuidadores se encuentran cansados. Zarit, S. H. (1980) indicó que el cuidado de personas mayores produce una sobrecarga importante, que según el estudio de Artaso, B., Goñi, A. y Biurun, A. (2003) puede llegar a darse hasta en un 79% de los cuidadores informales en España, resultados confirmados por el equipo del programa ALOIS (programa educativo dirigido a los cuidadores principales de pacientes con demencia en centros de salud de Madrid) que observaron que un 72,50% de los cuidadores presentaban sobrecarga (Alonso, B. y sus col., 2004).

### **Ocio**

Pereda, C. y sus col. (1999) en su libro sobre el apoyo informal, y también Rodríguez, A. y sus col. (2004f) en el libro blanco de la dependencia, indican que un 64,10% de los cuidadores de personas mayores dependientes presentan una reducción de su tiempo de ocio.

### **Actividad laboral**

El libro blanco de la dependencia en España indica que el 26% de los cuidadores de personas dependientes tienen problemas laborales ya que no pueden plantearse trabajar porque están totalmente dedicadas al cuidado. Un 11,50% de los cuidadores de personas mayores dependientes han tenido que abandonar el trabajo y un 12,40% han tenido que reducir su jornada laboral. Es decir, casi la mitad de los cuidadores de personas mayores dependientes tienen una alteración en su actividad laboral (Rodríguez, A. y sus col., 2004f).

### **Economía**

Pereda, C. y sus col. (1999) indican que el 20,90% de los cuidadores de personas mayores dependientes tienen problemas económicos no solo para el cuidado de la persona mayor sino para el propio desarrollo de la vida diaria de ellos mismos.

## **El Cuidado**

Un 52% de las mujeres cuidadoras de personas mayores dependientes y un 32% de los hombres cuidadores tienen dificultad en la realización de los cuidados que prestan. A pesar de ello, solo el 13% de las mujeres cuidadoras creen realizar mal el cuidado de la persona mayor dependiente, mientras que un 52% de los hombres piensan que realizan mal el cuidado (Navaie-Waliser, M. y sus col., 2.002).

### **1.3.7.3. Principal consecuencia negativa del cuidado en el cuidador:**

#### **El sentimiento de carga y el sentimiento de estar quemado.**

Como se ha manifestado en diversos apartados del presente estudio, la principal consecuencia -y que puede englobar un poco todas -es el llamado “sentimiento de carga” en los cuidadores informales (Pruchno, R. y sus col., 1.999 y Dilworth , P. y sus col., 2.002) y el “sentimiento de estar quemado” (Burn out) en los cuidadores formales (Atance, J., 1.994). El conocimiento o identificación de los factores que puedan mejorar las consecuencias de cuidar en el cuidador podrá potenciar la aplicación de intervenciones que mejoren el estado psicológico del cuidador y el coste económico del mismo (Hollister, L. y sus col., 1.996).

El concepto de “carga” antes de 1.980 solo era utilizado por la psiquiatría pero desde esta fecha (Zarit, S. H., 1.980) también se utiliza en geriatría. La escala de sobrecarga de Zarit (1.980) permite establecer cuando es aconsejable institucionalizar una persona mayor por la carga que está soportando el cuidador. La carga se puede definir como la alteración y/o estrés que aparece cuando los hechos ocurren con mayor rapidez que la capacidad mental para darles coherencia. Por tanto, esta conceptualización se basa en la teoría de adaptación – estrés de Lazarus, R. S. y sus col. (1.984). Martín, M. y sus col. (1.996) fueron los primeros autores en 1.996 que validaron la escala de Zarit en España. Según estos autores hay tres modelos conceptuales que explican la sobrecarga.

1. Relación de la sobrecarga del cuidador con el tipo específico de deterioro y necesidades del paciente. A mayor deterioro del paciente hay mayor sobrecarga en el cuidador. La escala comportamental de Gilleard, C. J., Willmott, M. y Vaddadi, K. S. (1.981) (Behaviour Check List) mide este concepto con listas de problemas que pueden presentar los pacientes.
2. Buscar la explicación de la sobrecarga según la calidad de vida, ansiedad o depresión del cuidador, desde su propia personalidad.
3. La teoría general de la adaptación-estrés (Lazarus, R. S. y sus col., 1.984). El cuidador debe afrontar determinados factores estresantes y su respuesta a los mismos se ve mediada por factores psicológicos, impacto emocional, utilización de soporte familiar y estrategias de

afrontamiento. Como resultado de la interacción entre acontecimientos estresantes y mediadores de respuesta, los cuidadores pueden tener una vivencia subjetiva de sobrecarga que se puede medir con la escala de sobrecarga de Zarit (desarrollada en el apartado 4.5 instrumentos de medida).

Existen otras escalas de sobrecarga utilizadas en recientes investigaciones en España, como es el caso del Índice del esfuerzo del cuidador (Caregiver Strain Index) con resultados en tres niveles semejantes a la Escala de Zarit (esfuerzo bajo, alto o muy alto). Esta compuesta de 13 preguntas para familiares (Robinson, B., 1983) y ha sido utilizada en España en la investigación de Gómez, M. J. (2.004). Sus defensores critican a Zarit por las preguntas: ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar? y ¿que grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?. (López, S. y Moral, M., 2.005). Otra escala con poca presencia en la bibliografía española aún siendo conocida desde 1.989 es la Escala Multidimensional Caregiver Burden Inventory. Este es un instrumento de 24 ítems que puntúan de 0 a 4 y mide cinco dimensiones: sobrecarga por tiempo de dependencia o tiempo de dependencia subjetivo, sobrecarga mental, sobrecarga física, sobrecarga social y sobrecarga emocional (Novak y Guest., 1.989). Existen otras 10 escalas específicas para la sobrecarga de cuidadores de personas con demencia tal como indica la revisión realizada por Vitaliano, P. y Young, H. (1.991). Finalmente una investigadora italiana Rosa, E. y sus col. (2.004) combina la sobrecarga objetiva: horas diarias de vigilancia o asistencia y la sobrecarga subjetiva con la Escala Caregiver Burden Inventory. Sin embargo, la más utilizada internacionalmente es la Escala de sobrecarga de Zarit (Goodman, C. y Pynoos, J., 1.990, Bocquet, H. y Pous, J., 1.996 e Hirono, N., Tsukamoto, N., Inoue, M., Moriwaki, Y. y sus col., 2.002).

Por otra parte, Montorio I, Fernández de Trocóniz, M. I. y López, A. (1.998) explican que el sentimiento de carga que tiene el cuidador informal tiene tres dimensiones: la carga objetiva que proviene del impacto del cuidado, la carga subjetiva que representa la carga interpersonal y finalmente las expectativas de eficacia del cuidado.

Por otra parte, según López, S. y sus col. (2.005) en la teoría general del estrés, el cuidador afronta determinados factores estresantes y su respuesta va mediada por procesos psicológicos que incluyen impacto emocional, percepción del soporte social y las estrategias de manejo de estos factores. Debida a esta interacción el cuidador puede sufrir una sobrecarga. Según estos

autores los factores estresantes más impactantes son en el cuidador la incapacidad física y mental del paciente.

La revisión de la literatura ha señalado los principales factores relacionados con la sobrecarga entre los que destacan el apoyo social, el uso de estrategias de afrontamiento de huida o evitación, la percepción de reacción social negativa por parte del cuidador, el país de origen y el género del cuidador (Zabalegui, A. y sus col., 2.004). En el estudio de Artaso, B. y sus col. (2.003) se puede observar la relación entre **el apoyo social** y el empleo de **estrategias de afrontamiento** con la sobrecarga frente a la carga total de las cuidadores informales medida con la escala de sobrecarga de Zarit, concretamente la sobrecarga se relacionó negativamente con el apoyo social (n:80, r:-0,34, p: 0,002) y positivamente con el uso de estrategias de afrontamiento “huida-evitación” (r: 0,31, p: 0,005). La relación entre la sobrecarga y **la percepción de reacción social negativa**, así como con **el país del cuidador** se muestra en el estudio internacional de Schneider, J., Murray, J., Barerjee, S. y Mann, A. (1.999) sobre los factores asociados a la carga del cuidador cónyuge que vive con la persona cuidada (programa EURO CARE) donde la percepción por parte del cuidador de una reacción social negativa explica el 2% de la varianza (p:0,02) de la puntuación obtenida en la escala de sobrecarga de Zarit y el país de origen de los cuidadores explican el 11,4% de la varianza (p: 0,003). En cuanto a la relación entre **el género** y la sobrecarga se puede observar en la investigación de Gallicchio, L., Siddiqui, N., Langenberg, P. y Baumbarten, M. (2.002) con un estudio de 327 cuidadores (259 mujeres y 68 hombres), usando la escala de Zarit para medir la carga, donde encontraron que las mujeres presentaban más sobrecarga que los hombres (odds ratio: 2,60) También Rinaldi, P. y sus col. (2.005) observaron la relación con el género en su estudio sobre cuidadores. Otro grupo importante de factores relacionados con la sobrecarga se refieren a la salud de la persona cuidada, así Washio, M. y Arai, Y. (2.001) afirman que la dependencia está asociada a los niveles de sobrecarga (p:0,08).

El cuidador formal al atender a personas muy dependientes sufre un fuerte impacto psicológico que le acaba produciendo el “sentimiento de estar quemado” (García, M. y sus col., 2.001). El “sentimiento de estar quemado” hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en cuidadores que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando ésta es catalogada de ayuda y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios ante situaciones de crisis. El sentimiento de estar quemado se empieza a estudiar sobre la década de los 70 en los cuidados paliativos y más tarde el movimiento Hospicia lo vincula a los centros sociosanitarios. El

“sentimiento de estar quemado” es descrito originalmente en 1.974 por Fredeunberger aunque es principalmente con los estudios de Maslach y Jackson cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome (Atance, J., 1.994). Las características de este fenómeno son: el cansancio emocional caracterizado por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento y la fatiga, la despersonalización manifestada por un cambio negativo de actitudes, irritabilidad en las respuestas hacia los demás y pérdida de motivación hacia el trabajo y la incompetencia personal con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

Atance, J. (1.994) destaca entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de “sentimiento de estar quemado” la edad, de forma que éste se incrementa con el aumento de la edad del cuidador, el género ya que las mujeres realizan el trabajo familiar y el laboral en mayor proporción que los hombres, el estado civil ya que parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, el grado de sentimiento de realización personal de forma que existiría mayor “sentimiento de estar quemado” en trabajos en que la persona se sienta menos realizada, la rutina del cuidado diario y la sobrecarga laboral profesional fuera del cuidado. Esta sobrecarga laboral puede estar provocada por insuficiente soporte formal al cuidador, por la existencia de problemas instrumentales en la realización de cuidados o por tener poca destreza en las estrategias de afrontamiento. Según Hare, J., Pratt, C. C. y Andrews, D. (1.988) el cansancio también disminuye el afrontamiento eficaz y provoca la realización de cuidados de baja calidad.

Las investigaciones que a continuación se detallan muestran como el “sentimiento de estar quemado” del cuidador formal y el “sentimiento de carga” del cuidador informal son en ocasiones estudiados conjuntamente sobre todo en cuanto al estrés del cuidado.

La investigación de Nagatomo, I. y Takigawa, M. (1.998) analiza el estrés del cuidador domiciliario (formal e informal) y el estado mental de la persona cuidada. Los autores observaron que el cuidador formal (profesional o no profesional) presenta estrés. En el caso del cuidador formal esta situación es el sentimiento de estar quemado. En este estudio se ven semejanzas entre el sentimiento de estar quemado y el sentimiento de carga ya que ambos están considerados como estrés del cuidador. Este estudio relaciona la existencia de red familiar y el nivel de estrés del cuidador con respecto a la calidad del cuidado. Sus resultados indican que hay menos alteraciones de salud de la persona cuidada cuando la atención la realiza su esposa (un cuidador informal) y más alteraciones de la salud de la persona cuidada

cuando la atención la realiza un cuidador formal no profesional y no existe la esposa, aunque la persona cuidada viva con su familia.

Un estudio más clásico Hare, J. y sus col. (1.988) analiza los predictores del sentimiento de estar quemado en cuidadores formales (profesionales o no profesionales) de domicilio que cuidan a pacientes durante largo tiempo. El resultado dice que el “sentimiento de estar quemado” se presenta en todos los miembros del equipo cuidador (incluyendo el “sentimiento de carga” del cuidador informal). Una de los efectos psicológicos es produciendo cansancio como en el caso del “sentimiento de carga”. El estrés interpersonal se deriva del miedo a la muerte o a la esperanza de vida y del nivel de bienestar de los pacientes.

Al finalizar este apartado podemos decir que nuestro estudio se ha basado en el modelo con el que más sintonizan los grupos de investigación dirigidos por Martín, M. y sus col. (1.996), Montorio I y sus col. (1.998) y López, S. y sus col. (2.005), es decir con la teoría general de la adaptación y el estrés (Lazarus, R. S. y sus col., 1.984), en definitiva, con la línea marcada por Zarit, S. H. (1.980). El empleo del concepto de sobrecarga de Zarit es ampliamente utilizado. Según indican Hirono, N. y sus col. (2.002) y Arai, Y., Tamiya, N. y Yano, E. (2.003) el concepto de sobrecarga de Zarit es el más utilizado en Estados Unidos y Europa en relación al cuidado domiciliario (Zarit, S. H. y Leitsch, S. A., 2.001). Ha sido utilizado en el estudio de la carga en ancianos frágiles (Kuwahara, Y., Washio, M. y Arai, Y., 2.001) y en el estudio de cuidadores de personas con esclerosis múltiple (Rivera, J., Morales, J. y Benito, J., 2.003).

#### **1.3.7.4. Factores de relación de las consecuencias del cuidado en el cuidador de personas mayores dependientes.**

Teniendo en cuenta la revisión sistemática de la literatura sobre consecuencias del cuidado en cuidadores realizada por el nodo de cuidadores informales de la Red Temática de Investigación en cuidados a personas mayores (RIMARED) (Zabalegui, A. y sus col., 2.004) y nuestra propia revisión de la bibliográfica se van a desarrollar los principales factores de relación de las consecuencias del cuidado en el cuidador de personas mayores dependientes. Entre las **consecuencias positivas** del cuidado destacamos los sentimientos positivos del cuidar y el sentimiento de bienestar. Al analizar sus factores de relación se observa en la investigación realizada por Farran, C. J. y sus col. (1.989) que indican en sus estudios que el deseo de cuidar puede favorecer la existencia de sentimientos positivos durante el cuidado. Además, en la investigación realizada en Canadá por Neufeld, A. y sus col. (1.998) donde

estudiaron cualitativamente cuidadores de género masculino, los resultados indicaron que cuando los hombres experimentaron reciprocidad (capacidad de los cuidadores para mantener relaciones de apoyo) se producían sentimientos positivos al cuidar. Por otra parte, Paoletti, I. (1.999) observó que los cuidadores que cuidan a una persona con la que no conviven en el mismo domicilio expresan una experiencia más positiva y un nivel más alto de bienestar respecto a los cuidadores que viven en el mismo domicilio que la persona que cuidan.

En cuanto a los factores que están relacionados con las **consecuencias negativas** del cuidado a las personas mayores dependientes como son las alteraciones de salud, sociales, laborales, económicas y del propio cuidado, es necesario señalar que estudiar las limitaciones funcionales, estado mental y salud global de la persona cuidada y el cuidador permitirán disminuir la sobrecarga (Miller, B., McFall, S. y Montgomery, A., 1.991) y el sentimiento de quemado en los cuidadores formales (Atance, J., 1.994). Así mismo, la identificación de la aparición de las alteraciones de salud permitirá actuar sobre ellas y por tanto, mejorar la calidad vida del cuidador y de la persona cuidada (Navaie-Waliser, M. y sus col., 2.002).

### **El género.**

Collins, C. y sus col. (1.991) en su estudio sobre cuidadores informales indican que las mujeres presentan más depresión y menor bienestar que los hombres. Miller, B. y sus col. (1.991) matizan señalando que la carga interpersonal no varía según la relación de parentesco familiar pero si por el género. El hecho que la mujer presente mayor cantidad de consecuencias como sobrecarga o tensión emocional frente al hombre, también se documenta en estudios donde se comparan respuestas entre distintas culturas, como ocurre en el estudio realizado por Cox, C. y sus col. (1.996) analizando cuidadores del sur y centro de América (incluyendo Méjico) y africano-americanos. El motivo puede encontrarse en que la mujer está más atenta a sus emociones y realiza más cuidados a la persona mayor que el hombre, en cambio el hombre suele estresarse menos porque copia soluciones eficaces de los demás con mayor rapidez (Rose-Rego, S. y sus col., 1.998). Pruchno, R. y sus col. (1.999) indican en su trabajo, que el hecho que en la mujer cuidadora aparezcan más alteraciones de salud que en el hombre no es por consecuencias propias del género. En realidad la mujer no es más vulnerable de por si a las depresiones, según Pruchno y sus col. (1.999) tiene más depresiones porque el rol social de cuidador le corresponde a ella y no al hombre. El hombre tiene menor rol en la unión familiar, aceptando menos determinadas tareas del hogar. En definitiva, las diferencias de género son por la capacidad de adaptación al estrés pero no por características internas de género. Debido a esto, aunque la mujer presenta más sobrecarga en la actualidad,

este se irá igualando al del hombre si el rol social de la mujer se acerca al del hombre, porque ambos tienen la misma capacidad de adaptación al estrés. En la misma línea el estudio de Navaie-Waliser, M. y sus col. (2.002) analizan profundamente las diferencias de género entre los cuidadores informales y también matiza que la mujer presenta más estrés porque presta más cuidados y solicita menos ayuda a los demás.

Una revisión de 36 artículos sobre el género masculino como cuidador realizada por Crockers, S. (2.002), indica que es necesario estudiar al hombre cuidador porque la mujer cuidadora se está incorporando al mercado de trabajo y por tanto el hombre tendrá que asumir cada vez más las funciones de cuidador. La conclusión de este estudio es que actualmente en EEUU el hombre realiza el 28% del cuidado, pero que los estudios realizados sobre el género masculino carecen de poder estadístico por ser muestras pequeñas y no tener grupo control. En el estudio de Crockers se observó que el ser hombre tiene menos consecuencias derivadas del cuidado frente a la mujer tanto en el cuidado formal como en el informal y además el hombre busca menos apoyo social. Además, se observó que la mujer cuidadora proporcionaba más cuidados en ABVD y AIVD, y tubo más dificultad en la realización de cuidados, así el 32% de hombres manifestaron tener dificultad en la realización de los cuidados mientras que las mujeres ocurrió en el 52% de los casos. Estos datos se obtuvieron teniendo en cuenta que la media de horas de cuidado en el estudio (20h/s) fue casi la misma en hombres y mujeres.

### **La edad.**

Mientras hay autores que no han encontrado que la edad sea un factor de relación importante sobre las consecuencias de ser cuidador y se atribuyen más a la condición de salud del cuidador informal (Cox, C. y sus col., 1.996), la mayoría de autores creen que la edad -tanto del cuidador informal (Rinaldi, P. y sus col., 2.005) y de la persona cuidada - si que influyen, sobre todo se observa un incremento de consecuencias del cuidado en los cuidadores cuando superan la edad de los 65 años (Navaie-Waliser, M. y sus col., 2.002).

El nivel de estudios del cuidador.

El hecho de disponer de conocimientos sobre la enfermedad de la persona que cuida disminuye la sobrecarga (Sánchez, J., 2.004) y añaden Losada, A. e Izal, M. (2.004) que la habilidad en el cuidado también mejora las consecuencias negativas del cuidado.

### **El apoyo social.**

El apoyo social es uno de los factores más importantes y conocidos en su relación con la sobrecarga. Numerosos autores Zarit, S. H. (1.980) , Albar, M. (2.004) y Rinaldi, P. y sus col. (2.005) relacionan el amor, la amistad, las relaciones sociales, el apoyo material, psicológico, económico, la cooperación o el compartir emociones, alegrías y tristezas como elementos muy importantes en la sobrecarga del cuidador. Cuando se produce una disminución del contacto social hay pérdida de uno mismo y hundimiento (Skaff, M. y Pearlin, L. I., 1.992). A mayor contacto social hay menor sentimiento de sobrecarga (Sterritt, P. y sus col.1.998). En este sentido según Washio, M. y sus col. (2.001), la utilización de organizaciones de apoyo disminuye la sobrecarga. Otro elemento importante en el apoyo social es la relación afectiva entre cuidador y persona cuidada, de esta forma el afecto recibido en la infancia tiene una relación directa positiva en la ausencia de estrés cuando es cuidador informal (Daire, A., 2.002). Rinaldi, P. y sus col. (2.005) en su estudio indican que el tipo de convivencia familiar, influye en la sobrecarga de forma que cuando se vive con la propia persona cuidada aumenta la sobrecarga del cuidador. En cualquier caso Castro, E. y sus col. (2.006) además resaltan la importancia de realizar periodos de descanso en el cuidado.

### **La calidad de vida.**

La calidad de vida es un concepto muy amplio y ha sido tratado por numerosos autores. Nuestro estudio se ha basado en la definición utilizada por la Organización Mundial de la Salud (WHO) donde dice que son las percepciones individuales de posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y deseos. Este fenómeno es subjetivo y por tanto no mide los síntomas de las enfermedades pero si el efecto de la enfermedad en las condiciones de vida. No puede entenderse simplemente como estatus de salud, estilo de vida, estado mental o bienestar, sino su percepción individual (Harper, A., 1.996). En este sentido, se tiene que tener en cuenta como percibe su salud física y mental, las relaciones sociales y la situación medioambiental en la que se encuentra la persona. En la revisión sistemática de la literatura realizada por Zabalegui, A. y sus col. (2.004) sobre las consecuencias del cuidado en el cuidador se señalan a la calidad de vida como uno de los factores de mayor impacto en el cuidador. Estudios recientes relacionan la sobrecarga con la calidad de vida ya que Morimoto, T., Schreiner, A. S. y Asano, H. (2.003) señalan que encontraron niveles de sobrecarga mayor al disminuir la calidad de vida de salud del cuidador y Álvarez, F., Valdes, C., Estebanez, C. y Rebollo, P. (2.004) encontraron que se producen niveles de sobrecarga mayores al disminuir la calidad de vida física del cuidador.

**Alteraciones de salud del cuidador.**

Diversos estudios afirman que a peor salud física y mental del cuidador se produce mayor sentimiento de carga (Miller, B. y sus col., 1.991, Navaie-Waliser, M. y sus col., 2.002, Dilworth, P. y sus col., 2.002 y Haley, W. y sus col., 2.003). En el estudio realizado por Paleo, N. (2.005) se ha encontrado que hay un aumento de las Interleukinas 6 en los cuidadores de personas mayores dependientes (que están relacionadas con la cardiopatía isquémica, diabetes II, osteoporosis y algunos tipo de cáncer). Autores como Atxotegui, J., Tizón, J., Pellejero, N., Sainz, F. y sus col. (2.005) señalan la importancia de la salud psíquica en el conjunto de la calidad de vida y la relación que existe entre el trabajo desempeñado por los inmigrantes y las alteraciones de salud psíquica que se producen en este tipo de cuidadores. En el mismo sentido, los grupos de investigación de Bellón, J. y Delgado, A. (1.996) y Rinaldi, P. y sus col. (2.005) encontraron relación con la sobrecarga tanto en la salud psíquica como en la física de los cuidadores.

**Las condiciones medioambientales como factor de relación.**

La economía, la vivienda, el acceso al cuidado de la salud y a la formación y la movilidad representan factores que pueden influir en la sobrecarga de las personas cuidadoras ya que repercuten directamente en sus condiciones de vida más básicas (O'Carroll, R., Smith, K. y Coustom, M., 2.000 y Checa, F. y Arjona, A., 2.003). Además, el cuidado provoca menos tiempo para que el cuidador pueda salir de casa y distraerse (Kuwahara, Y. y sus col., 2.001).

**La situación laboral y el número de horas de cuidado prestadas por el cuidador**

Montorio I y sus col. (1.998) indican en su estudio que a mayor tiempo realizando el papel de cuidador informal, estos presentan más cansancio, carga y alteraciones de salud física y mental en general. Según los grupos de investigación de Kuwahara, Y. y sus col. (2.001) y López-Pousa, S. y Garre-Olmo, J. (2.004), a mayor número de horas de cuidado prestado mayor sobrecarga de los cuidadores. También Bullock, K. y sus col. (2.003) señalan que la calidad del cuidado prestado no disminuye en virtud de si el cuidador informal esté trabajando o no, ni si el trabajo es a tiempo parcial o completo y tampoco si realiza trabajos profesionales o no. Este estudio se realizó con minorías africanas. También se ha encontrado relación entre la sobrecarga y el tiempo que se lleva como cuidador (Paleo, N., 2.005 y Gómez, M. J., 2.006). Según el libro blanco de dependencia en España, en su Volumen 10, el 41,80% de cuidadores informales dedican una media de 40h/s y el 8,80% de los cuidadores dedican entre 31 y 40h/s de atención o cuidado (Rodríguez, A. y sus col., 2.004c).

### **Las acciones realizadas en el cuidado.**

Cuando las acciones de cuidado van acompañadas de esfuerzo físico estas producen mayor sobrecarga en el cuidador (Gómez, M. J., 2.006). Pero en ocasiones, como es en el caso de la movilización de las personas a las que se cuida, puede suponer mayor sobrecarga psíquica tener que estar pendientes de aquellas personas que se movilizan en parte por si mismos Miyamoto, Y., Ito, H., Otsuka, T. y Kurita, H. (2.002). De la misma manera, Ríos, M. A. y sus col. (2.001) y Navaie-Waliser, M. y sus col. (2.002) ponen el énfasis no solo en las acciones que realizan, sino en la dificultad que tienen en realizarlas ya que este último factor les produce mayor sobrecarga.

### **El empleo del soporte informal.**

Los cuidadores de personas mayores que pertenecen a minorías (inmigrantes) están menos satisfechos con las redes informales de soporte que tienen y así tienen un aumento de consecuencias negativas por el cuidado que realizan (Haley, W. y sus col., 2.003).

### **El empleo del soporte formal.**

El cuidado de la persona mayor se realiza principalmente por los cuidadores informales, sin embargo el empleo de otros cuidadores formales produce una disminución de las consecuencias negativas (Rhoades, D. R. y McFarland, K. F., 2.000). El empleo del soporte formal se produce mayormente cuando los cambios de salud de la persona cuidada son importantes. Además, cuanto mayor soporte formal se utiliza se produce menor carga en el cuidador (Baila, M. y sus col., 1.991). Rosa, E. y sus col. (2.004) indican que este apoyo informal ayuda a disminuir la depresión en los cuidadores informales y a mejorar su bienestar. El cuidador informal contrata al formal por un valor entre 1.200 a 1.500 €/m. (Peón, M. J., 2.004). Sin embargo, el cuidador formal no es un mecanismo sustitutivo del cuidador informal sino un complemento (Sánchez, J., 2.004).

Diversos autores como Katbamma, S., Bhakta, P., Ahmad, W., Baker, R. y sus col. (2.002) y Wallace, S. y Dilworth, P. (2.002) ponen de manifiesto que los cuidadores tienen dificultad en poder acceder a la utilización del soporte formal y que además cuando acceden a ellos tienen problemas. A pesar de ello la valoración del soporte formal es positivo. Greenberger, H. y Litwin, H. (2.003) relacionan directamente el sentimiento de carga del cuidador informal con la competencia personal, las fuentes de redes sociales y el apoyo formal. La carga difícilmente desaparece pero si que mejora con el apoyo informal y formal. Sin embargo, es muy importante destacar que en ocasiones algunos cuidadores formales profesionales, como

la enfermería, ve al cuidador como a un colaborador y no como a quien ayudar o cuidar (Aznar, M., 2.004) y por tanto, se corre el peligro de no atender sus demandas de ayuda, porque está solo centrado en la ayuda a la persona mayor enferma.

Al parecer el empleo del soporte formal mejora el sentimiento del cuidador, por lo que los gobiernos y políticos deberían buscar estrategias para mejorarlo y aumentarlo. Además, hay que buscar formulas innovadoras que se adapten a las necesidades del cuidador informal (Navaie-Waliser, M. y sus col., 2.002).

### **La Cultura.**

Sterritt, P. y sus col. (1.998) afirman que el cuidado es un hecho familiar y que la familia es núcleo cultural principalmente. Cuidar es un acto de amor que también es cultural. El afecto recibido por el cuidador informal cuando era un infante también depende de la cultura y afecta a la carga del cuidador. Se llega a la conclusión que la cultura influye directamente en el cuidador (Daire, A., 2.002). Los elementos como la obligación, el afecto, la independencia y la expresión de los sentimientos son culturales e influyen en el rol de los cuidadores (Yoon-ri Lee y sus col., 1.997).

Después de realizar una revisión de los artículos publicados entre 1.980 y el 2.000, Dilworth , P. y sus col. (2.002) llegan a la conclusión de que el cuidador informal está influido por la cultura y la etnia a la que pertenece. Las ideas de cooperación extrafamiliar es frecuente en los africano-americanos. En cambio los cuidadores de sur y centro América (incluyendo Méjico) se centran más en sus propias familias que son muy extensas (Cox, C. y sus col., 1.996).

Por otra parte, la revisión bibliográfica realizada por Janevic y sus col. sobre artículos de diferencias culturales en el cuidado informal entre el 1.996 y el 2.000, evidencia claramente la existencia de consecuencias derivadas del cuidado donde los factores culturales influyen de una forma importante llegando a la conclusión que los cuidadores procedentes de las minorías tienen menos soporte que los cuidadores procedentes de raza blanca en EEUU (Janevic, M. y sus col., 2.001). Además, las barreras culturales imposibilitan el uso del apoyo social o lo potencian, presentando diferentes eficiencias. Los africano-americanos tienen bastante apoyo social pero es más ineficaz porque son muchos los familiares que participan en el cuidado de la persona dependiente y lo hacen con peor calidad (Cox, C. y sus col., 1.996). Estudios recientes como los de Bullock, K. y sus col. (2.003) indican que las minorías africanas usan poco el soporte formal y esto no parece influir en la calidad del cuidado. Esto ocurre a pesar

de que las minorías suelen combinar el trabajo con el cuidado familiar y en muchas ocasiones el trabajo que realizan fuera de casa es como cuidador no profesional. Las minorías hispanas también utilizan menos a los cuidadores formales y el motivo es por las barreras culturales, destacando el idioma (Morano, C. y sus col., 2.002).

### **La integración social de las minorías.**

Diferentes autores indican la importancia de la integración social de las minorías como elemento clave en el cuidado prestado. Lampley, V., Mold, J. y Flory, D. (2.001) señalan en su estudio realizado en EEUU como los problemas de integración cultural hacen que los cuidadores procedentes de minorías étnicas se sientan frustrados. Los cuidadores africano-americanos se sienten frustrados con el sistema de salud y los servicios proveedores de servicios sociales y por tanto con problemas en el cuidado. Los principales motivos de esta frustración son la percepción de discriminación racial y el poco soporte formal e informal que tienen.

Según Janevic, M. y sus col. (2.001) los cuidadores procedentes de minorías tienen menos integración social que los cuidadores autóctonos y por tanto, es necesario intervenir para que estos cuidadores se integren más y así puedan tener las mismas condiciones que los cuidadores nativos para realizar un cuidado de calidad, ya que Sterritt, P. y sus col. (1.998) indican que a mayor contacto social y mayor integración se produce menor cansancio en el cuidador.

Sin embargo, un estudio reciente (Haley, W. y sus col., 2.003) indica que no se encuentran diferencias en el apoyo social o integración entre cuidadores de diferentes razas, pero este autor considera que estos resultados son consecuencia del empleo incorrecto de las mismas escalas para todas las etnias y minorías. Según estos autores se deberían confeccionar escalas de integración o apoyo social teniendo en cuenta las características de cada cultura.

Situándonos en nuestro escenario, se ha tenido en cuenta uno de los primeros estudios realizado sobre la integración de los inmigrantes en Cataluña (Solé, C., 1.991) donde se establece la importancia que tiene la integración social para el normal desarrollo de cualquier individuo que se relaciona con la población autóctona. Aunque no lo especifica, se puede establecer que esta integración también es importante para el cuidador. Entre los elementos que indica Solé, C (1.991) como elementos clave para la integración destacan los siguientes: tener tarjeta sanitaria, disponer de vivienda estable, disponer de trabajo, entender el castellano

y el catalán, tener apoyo social, tener amigos autóctonos, desear adaptarse o aceptar las costumbres autóctonas, participar en asociaciones autóctonas y desear quedarse en el país. Entre estos factores Morano, C. y sus col. (2.002) piensan que un elemento muy importante para la integración es el lenguaje. La integración es sinónimo de convivencia, cuando no se produce la integración, se pueden producir situaciones de discriminación racial por parte de la población autóctona o de violencia por la minoría cultural. El crecimiento de la inmigración de forma muy rápida y con poca integración podría crear núcleos de pobreza que potenciarán situaciones de violencia. Según Portabella, J. (2.005), la inclusión social requiere dar respuesta a la necesidad de empleo, vivienda, salud y educación. Pero no solo el empleo no deseado, si no apertura en todo su campo y preparación formativa para su obtención y en mismas condiciones laborales, de salario y de género que los autóctonos. También mejora la inclusión social el asegurar la competencia lingüística y el respeto religioso. Estos datos son los acordados como inclusión social según el Plan municipal para la inclusión social (Barcelona inclusiva 2.005-2.010), que resultó aprobado en el pleno del ayuntamiento el cuatro de febrero del 2.005. En definitiva, es necesario favorecer la convivencia, la diversidad cultural y religiosa y la inclusión de los ciudadanos en un proyecto común.

#### **Alteraciones de salud de la persona.**

A mayor demencia de la persona cuidada se producen más consecuencias en el cuidado, sobre todo manifestadas por el incremento de la dificultad de la realización de los cuidados (Wino, A. y sus col., 2.002). Según la encuesta del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2.002) un 85% de las personas mayores de 65 años tienen algún tipo de patología. Entre ellas destacan el reumatismo, la enfermedad cardiovascular y los cuadros neurológicos. Prestar atención a las personas mayores, representa un grado de complejidad importante y por tanto, precisa de cierta competencia no profesional para llevarlos a cabo. Los cuidadores creen desarrollar su competencia con suficiencia, no por preparación sino porque los cuidados son los de las ABVD, AIVD y de vigilancia. Cuando se presenta el cuidado, conjugan la experimentación y la información que tiene el cuidador (Pereda, C. y sus col., 1.999).

Los trabajos realizados por Ríos, M. A. y sus col. (2.001), López-Pousa, S. y sus col. (2.004) y Gómez, M. J. (2.006), han encontrado que cuando la salud de la persona cuidada empeora se produce mayor sobrecarga en el cuidador. Wino, A. y sus col. (2.002) indican que hay más consecuencias del cuidado en el cuidador cuando la persona cuidada presenta más demencia, en concreto señala que hay mayor dificultad en la realización de los cuidados. Además,

Sánchez, J. (2004) en el libro verde de la dependencia documenta que la progresión de la demencia esta relacionada con la progresión de la edad y de la dependencia.

### **1.3.8. Modelos para la solución y superación de las consecuencias negativas del cuidado a los mayores dependientes.**

Superar las consecuencias negativas del cuidado a las personas mayores, supone actuar sobre algunos de los factores que intervienen en ellos. En el punto anterior, se han presentado factores como la edad, el genero, el tipo de convivencia, el nivel de ingresos, la formación, el apoyo social (informal o formal) frente a la dependencia, las horas de cuidado y el tipo de cuidados que influyen en la aparición de problemas en el cuidador. En algunos de los factores, como es la edad de la persona cuidada, se puede incidir muy poco, pero en otras se puede trabajar para mejorar la situación. Incidir en el grado de sobrecarga del cuidador y los factores que le influyen, nos ayudará a mejorar el estado de bienestar del cuidador y de la persona cuidada. Existen evidentes manifestaciones que indican clara y alarmantemente que es necesario actuar. En España ya se han producido varios casos de maltrato de los cuidadores hacia la persona que cuidan (Fundación de Asociaciones de Familiares de Alzheimer., 2005).

Superar las consecuencias negativas del cuidado en el cuidador (sentimiento de carga y quemado) es una necesidad de los cuidadores pero también de los diferentes gobiernos (Wood, S., 1999 y Rodríguez, A. y sus col., 2004d). Para ayudar a superar las consecuencias negativas en el cuidador (sentimiento de carga y quemado) existen diversas estrategias. Diferentes autores como Gail M.W y Schulz, R. (1996), Wood, S. (1999) y Dilworth, P. y sus col. (2002) indican las principales fuentes para la superación de los problemas derivados del cuidado a domicilio (lo que se denomina con el término ingles de “coping” y “afrontamiento” en castellano), como son:

- Facilitar el acceso al **apoyo informal secundario y al apoyo formal**. Priorizando el soporte emocional, las prestaciones económicas, la ayuda en los cuidados y la liberalización de tiempo de cuidados con centros de día y de reposo.
- **Facilitar el apoyo social y la integración**. A mayor apoyo social se produce menor cantidad de consecuencias en el cuidador informal (Navaie-Waliser, M. y sus col., 2002). Para poder disponer de apoyo social es necesario estar integrado en la sociedad. Este hecho es muy importante para las minorías culturales que son los que van a tener un gran peso en el cuidado de las personas (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2002 y U.S.Department of Health and Human Services., 2002). Una de las formas de potenciar el apoyo social a las minorías es conociendo sus culturas para así identificar las barreras

existentes y los elementos que pueden facilitar su integración y acceso a los apoyos formal e informal (Brown, J. B. y sus col., 1.997).

- **Formación sobre el cuidado** para cuidadores informales y formales no profesionales (Alberdi, R., 2.003). Aunque hay algún estudio que indica que hacer seguimiento del cuidado prestado y realizar educación a los cuidadores aumenta el número de reingresos del enfermo, también dice que mejora los “respiros” o descansos de los cuidadores informales (Holland, R., Lenaghan, E., Harvey, I., Smith, R. y sus col., 2.005).
- **Proporcionar herramientas de superación del estrés** como distracción, disposición de tiempo libre, relajación, comunicación, aceptación de la situación a través de encontrar puntos de anclaje personal como pueden ser los valores personales y la religión.

### **1.3.8.1. El apoyo informal secundario, una ayuda al cuidador principal.**

Entre el apoyo informal destacamos los cuidadores secundarios de la propia familia, los vecinos o amigos y los voluntarios. Este grupo sobre todo se encarga de apoyo emocional a la persona cuidada, de su compañía o de sus salidas recreativas. Tienen un papel muy importante porque son los que al demostrarle afecto, proporcionan a la persona cuidada un amplio sentido de autoestima, ya que en muchas ocasiones la persona cuidada al ser dependiente, se siente poco útil a la sociedad (Pereda, C. y sus col., 1.999). Una de las formas de medir este apoyo se realiza a través del cuestionario de apoyo social de Duke- UNC - modificado por Broadhead- (Quintanilla, M., 2.002) o bien con preguntas abiertas como las realizadas por el Centro de Investigación Sociológicas que hacen referencia a la cantidad de amigos y relaciones que tienen la persona cuidada (Solé, C., 1.991).

El uso del apoyo informal tiene un gran componente cultural como indica la investigación donde Cox, C. y sus col. (1.996) comparan cuidadores africano-americanos y procedentes del sur y centro de América (incluyendo Méjico). Las conclusiones indican que los cuidadores africano-americanos tienen una red de apoyo informal muy grande (el 25% de los cuidadores no son familia directa sino lejana) pero su eficacia no es buena. En cambio los procedentes del sur y centro de América (incluyendo Méjico) tienen grandes familias donde se cuidan unos a otros.

**En España** en el Título VI del Libro I, artículo 142 del Código Civil regula la institución "De los alimentos entre parientes". Los alimentos son todo lo indispensable para el sustento fisiológico, pero también el hábitat, el vestido y la asistencia médica. Se configura como una obligación legal de prestación de asistencia entre los cónyuges y los parientes cercanos, es

decir, parientes en línea recta y hermanos. Esta ley encuentra su fundamento en la solidaridad familiar, cuando uno de los familiares se encuentra en estado de necesidad y otros familiares cuentan con medios económicos suficientes para atender su subsistencia. El artículo 143, dispone que están obligados recíprocamente a darse alimentos entre los cónyuges, ascendientes y descendientes. Los hermanos sólo se deben los auxilios en menor medida (Rodríguez, A. y sus col., 2.004e). En definitiva, a través del código civil, se determina claramente a los familiares como cuidadores.

### **1.3.8.2. El apoyo formal en la Unión Europea, España y Cataluña.**

El analizar las soluciones formales que se dan para paliar las consecuencias del cuidado de las personas mayores, significa valorar la respuesta formal frente a la dependencia. Para ello, nos situamos inicialmente en el apartado del “Libro verde sobre la dependencia en España” (Sánchez, J., 2.004) que explica **los modelos existentes en la Unión Europea**. Según Sánchez, J. (2.004), en la Unión Europea existe una gran diversidad de modelos frente a la dependencia. La legislación de los Estados Miembros de la Unión Europea es extraordinariamente diversa, aunque los modelos de protección podrían agruparse en tres grupos: 1- Seguro de dependencia como rama específica de la seguridad social (lo que implica pago de las correspondientes cotizaciones). En este caso están Alemania, Austria, Zona Flamenca de Bélgica y, en alguna medida, Francia. 2- Derecho público universal, financiado en base a impuestos y desarrollado a través de servicios sociales descentralizados (Países Nórdicos y Holanda). 3- Servicios sociales ofrecidos como ayudas sociales (económicas y técnicas), en función del nivel de renta. En este último grupo están Grecia, Italia y Portugal.

La cuantía económica empleada para el apoyo formal también varía. En Francia el gasto máximo es 11.000 €/año. Según el grado dependencia puede ir de 900 € a 475 €/mes. La cuantía es igual para igual dependencia excepto si la ayuda es domiciliar o en residencia. Sin embargo, según el nivel económico de cada usuario, éste coopera más o menos pudiendo llegar hasta el 80% del copago. Este sistema necesita una gran complejidad de gestión. Por otra parte en Alemania hasta ahora el gasto máximo puede ser de 1.450 €/mes y el mínimo de 200 €/mes. También participa en el pago de pensiones de dependencia del cuidador que va desde 125 €/m a 375 €/mes. Así mismo, Alemania se hace cargo del 90% del coste de los recursos necesarios y llega a facilitar hasta 2.500 € para acomodar el hogar. Con la entrada de un nuevo sistema por grados de dependencia las ayudas han pasado a ser de 400 €/mes para el grado I, 1.000 €/mes para el grado II y 1.500 €/m para el grado III (Rodríguez, A. y sus col., 2.004d). El grado I de dependencia en Alemania se refiere a aquellas personas que necesitan

90 minutos de asistencia al día, siendo la mitad de ese tiempo para cuidados personales. En el grado II la ayuda se considera muy importante, con un mínimo de tres horas diarias, dos de las cuales son para cuidados personales. El grado III se considera ayuda extrema con un mínimo de 5 horas diarias, cuatro de las cuales dedicadas a cuidados personales.

**El modelo en España en este momento** responde a un sistema mixto donde la gran invalidez está financiada por la seguridad social, la atención sociosanitaria está financiada vía impuestos principalmente, según lo previsto en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y el resto de ayudas sociales están financiadas por el IMSERSO, las comunidades autónomas y las corporaciones locales. En España el coste medio de una persona dependiente durante un año oscila entre los 12.740 euros y los 22.097 euros, según la gravedad menor o mayor (Sánchez, J., 2004) y el coste soportado por el estado para la dependencia y la discapacidad es de 1514,34 millones de euros, es decir 797 €/año por persona mayor con discapacidad. Las ayudas formales que se prestan atendiendo a este modelo, tal y como se ha mencionado en el apartado del apoyo formal, son las residencias, los centros de día, la teleasistencia, la atención domiciliar, la ayuda a los cuidadores informales y las ayudas económicas a la persona dependiente. Cualquiera de estos recursos pueden ser financiados por la administración pública o por empresas privadas y los cuidadores formales pueden ser profesionales o no profesionales (Navaie-Waliser, M. y sus col., 2002). La tendencia europea es aumentar la ayuda a domicilio y reservar para los especialmente dependientes las residencias (García, M. y sus col., 2001).

El empleo de estos recursos depende de diversos elementos que a continuación se detallan:

- El apoyo formal está más solicitado por quien quiere vivir solo y no tiene suficiente apoyo informal (Collins, C. y sus col., 1.991).
- El cuidado prestado informalmente permite mayor confidencialidad y privacidad de la vida de las personas, siendo éste uno de los principales motivos por los que las familias cuidadoras prefieren el cuidado informal al formal. Sin embargo, cuando la persona mayor es dependiente se produce una mayor solicitud de ayuda formal sea profesional o no (Collins, C. y sus col., 1.991).
- Según la cultura de la persona cuidada y del cuidador se utilizan en mayor o menor medida las ayudas formales (Wesley, R. L., 1.997).
- Las minorías utilizan menos el apoyo formal (Dilworth, P. y sus col., 2.002 y Morano, C. y sus col., 2.002)

- Según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), (2.002), el 50% de los cuidadores informales dicen que no necesitan apoyo formal y el resto destacan cuatro situaciones: utilizan el apoyo formal (aunque el 12% solo lo utiliza 30 minutos por la mañana y 30 minutos por la noche), no utilizan apoyo formal por lentitud y burocracia, no utilizan apoyo formal por temor o desconfianza y no utilizan apoyo formal por desconocimiento de su existencia.
- Hay más empleo del apoyo formal cuando hay mayor alteración de las actividades de la vida diaria y mayor nivel cultural tanto de la persona cuidada como del cuidador informal (Walace, S. y sus col., 2.002).
- El empleo de las ayudas depende también de la opinión que tenga el cuidador sobre su función. En ocasiones se piensa que la familia tiene una obligación moral, pero en otras se piensa que es una obligación del gobierno o mixta de ambos (García, J., 2.004).
- Cuando la oferta de servicios desde la administración pública no cubre las necesidades del cuidado, se recurre a los servicios privados. Solo pueden llegar a la oferta privada las personas que disponen de recursos económicos Rodríguez, A. y sus col. (2.004a).

En cuanto a las ayudas económicas, en la actualidad existen diferentes tipos como las ayudas para la gran invalidez, la invalidez y ayudas a los familiares con personas dependientes. En los últimos años se han adoptado diversas medidas a favor de las familias que tenían algún miembro en situación de dependencia, sin embargo, estas parecen insuficientes. También van emergiendo, como hemos visto, ayudas económicas para contribuir a posibilitar que el cuidador pueda ejercer sus funciones o para sufragar servicios si no disponen de recursos suficientes para afrontar los gastos de la atención. Las ayudas económicas que se dan actualmente a los cuidadores en España pueden ser:

- A través de las deducciones y bonificaciones del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
- Exenciones de declaración de IRPF, mínimo personal y familiar.
- Reducciones específicas en la base imponible por discapacidad o dependencia.
- Reducción por discapacidad/dependencia de trabajadores activos, en cuantía establecida en función del grado acreditado.
- Minoraciones por mínimo personal, reducción de edad (65 años) y reducción por asistencia (75 años) de su renta o base imponible.

La valoración global de los usuarios sobre las ayudas formales, indica que las prestaciones públicas de la administración solo representan pequeñas ayudas puntuales e insuficientes. La

ayuda mejor valorada es el seguimiento a domicilio y no tanto el ingreso en residencias o en centros asistenciales (Schulz, R., Belle, S., Czaja, S., McGinnis, K. y sus col., 2.004). Sin embargo, el tiempo que se ofrece de apoyo formal a domicilio es insuficiente. En EEUU este tiempo es entre 63 y 240h/año (Bourgeois, M. y sus col., 1.996). Otros autores indican que el total del tiempo del cuidado formal domiciliario es 35h/m, del cual 12h/m es Atención Domiciliaria con actividades de cuidado por las enfermeras y 23h/m de Servicio social Domiciliario con actividades de soporte a las ABVD y de AIVD (Wino, A. y sus col., 2.002). En ambos casos muy por debajo de las necesidades reales. En cuanto a la teleasistencia, Goodman, C. y sus col. (1.990) dicen que la información telefónica no disminuye la sobrecarga de los cuidadores. Por otra parte, el ingreso en residencias no representa una solución porque las esposas continúan con ansiedad, realizando visitas diarias y no descansan lo que se esperaba (Schulz, R. y sus col., 2.004).

Según el libro verde de la dependencia en España (Sánchez, J., 2.004) es necesario que el modelo español de apoyo a la dependencia favorezca el perfil del cuidador, que fomente la independencia del paciente y que su ámbito de actuación no se delimite al paciente, sino que también se extienda a la familia. El cuidador tiene que tener presente los principios y valores de humanidad, solidaridad, cariño, generosidad, compromiso y honestidad. El cuidador no puede olvidarse del cuidado de sí mismo (mantener su salud garantiza el desempeño de su propia tarea) y debe ser un buen comunicador (entender y saber interpretar lo que siente la persona dependiente en cada momento). Es muy importante que la formación de los cuidadores comprenda la psicoeducación de familias y cuidadores, la capacidad para enfrentarse a situaciones críticas y proporcione conocimientos suficientes para hacer un seguimiento de la situación de la dependencia, de modo que pueda ofrecer en cada momento el apoyo necesario. También es necesario potenciar la ayuda externa a las familias. La incorporación, cada vez mayor, de la mujer al mercado de trabajo evidenciará la necesidad de ofrecer apoyo externo al núcleo familiar ante la insuficiencia del actual modelo de protección que gira en torno a la familia y al papel de la mujer dentro de ella. El catálogo de prestaciones, las características de instalaciones y equipamiento y el número de profesionales debidamente cualificados para atender y entender las necesidades de las personas dependientes, requerirán, por tanto, una profunda revisión y replanteamiento.

El libro verde de la dependencia también señala que hay que mejorar la cooperación entre las administraciones con el sector privado. Las responsabilidades de la administración del estado, de las comunidades autónomas y de las corporaciones locales y el papel de la iniciativa

privada, deberían estar debidamente definidas, con realismo y con una financiación sostenible. Un sistema de protección social de las personas dependientes debería tener muy en cuenta la opinión de todos los sectores. De esta manera se favorecerá una mayor coordinación de los esfuerzos (los públicos y los privados) y, más allá de cualquier tentación de ingeniería social, se podría alcanzar un objetivo fundamental: mayor autonomía y más vida independiente para quienes padecen situaciones de dependencia.

**En Cataluña la ayuda formal** ha presentado un continuo incremento reflejado en los presupuestos de la Generalitat de Catalunya. El presupuesto sanitario del año 2.003 fue de 5.489,98 millones de euros y en el 2.004 alcanzó los 6.501,75 millones de euros (con un incremento del 15%). De este presupuesto, solo un 2,95% fue destinado a la atención sociosanitaria, mientras el 47,28 % era para asistencia sanitaria y para el gasto farmacéutico un 24,03%. El presupuesto para la atención de las personas mayores de 65 años en el 2.005, volvió a aumentar y fue de 360 millones, frente a los 300 millones del 2.004 (Departamento de Presidencia Generalitat de Catalunya y Dirección General de Atenció Ciutadana., 2.004). En el 2.005 se dedicaron 600 millones de euros para la atención de la dependencia (incluyendo menores y discapacitados) sobre los 20.706 millones totales del presupuesto de la Generalitat (Departamento de Presidencia Generalitat de Catalunya y Dirección General de Atención Ciudadana.,05). En los presupuestos del 2.006 la parte dedicada a consejería de Bienestar y Solidaridad (antes Bienestar y Familia) es de 1.221,5 millones mientras que en el 2.004 fue de 907 millones de euros. La suma total para los mayores es de 518 millones sobre 29.689 millones del presupuesto total de la Generalitat. Si sobre estos datos se incluyen los 253 millones dedicados a discapacitados y los 307 millones a menores, se llega a un total de 1.088 millones, cantidad muy superior a los 600 millones del 2.005 (Departamento de Presidencia Generalitat de Catalunya., 2.006). En definitiva, se observa un crecimiento constante en el gasto presupuestario para la atención a los mayores y la dependencia (que también incluye a sus cuidadores).

**En Barcelona el apoyo formal** se refleja a través del área de Bienestar social de la Diputación de Barcelona que impulsa una serie de programas de ayuda técnica y económica para la gente que se encarga del cuidado de los mayores. Entre ellos destacamos el programa “viure i conviure” que consiste en Universitarios menores de 30 años que comparten piso con mayores de 65 años. La persona acogedora recibe una ayuda de 90,15 €/m por compensación de gastos de consumo de servicios domésticos. El joven proporciona compañía a la persona mayor sin que le perturbe en su intimidad y estudios, teniendo vacaciones y fines de semana

libres. El joven debe acompañar a la persona mayor a ir al médico, a comprar alimentos y medicamentos y prestarle compañía. Además, no puede llegar más tarde de las 22:30h. En el curso 2.003 - 2.004 hubieron 110 convivencias de las que un 38% se han mantenido del curso anterior (Diputació Barcelona., 2.004).

### **1.3.8.3. El cuidador no profesional formal y la inmigración.**

Numerosos autores citan la necesidad de los cuidadores formales como ayuda a los cuidadores informales. Los dos grandes pilares sobre los que se fundamenta la Ley de Dependencia en España, el libro verde (Sánchez, J., 2.004) y el libro blanco de la dependencia (Rodríguez, A. y sus col., 2.004a), indican claramente no solo su existencia, sino su necesidad. Además en ambos, se cita que este tipo de cuidador formal sin conocimientos específicos para el cuidado (no profesional) son eminentemente inmigrantes. La propia organización de la salud (World Health Organization., 2.002) indica que será la población inmigrante la que se ocupará del cuidado de las personas .

Los inmigrantes cuidadores están cumpliendo con la función de mejorar la vida de las personas mayores. En el estudio de Berjano, E. (2.004) sobre los anuncios de oferta de trabajo realizada por los propios cuidadores, se observa que el 68,30% de éstos son para cuidar ancianos y que el 82,50% de los inmigrantes irregulares buscan su actividad laboral a través actividades domésticas y cuidado a ancianos. Entre los atributos que se ofertan esta una edad adulta madura de 50 años, disponibilidad horaria (noches, fines de semana y horario de trabajo), ser responsable, honesta, disponer de algunos conocimientos en enfermería, ausencia de cargas familiares, mantener una relación familiar con la persona cuidada y ofertar la posibilidad de realizar otras funciones domésticas además de cuidar ancianos. Sin embargo, el mismo artículo manifiesta que la relación entre la oferta y la demanda se vehicula más a través de relaciones personales (amigos, ONG, sindicatos) que por empresas de mercado laboral.

La Ley de Dependencia, plantea la posibilidad de asignar ayudas para comprar el servicio del cuidado en el mercado laboral cuando la red pública no llegue a cubrir las necesidades de la persona mayor dependiente. Reconociendo que la gran mayoría de cuidadores son inmigrantes (Rodríguez, A. y sus col., 2.004c y Instituto de Mayores y Servicios Sociales.Portal Mayores., 2.005)

Esta realidad no solo se está produciendo en España, ya que en Italia, en los últimos años, los familiares han buscado la ayuda de mujeres inmigrantes para este cuidado. El 35% de los cuidadores informales en Italia tienen un cuidador inmigrante que suele provenir del este europeo (Rosa, E. y sus col., 2.004). Sin embargo, Byock, I. R. (2.001) afirma que aunque existen agencias de cuidadores profesionales y de cuidadores no profesionales, y ambos prestan buenos cuidados, los resultados son mejores si son profesionales.

Diferentes autores como Gail M.W y sus col. (1.996), Wood, S. (1.999), Navaie-Waliser, M. y sus col. (2.002) y Blanc, M. (2.003) reconocen el rol del cuidador formal no profesional y además informan que probablemente estos puestos laborales van a ser ocupados por población inmigrante (Pereda, C. y sus col., 1.999 y U.S.Department of Health and Human Services., 2.002).

En Cataluña existe una demanda social creciente de cuidadores no profesionales a domicilio y se establece -según el libro blanco de la Generalitat – una cifra de 39.000 puestos de trabajo, siendo actualmente altamente ocupados por inmigrantes. Según datos del registro de contratos de servicio doméstico que refleja el trabajo oficial, el 25% de las empleadas de hogar y cuidadoras de gente mayor afiliadas a la seguridad son mujeres inmigrantes, pero según el estudio realizado por el Centro de Estudios e Investigación Sindical de Pajares, M. (2.005), se señala que las cuidadoras inmigrantes pueden representar hasta el 43,10% de las cuidadoras de personas mayores cuando se contabilizan las cuidadoras declaradas a la seguridad social. Los inmigrantes procedentes del centro y sur de América representan el 23,50% de las trabajadoras de hogar (sobre 14.000). El 66% de las mujeres de Filipinas trabajan en el servicio doméstico y cuidan a personas mayores, el 46% en el caso de las mujeres de la República Dominicana, el 41% de las mujeres de Perú y en porcentajes similares mujeres procedentes de Ecuador y Colombia. En cambio, solo el 7,70% de las mujeres procedentes de Argentina trabajan en el servicio doméstico y cuidando a personas mayores. Por otra parte, estas empleadas no están formadas para cuidar a personas mayores y representan un valor económico de 480 millones de euros (el 0,50% del PIB de Cataluña).

La tasa de empleo de los inmigrantes es del 62,50% en Barcelona, siendo la más baja para los marroquíes con un 49,7%, aunque hay que considerar que solo un 16% de las mujeres marroquíes trabajan frente al 50% del resto de mujeres inmigrantes. La tasa de ocupación de los barceloneses es del 48,60%. Esta diferencia todavía se hace más evidente en la mujer ya que la barcelonesa tiene una tasa de ocupación del 40,80% y la mujer inmigrante de un

56,9%, siendo en gran parte cuidadora. Según datos de la seguridad social en abril del 2.006, habían 27.452 personas afiliadas en el régimen de la seguridad social doméstico en Barcelona (2,56% del total de contratos de la seguridad social), en Cataluña 71.868 personas (2,15%) en la comunidad de Madrid 98.996 personas (3,39%) y en España 353.556 personas (1,91%). El porcentaje de inmigrantes en España que están dados de alta en el régimen especial del hogar en la seguridad social (13,48%) es muy superior al de los españoles (1,91%), por tanto los inmigrantes se dedican a los cuidados del hogar en un porcentaje muy superior, mayoritariamente mujeres (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Seguridad Social., 2.006a, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Seguridad Social., 2.006b y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Seguridad Social., 2.006c)

Esta gran cantidad de mujeres inmigrantes cuidadoras no profesionales está ocupando el espacio que la mujer ha dejado al pasar al mercado laboral formal. El estudio de la actividad domestica se debe diversificar más allá del propio mantenimiento del hogar y llegando al cuidado del anciano (Martínez, R., 2.003).

Entre las mujeres españolas que también realizan este cuidado a las personas mayores se mira el hecho con un cierto recelo según manifiesta la presidenta de la Asociación de Trabajadoras Familiares porque dicen que las cuidadoras inmigrantes realizan competencia desleal al tener unos sueldos inferiores a las cuidadoras autóctonas. El convenio de los trabajadores familiares en el año 2.003 preveía 5,41 €/h por el cuidado a domicilio a personas mayores. Los precios en el 2.004 son entre 4,40 €/h en Santander y los 9,61 € en Madrid (Blanc, M., 2.004). La media en España es de 7,20 €/h. En Barcelona, el cuidado domiciliario tienen como media 3h/día por 3 días/semana y puede representar un coste de 400 €/mes (Esteve, E., 2.005).

Las principales funciones que realizan los cuidadores de persona mayores son de vigilancia pero también de AIVD (Wino, A. y sus col., 2.002) y de ABVD. En un estudio en el Norte de España, Salaberri, A. y sus col. (2.004) han encontrado que las actividades que realizan los cuidadores son ayudar en el baño (14%), realizar tareas domesticas (11%), ayudar a subir escaleras (9%). Según este estudio, las personas inmigrantes cuidadoras han aumentado y han llegado a representar el 39% en Navarra, siendo el 86,10% procedentes del centro y sur de América, sobre todo de Perú, Republica Dominicana y Colombia.

La investigación realizada por Escrivá, A. (2.000), se centra en la mujer peruana como empleada del hogar. Este autor documenta que estas mujeres realizan trabajos domésticos

pero tienen estudios de niveles superiores. Las mujeres peruanas emigraron en los años 60-70 del entorno rural al urbano en su país, con porcentajes entre el 50,60% y 51,20%. Su trabajo en la ciudad también fue doméstico en casas acomodadas. En los años 80 empiezan a emigrar a EEUU, Argentina, Italia, España y Japón. Inicialmente lo hicieron las mujeres de clase medio-altas por la crisis económica y por los recortes económicos de Fujimori. Pero después, también emigraron las clases más modestas. Es la familia quien asigna o define los roles para las mujeres y la que apoya o desincentiva la emigración. Hay peruanas que fueron obligadas literalmente a emigrar por dos razones principales: la necesidad de supervivencia familiar y el deseo de mantener o elevar el nivel de vida/consumo de la familia. La inserción laboral de estas mujeres se está produciendo con discriminación social, con escasez de trabajos bien pagados y se centra principalmente en el servicio doméstico. Los trabajos solo se presentan en aquellos empleos menos deseados por la población nacional, porque están mal pagados, son duros, inestables, estacionales, inseguros o aislantes. En general son las mujeres inmigrantes las que realizan los peores puestos laborales en términos de prestigio social.

Dentro del servicio doméstico, el cuidado de ancianos es la situación laboral más valorada y reconocida salarialmente pero comporta un elevado nivel de estrés por la precariedad psíquica y física de los ancianos y hay una gran inseguridad laboral puesto que dependen de los meses o años de vida de las personas que cuidan. Atender a estas personas requiere una disponibilidad absoluta durante todas las horas y días de la semana, de tal forma que muchas de las cuidadoras se quedan a vivir en el domicilio de las personas que cuidan. Además, el régimen de la seguridad social de las empleadas de hogar es diferente porque no tienen seguro de desempleo por ejemplo. La situación de trabajo se produce desde la invisibilidad, como si no existieran ya que en bastantes ocasiones no cotizan a la seguridad social.

La inserción social y cultural catalana de los cuidadores inmigrantes no profesionales formales no es vivida como un problema y suele producirse con rapidez sobre todo las cuidadoras que tienen más contacto con la población autóctona. Esta situación se suele alargar mucho. Las que han venido a nuestro país solo por un periodo corto realizan el cuidado a las personas mayores. Entre los motivos para continuar con el trabajo de cuidadora de personas mayores puede estar la reagrupación familiar que aunque mejora su estado emocional e integración, genera más costos y obligaciones al inmigrante y le puede obligar a seguir trabajando en las mismas condiciones, permaneciendo en sitios poco deseados pero mucho mejor pagados que en su lugar de origen, permitiéndoles un mayor nivel de vida.

### 1.3.9. El fenómeno de la inmigración.

Después de transcurridos 60 años de la guerra mundial y de la creación de la ONU somos más pobres por los efectos de la globalización. Si no se actúa ahora, en el 2.015 habrán 380 millones de personas más que sufrirán miseria extrema. Hoy hay 2.800 millones de personas que han de pasar el año con menos de 700 dólares y de éstas 1.200 millones ganan menos de un dólar al día. En consecuencia mueren 33.000 niños al día en los países en vías de desarrollo (World Bank Organization., 2.006). El desarrollo económico desigual, con potencias cada vez más ricas y países enclavados en el subdesarrollo, acompañado de las mejoras tecnológicas de los medios de transporte, ha provocado la explosión de un fenómeno que marcará el siglo XXI: las migraciones masivas. En 30 años entre 1.970 y el 2.000 se ha duplicado el número de personas que no residen en su país de origen (de 82 a 175 millones). Una de cada 35 personas vive lejos de donde nació. El 10% es por razón política, pero la mayoría busca el paraíso que ven a través de su televisor. Este fenómeno beneficia tanto a países de origen y como de destino. Aportan mano de obra barata en países en expansión y con lo que los inmigrantes envían a sus familias contribuyen al desarrollo de sus países. La cara negativa de este fenómeno son las dificultades de convivencia como la xenofobia y la discriminación racial (Leffler, C., Abouyouf, H. y Luciano, G., 2.005).

Mientras las rentas de los países del norte sean 15 veces superiores a las del sur, nada podrá evitar que los más pobres intenten aproximarse a los más ricos. Al analizar la lista del PIB donde se incluyen los 191 países de la Naciones Unidas más Hong Kong, Antillas Neerlandesas y la Unión Europea se observa la siguiente graduación de países: 1º Luxemburgo (65.340\$), 3º EEUU (41.950\$), 4º Noruega (40.420\$), 11º Alemania (33.570\$), 13º Reino Unido (32.690\$), 24º Unión Europea: (28.958\$), 33º España (25.360\$), 64º Argentina (13.920\$), 66º Polonia (13.490\$), 77º Puerto Rico (10.726\$), 85º Rumania (8.940\$), 94º Túnez (7.900\$), 98º Colombia (7.420\$), 103º Argelia (6.770\$), 115º Perú (5.830\$), 129º Marruecos (4.360\$), 132º Ecuador (4.070\$); 143º Bolivia (2.740\$) (World Bank Organization., 2.006). Como se ve hay una diferencia abrumadora. El país más rico tiene un PIB 24 veces superior a Bolivia. En el caso de la UE el PIB es de cuatro veces superior a Colombia y el de España es del orden de seis veces superior frente a Marruecos y Ecuador, que son los dos principales países inmigrantes en España. Al comparar el PIB entre los países de los cuidadores inmigrantes vemos que el de España es 4,50 veces superior al de Perú, 9 veces al de Bolivia y 3,40 veces al de Colombia. Sin embargo, es necesario destacar que las personas que emigran de estos países no son los más pobres, sino aquellos que pueden permitirse ahorrar para poder hacerlo (López, G. e Institut d'estudis autonòmics., 2.005).

Existen más datos que evidencian la gran diferencia de los países del norte y del sur. Datos socioeconómicos revelan las diferencias de los países del mediterráneo. La esperanza de vida al nacer en España es 79,20 años mientras que en Marruecos es de 68,50 años con una diferencia de 10,70 años. La población por médico en Italia es 165 mientras que en Marruecos es de 2.070. El porcentaje del PIB en gasto público en salud es en Francia del 7,30% mientras que en Libia es del 1,60% (Leffler, C. y sus col., 2.005). Todos estos datos, indican claramente que no solo es la riqueza en PIB, sino el empleo del dinero existente.

El hecho de la inmigración en España, en concreto en Cataluña y Barcelona está significando un cambio importante en la composición numérica y la diversidad de nuestra sociedad. La ciudad de Barcelona ha pasado de tener una tasa de inmigración del 5,10% en 1.980 al 16,10% en el 2.005 (Instituto Nacional de Estadística., 2.003 y Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona., 2.006b).

**En España** en 1.996 habían 600.000 inmigrantes (1,50% de la población). En 1.998 la media Europea de inmigrantes era del 5% sobre la población total, en Alemania del 9% y en España del 1,6%. En el 2.001 España tenía 2.000.000 de inmigrantes (5% de la población) y en Julio del 2.006 tenía 3.700.000 (8,30% de la población) de los cuales 2,65 millones eran legales y 0,97 millones ilegales aún después de la regularización extraordinaria (Gabinete de Comunicación Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.005b). Este índice sitúa a España en el cuarto país Europeo detrás de Alemania (9%), Austria (9,20%) y Bélgica (8,70%) y por delante de Italia (5%) y de Inglaterra (3,50%) (Alter Media., 2.005). Esta situación es valorada por los ciudadanos como el tercer problema social después del terrorismo y el paro (Pérez, V., Álvarez, B. y González, C., 2.001). La clasificación de las provincias españolas según el porcentaje de inmigrantes en el 2.002 fue: 1) Provincias con porcentaje de inmigración superior al 0,90% de su población (Cataluña, Baleares, Canarias, Madrid y Almería); 2) provincias entre el 0,90% y el 0,30% (Murcia, Valencia); 3) provincias con menos del 0,3% (Sevilla, Vizcaya, La Coruña.). En Octubre del 2.005 continúa ocupando el mayor número de inmigrantes legales Cataluña (580.000), seguida de Madrid (510.000) (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.006d).

**En Cataluña** la evolución de la inmigración desde 1.990, según el estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas (Solé, C., 1.991), muestra los cambios en el perfil del inmigrante. El perfil del inmigrante en 1.990 era el de personas jóvenes de Gambia, Senegal, Nigeria, Marruecos, Pakistán y Filipinas, todos hombres con pocos estudios y solteros.

Estaban familiarizados con varios idiomas (árabe, inglés y poco el castellano y menos el catalán). El motivo por el que inmigraron fue para buscar mejores condiciones de vida. El 80% encontró trabajo temporal (más en la agricultura) pero pronto estaban en paro o con un trabajo en clandestinidad. En cuanto al alojamiento compartían vivienda y solo el 8% tenía vivienda propia no compartida. No trababan amistad con los ciudadanos autóctonos y tampoco manifestaban interés en aceptar las costumbres del país. La idea de retorno a su país era fuerte. En cambio el perfil del inmigrante en el 2.003 según un estudio descriptivo realizado por Omniu Cultural y la Plataforma por la lengua (Gencat.net/premsa., 2.003) sobre 1500 inmigrantes indicó que tenían una edad media de 30 años, un nivel cultural de secundaria (64%), vivían de alquiler (sin cambiar de localidad en el 80% de los casos) que había llegado hacía menos de 4 años y pensaban quedarse (75%). El catalán lo entendían (50%) y lo hablaban (30%). En definitiva, parece que estaban más integrados en el 2.003 que en 1.990 porque pensaban quedarse en Cataluña, tenían mayor nivel de catalán y vivían de alquiler pero sin cambiar de localidad.

En Septiembre del 2.002 en Cataluña el número de inmigrantes se había multiplicado por tres desde los últimos cinco años y se llegó a 341.000 inmigrantes con permiso de residencia (en Madrid 267.000) representando el 5,30% del total de la población y un aumento del 20% durante el 2.002. En las mismas fechas habían 121.000 irregulares y por tanto sin poder trabajar legalmente ni tener los derechos mínimos (en Madrid 261.000). Estos datos han sido calculados desde la atención sanitaria prestada a los niños inmigrantes empadronados (Boletín observatorio permanente de la inmigración y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.006). La distribución de los inmigrantes en el 2.002 en Cataluña era en Barcelona de 237.000, en Girona de 45.000, en Tarragona de 30.000 y en Lérida de 16.000. En la distribución por procedencias en el 2.002 destacan como primeros los marroquíes (103.000) y después los ecuatorianos (20.000) y los peruanos (15.000) (Institut d'Estadística Generalitat Catalunya., 2.006b).

Desde el 2.002 al 2.006, la población inmigrante en Cataluña se ha multiplicado por dos (800.000) y representan el 11% de la población (Institut d'Estadística Generalitat Catalunya., 2.006b) por encima de Alemania (país con mayor proporción en Europa). En Octubre del 2.005 la distribución de la población inmigrante por provincias era primero Barcelona (410.700), segundo Girona (84.700), tercero Tarragona (66.400) y finalmente Lleida (41.700). Es decir, aunque la mayor concentración se da en Barcelona, el mayor incremento porcentual se ha producido en Lleida. En cuanto a su distribución por países continúan siendo

los más numerosos los marroquíes con 163.000 y los ecuatorianos con 61.800 personas (Institut d'Estadística Generalitat Catalunya., 2.006b).

**En Barcelona ciudad** en el 2.005 la población era de 1.610.000 habitantes con 260.000 inmigrantes, representando el 16,10% de la población. La distribución de inmigrantes por países era primero ecuatorianos (35.000), marroquíes (20.000) y peruanos (20.000). Su distribución en la ciudad se produce de forma que en el Eixample hay la mayor población con 44.000 y representa un 16% de la población de este barrio. Ciutat Vella con 40.500 representan el 33% (el barrio con mayor proporción de inmigrantes en Barcelona ciudad). La zona que más aumentó fue Nou Barris con un 18,20% y la que menos Las Corts con un 10% de población inmigrante con respecto a la total (Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona., 2.006a).

Otro dato importante además de la cantidad total de inmigrantes y el porcentaje que representan sobre la población autóctona son los datos referentes al trabajo que realizan. El número de inmigrantes con contratos de trabajo en Barcelona en el 2.005 ha sido de 152.000 (indefinidos el 11,80% y temporales el 88,20%), representando el 18,20% del total de personas en Barcelona con contrato laboral (835.500). Hay que considerar este gran aumento ya que ha pasado del 10,10% en el 2.001 hasta el 18,20% actual, con un incremento en el último año del 37%. En Cataluña esta cifra es del 18,40%, en Madrid del 17% y en España del 12,30%.

La tasa de ocupación de los barceloneses es del 48,60% y de los inmigrantes del 62,50%. Si atendemos al género se observa que la mujer de Barcelona tiene una tasa de ocupación del 40,80% y la inmigrante de un 56,90%. La distribución del trabajo de los inmigrantes según el sector de económico indica que un 88,4% trabajan en servicios, el 6,50% en la construcción, el 4,90% en la industria y el 0,20% en la agricultura. Las mujeres cuentan con el 36,10% de los contratos. La distribución del total de los inmigrantes por subsectores económicos o de actividad muestra que un 25% trabajan en servicios de hostelería, servicios personales y personal doméstico, por otro lado teniendo en cuenta la calificación se observa que un 51% son trabajadores sin cualificar (aumentado este último año un 31%) (Ayuntamiento Barcelona y sus col., 2.006). El porcentaje de inmigrantes en Barcelona que están dados de alta en el régimen especial del hogar en la seguridad social (14,49%) es muy superior al de los españoles (2,56%), es decir en Barcelona se repite, al igual que en Madrid, Cataluña y España

que una gran cantidad de inmigrantes se dedican a los cuidados del hogar (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y sus col.(Seguridad Social), 2.006a).

A pesar de la regularización del 2.001 (400.000 inmigrantes) y del 2.005 (700.000 inmigrantes), todavía han quedado sin regularizar unos 700.000 inmigrantes y continúan entrando gran cantidad de ellos en nuestro país (Gabinete de Comunicación Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.005b). Se ha llegado a decir que entre el 90% y el 80% de los inmigrantes han llegado de forma ilegal (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.006e). Por esto, la actual reforma busca que estas personas lleguen a España de forma legal con visados desde su país de origen (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.006b).

Sin embargo, hacen falta medidas supranacionales para regular la entrada de inmigrantes. La Unión Europea decidió en la Cumbre de Salónica en Mayo del 2.003 destinar 140 millones de euros a frenar la inmigración ilegal entre los años 2.004 al 2.007. Con ello se pretende una inmigración más controlada y aumentar el control informático de visados y personas (El portal de la Unión Europea., 2.003). En esta misma línea el gobierno español ha intensificado el control sobre la inmigración ilegal produciéndose en algunos lugares como Canarias una superpoblación de población inmigrante ilegal detenida, aunque desde el 2.003 hasta el 2.005 se ha producido un descenso del 25%, en cambio en el 2.006 se ha disparado la llegada de inmigrantes ilegales por Canarias. En el 2.003 la cifra de inmigrantes ilegales detenidos al entrar en Canarias fue de 580, en el 2.005 de 4.715 y hasta Junio del 2.006 ha sido 10.156 personas que han querido entrar de forma ilegal por vía marítima, frente a las 4.715 de todo 2.005, lo que ha impulsado al Gobierno a adoptar sucesivas medidas y planes para controlar y frenar estos flujos migratorios (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.006e). Mientras que se decide su futuro se trasladan a organizaciones no gubernamentales (ONG) durante 40 días a la península y luego sino hay elementos claros para su expulsión pueden ser libres. El total de expulsados, sin necesidad de autorización judicial, también se ha incrementado notablemente en cumplimiento de la Ley de Extranjería. Existen casi 1.300 inmigrantes ilegales expulsados tras cumplir condena entre 1.995 - 2.005. El total de inmigrantes expulsados en el 2.001 fue de 7.570, en el 2.002 fueron 37.289 y hasta junio del 2.006 se han expulsado de España a unos 31.000 inmigrantes (EFE., 2.006).

En conclusión, se observa que la población inmigrante representa un volumen y porcentaje muy importante tanto en la población en general, como en la laboral, aumentando de una forma masiva. Para situarnos sobre la población de cuidadores inmigrantes no profesionales

formales, se va a proceder su cálculo aproximado. La población de personas mayores de 60 años en Barcelona es de 418.670 mayores de los cuales una tercera parte son dependientes, es decir 140.000 mayores (Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona., 2.006a). El principal cuidador de las personas mayores es el cuidador informal (hija 50% y cónyuges 23,40%), pero en una proporción del 19% son cuidadores formales no profesionales (asalariados y a los que no se les exige ninguna preparación profesional para poder desarrollar su labor) representando 26.600 cuidadores sobre 140.000 mayores dependientes en Barcelona. Como el 43,1% de este cuidado lo dan inmigrantes, podemos llegar a la conclusión que unos 11.500 inmigrantes cuidan a las personas mayores de Barcelona (Rodríguez, A. y sus col., 2.004b y Pajares, M., 2.005) es decir, como una quinta parte de la ciudad de Tarragona (Instituto Nacional de Estadística., 2.006e). Aplicando los mismos criterios se obtendrían 32.700 cuidadores inmigrantes en Cataluña y 78.000 en España en el año 2.004 (Instituto Nacional de Estadística., 2.006c).

Por tanto, estamos hablando de una población muy importante que merece ser estudiada por cantidad, pero también porque las consecuencias derivadas en estos cuidadores (con sentimiento de carga y/o de estar quemado) les influirán a ellos y a las propias personas cuidadas. Pero todavía hay otra razón que se ha ido viendo durante todo el trabajo. Es el tema de las diferencias en las minorías culturales ya que diferentes investigaciones han comprobado que las consecuencias del cuidar varían según las culturas y así se ha comprobado entre anglosajones y africano-americanos, pero también entre otras minorías (Haley, W. y sus col., 2.003).

La inmigración hoy no es una realidad menor ni coyuntural, es algo que marcará los próximos años de manera profunda. Por tanto se debe tratar desde el respeto a la pluralidad y no como relativismo cultural, sino como aportación de sus elementos en el marco de los derechos humanos. El mayor reto del gobierno catalán es la convivencia y la cohesión social medidos con parámetros materiales (como son las condiciones de vida, económicas y sociales) y con parámetros inmateriales (sentimiento de pertenencia o exclusión). El otro gran reto del gobierno catalán es la identidad. En un mundo global, homogeneizador y lleno de incertidumbres, con crisis de ideologías tradicionales, las personas necesitamos tener signos de identidad personales y colectivos como puntos de referencia. Por eso, el gobierno catalán quiere integrar a los inmigrantes y fortalecer la identidad catalana.

El modelo catalán de integración no es de asimilación, sino de respeto mutuo, que enriquezca a Cataluña y fomente el sentimiento de pertenencia a una sola comunidad, sin ser incompatible con el mantenimiento de sus propias raíces, de forma que en el horizonte del 2.020 sea un país cohesionado sin problemas de segregación ni sociales. Este modelo catalán ha estado regulado por el Plan Director del Codesarrollo 2.001-2.004 (Alonso, X. y sus col., 2.003) y por el nuevo Estatut de Catalunya.

### **1.3.9.1. Principales experiencias de gestión de la inmigración.**

Países como Francia, Reino Unido, Alemania y Estados Unidos tienen experiencias que les permiten afrontar la situación actual con ventaja y que están marcando los principales sistemas de gestión de la inmigración, pero a pesar de ello también tienen grandes problemas. ¿Se debe o no poner límite al movimiento de las personas?. En realidad esta es una pregunta retórica porque ya existen fronteras que lo imposibilitan. Y la verdadera pregunta es si queremos o no una sociedad abierta. Para responder se puede pensar que tipo de sociedad se quiere para el futuro y grado de apertura de sociedad, es decir el grado de apertura de las fronteras. Para poder responder a esta pregunta se pueden plantear diversas razones económicas y sociopolíticas.

a) Razones económicas: la entrada de emigrantes permitirá maximizar la riqueza de la sociedad que los recibe. Pero a veces esta razón enriquece a unos y empobrece a otros. Por ejemplo en EEUU, en el periodo 1.980 a 1.994, la inmigración ha reducido en un 44% el salario de los trabajadores con poca calificación. Por tanto puede que pase lo mismo en España. Sin embargo, los empresarios obtienen beneficios particulares, aunque también generan riqueza general. Y por tanto a medio y largo plazo se obtiene un efecto multiplicador. Además, la aparición de más personas (emigrantes en este caso) genera más vivienda, salud, educación, funcionarios públicos, así como para los que quieren tener una ayuda doméstica, como es el caso de las mujeres de clases medianas que quieren tener una carrera profesional, una vida social y una ayuda para cuidar sus hijos y padres. Pero por otro lado, puede haber una degradación del precio de la vivienda, colapso de los servicios sociales y de la calidad de vida de la gente modesta. Por tanto siempre hay favorecidos y desfavorecidos.

b) Razones sociopolíticas: estas razones son más a largo o muy largo plazo y deben ser imaginadas. Estos permiten manifestar las ideas del tipo de sociedad que deseáramos. Se puede querer ser abierto y europeísta o bien españolista y homogenizador. Así EEUU en 1.850 no quería la influencia de los Irlandeses porque les hacía pensar que no tenían la

educación y el temperamento para crear una sociedad libre. En cambio, más tarde pensaron que se podrían enriquecer de aquellos inmigrantes ansiosos por escapar de la rigidez económica, social, política y cultural del viejo continente, y dispuestos a crear un nuevo orden más abierto. Por tanto, siempre hay un grupo más aperturista y otro menos. Los más aperturistas piensan que las segundas generaciones de inmigrantes no solo serán simples clientes del estado de bienestar sino que formarán parte de la propia sociedad abierta. Sin embargo, también hay aquellos inmigrantes que no quieren formar parte y que siempre serán hostiles al país receptor.

### **1.3.9.1.1. EEUU y la asimilación.**

La asimilación es un proceso espontáneo de interacción social con poca intervención de las instituciones públicas y cuando lo hace intenta ser neutral, pero que a pesar de ello los grupos minoritarios tienden a asimilarse a los mayoritarios. En realidad se funden las diferentes culturas para dar una mezcla diferente de cada una de ellas y dar una nueva cultura específicamente como es el caso de la Americana.

La teoría de la asimilación tiene las primeras manifestaciones en la escuela de Chicago de 1.920. Esta teoría distingue tres momentos sucesivos (Herrera, E., 1.994):

- La aculturación consiste en la adopción por parte de los grupos minoritarios de los patrones culturales del mayoritario, desde el lenguaje a los valores más profundos.
- La asimilación estructural se da cuando se van estableciendo relaciones de grupo primario con los autóctonos como redes de amistad, clubes y familias y las formas de discriminación desaparecen. Esta fase puede ser completa o no y si se completa lleva a la tercera fase.
- La asimilación genera una identidad común de pertenencia a un mismo pueblo.

Posteriormente se han hecho estudios y se ha visto que destaca la asimilación socioeconómica por la paridad de oportunidades de vida ya que todavía hay discriminación social. Otro dato es la asimilación espacial, donde se ve también que hay segregación territorial de los inmigrantes y por tanto refleja una profunda discriminación (Alba, R. y Nee, V., 1.997).

Otros estudios manifiestan que entre los años 1.920 y 1.950 se dieron la aculturación y la asimilación estructural, pero a partir de 1.960 se dieron evidencias en contra de esta teoría por las importantes diferencias que aparecían como el fracaso escolar, paro, segregación espacial y comportamientos delictivos. Los motivos de las críticas a esta teoría han sido los cambios en la sociedad autóctona, ya que se han obtenido mejoras en la calificación de sus habilidades laborales, y por tanto han descendido las ofertas de trabajo de nivel intermedio que hubieran

permitido el ascenso de la segunda generación de inmigrantes. Otros motivos son que los nuevos inmigrantes tienen características raciales diferentes a los provenientes de los europeos y están peor considerados.

Se puede decir que la situación actual es de asimilación segmentada y han formado enclavamientos étnicos en la economía y las ciudades. Pero también puede darse una mezcla de los dos procesos ya que hay grupos que se han beneficiado de una movilidad ocupacional creciente y al mismo tiempo han querido mantener su ámbito cultural y han construido sus redes dentro de su grupo étnico. Estas formas constituyen maneras de incorporación alternativas a la asimilación y posiblemente más beneficiosas (Zhou, M., 1.997). Sin embargo, hoy se ve que no hay difuminación étnica, sino al contrario y se ve como los inmigrantes africanos, africano-americano, del sur y centro de América (incluyendo Méjico) y de países asiáticos se mueven dentro de su ámbito de trabajo con un techo distinto al de los anglosajones, aunque siempre hay excepciones, sobre todo en las nuevas llegadas de inmigrantes. Hoy se puede considerar que EEUU es un conglomerado multicultural donde no hay un solo proceso de asimilación sino varios (Pérez, V. y sus col., 2.001).

### **1.3.9.1.2. Francia y la integración.**

La integración no es un proceso espontáneo como la asimilación en EEUU sino todo lo contrario, está planificada por el estado, y busca una homogeneidad de la ciudadanía en derechos y autonomía individual. Esto ocurre derivado de los derechos humanos y del ideal de la Republica laica francesa de ciudadanos libres e iguales. Pero esta idea no ha impedido que se genere resentimiento entre las minorías inmigrantes y la mayoría francesa con la aparición de ghettos urbanos como los existentes en los EEUU (Herrera, E., 1.994).

La integración francesa tiene sus bases teóricas actuales en 1.980 y han conseguido vencer a las ideas de la extrema derecha y las multiculturalistas. La integración considera a los inmigrantes como individuos que quieren maximizar su autonomía personal abrazando la ciudadanía francesa y por tanto, se han de comprometer voluntariamente a convertirse en franceses. Definida Francia como la heredera de la Revolución, como una nación universal de ciudadanos libres, iguales y separando estado e iglesia. La Ley “ius soli” de 1.889 ha garantizado ciudadanía a los hijos de extranjeros que hayan nacido y vivan en Francia. Mientras que la Ley alemana de 1.913 se ha basado en la “ius sanguinis” que considera solo alemanes a los nacidos de personas de origen alemán y que ha variado hace muy pocos años con una nueva Ley (Pérez, V. y sus col., 2.001).

En los años 90 se han manifestado formas de descontento sobre el fenómeno de la inmigración que incluyen bajo éxito escolar y ocupacional de los inmigrantes, en especial de la población musulmana. Por parte de los franceses se ve el incremento de los partidarios de Le Pen de carácter antiinmigración y que recoge el descontento de capas populares francesas obreras y de provincias en contra de la elite parisiense, ya que temen la pérdida de su identidad y del nivel de bienestar social propio en favor de los inmigrantes (Pérez, V. y sus col., 2.001).

El resentimiento de los inmigrantes, especialmente de los de segunda y tercera generación, es muy parecido a los de EEUU y se manifiestan con la pobreza, delincuencia y exclusión social que alimenta el tan temido integrismo islámico. Para afrontar esta marginación se hacen políticas sociales para la vivienda y seguridad social, pero la amenaza de un incremento del Frente Nacional lo ha paralizado. Este hecho se ha visto claramente con los graves incidentes ocurridos en París en el 2.005. El paro, la vivienda precaria y la marginación han estado en el origen del descontento de los suburbios de París. Según Capdevila, M. (2.005), las causas de la revuelta han sido:

- Abandono de las políticas sociales. Ha habido una disminución del 20% del presupuesto anual desde el 2.003 con una disminución de 302 millones de euros en el presupuesto del 2.005. Se ha confundido integración y asimilación.
- Precariedad y pobreza material y moral. La tasa de paro en París es del 20%, el doble que el resto de Francia. Un alto fracaso escolar en los centros educativos de barrios inmigrantes con un 12% frente al 4% de otras zonas. Los salarios son más bajos: 10.540 € anuales por persona frente a los 17.184 € de media en Francia. La insalubridad de las viviendas es extrema hasta tal punto que está prevista la destrucción de 30.044 € antes del 2.008.
- Rechazo a la autoridad y las fuerzas del orden. Se ha suprimido la policía de proximidad que facilitaba el contacto y el dialogo con la población.
- Rechazo a la política represiva del Ministerio del Interior: Nicolás Sarkocy (ministro de interior francés) trata de chusma a los jóvenes y declaró la necesidad de limpiar los barrios con bombas de agua.

### **1.3.9.1.3. Inglaterra y el multiculturalismo.**

El Multiculturalismo es una relación entre razas con tolerancia, pluralidad, multiculturalidad con igualdad de oportunidades. Los inmigrantes aparecen como individuos que conservan una vinculación con sus orígenes y retienen sus culturas y redes. Se insertan en la sociedad autóctona con una cuidada gestión de relaciones entre estos grupos, con la finalidad de

conservar el orden publico y garantizar una vida civilizada. No hay que convertir a los inmigrantes sino evitar los conflictos (Pérez, V. y sus col., 2.001).

La filosofía de la multiculturalidad supone que los integrantes de las minorías étnicas quieren mantener una parte de sus valores y cultura, su religión, redes sociales, barrios y que deben tener representantes en las instituciones locales, pero no centrales como lo hacen en países más corporativistas como Suecia y Holanda. Los límites de la tolerancia multicultural permiten en las escuelas que cada una establezca sus normas de vestir, dietas o la no participación en algunas clases.

El estado no hace más que regular un marco mínimo de derechos y obligaciones de los extranjeros para participar en una sociedad civilizada a la manera británica. Pero este objetivo no depende de las políticas públicas sino de procesos sociales espontáneos. El estado si que interviene en los conflictos. Se dictó la Race Relations Acts de 1.965, 1.968 y 1.976, a partir del cual se creó la Commission for Race Equality que busca la igualdad de oportunidades de los miembros de las minorías étnicas entre si y con la mayoría, siendo defendida desde las instituciones publicas para evitar que se cree un resentimiento racial que ponga en peligro el orden publico. Sus resultados han conseguido evitar la discriminación en la educación y el trabajo gracias al desarrollo de una jurisprudencia (Pérez, V. y sus col., 2.001).

Pero quizás se esconde un proceso de estratificación social en que las diferencias étnicas refuerzan aun más las distancias entre clases porque los inmigrantes se incorporan mayoritariamente en una clase obrera con pocas oportunidades de movilidad. Además, tras los atentados del verano del 2.005, el Reino Unido ha endurecido más sus condiciones de inmigración y como hemos visto anteriormente, el porcentaje ha bajado hasta el 3,50%. El Reino Unido decidirá el número de inmigrantes según las necesidades laborales del país con un nuevo sistema selectivo por puntos, ocupando solo plazas de trabajo vacantes, imposible de cubrir con mano de obra nacional. Se centrarán en mano de obra más cualificada inmigrante que cubrirá la falta de calificación nacional. Los inmigrantes no cualificados deberán volver a su país al finalizar su trabajo temporal. Este sistema será refrendado por las próximas elecciones en el Reino Unido y se opone a los sistemas de cupos mucho más radicales. Por tanto, los inmigrantes trabajadores o estudiantes deben contar con un aval empresarial o académico. La nueva legislación se desarrollará en los próximos cinco años. También se exige superar un examen de inglés para el que se quede establemente (Arce, B., 2.005).

#### **1.3.9.1.4. Alemania y la segregación.**

En Alemania se define a los extranjeros como trabajadores invitados que un día volverán a sus lugares de origen, es la figura del *Gästarbeiter* o trabajador huésped. Por tanto, no se pretende ni la asimilación, ni la integración ni la multiculturalidad sino que las políticas van dirigidas a mejorar la inserción laboral en un entorno hospitalario (Pérez, V. y sus col., 2.001). El mejor ejemplo de esta política la encontramos con la política de “*Ius sanguinis*” que considera solo alemanes a los nacidos de personas de origen alemán y que ha cambiado desde el final de la década de los 90. Con esta ley se buscaba la homogeneidad cultural y étnica. Al principio del siglo XX los inmigrantes fueron declarados no deseados porque reforzaban la diversidad. Posteriormente se han seleccionado favoreciendo a los descendientes de los alemanes y al resto se les ha visto como trabajadores temporales.

El consenso sobre la preservación de la unidad étnica y cultural alemana, a pesar del gran número de inmigrantes, se enfrenta con la crisis económica de fin de los 90 por lo que necesitan afrontar la inmigración como un hecho permanente. La acumulación de derechos a los inmigrantes manifiesta su progresivo reconocimiento. A pesar de ello, se evidencian notables diferencias en cuanto a la integración, mientras los yugoslavos presentan buenos resultados escolares y laborales, los turcos evidencian aún la segregación. La Ley de Extranjería de 1.990 cambió la “*ius sanguinea*” y se concedió la nacionalidad alemana a los inmigrantes después de vivir 15 años en Alemania. En el 2.000 la nueva Ley de Ciudadanía permitió ser alemanes a los hijos de padres extranjeros nacidos en Alemania siempre que uno de sus progenitores hubiera vivido ocho años en Alemania, obteniendo la doble nacionalidad (Pérez, V. y sus col., 2.001).

#### **1.3.9.2. Política común europea de inmigración.**

Desde mitad del siglo XIX ha sido considerado el derecho a emigrar como algo que deriva de la propia concepción del hombre como ser racional y libre. Y así aparece consagrado en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, en la Carta Social Europea y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Las constituciones y leyes nacionales reconocen el derecho de los ciudadanos a salir del territorio y consideran emigrantes a quienes fundamentan o justifican su desplazamiento en razones laborales o profesionales.

Sin embargo, examinada la cuestión desde el punto de vista del país de acogida, los derechos de los inmigrantes no son en realidad los mismos que los derechos de los nacionales, dada la existencia en numerosos estados de normas restrictivas en materia de inmigración. En

determinados países occidentales (Francia, Alemania, Italia) resultan emblemáticas las leyes de inmigración, resultantes de los conflictos laborales que conlleva la masiva afluencia de trabajadores de otros países, y así también por una forma sesgada de entender los problemas de orden público, que degenera en auténticas situaciones de gueto y en actitudes racistas o xenófobas asumidas por algunos sectores sociales.

Hay una enorme proliferación de legislación, tratados y convenios internacionales, tanto bilaterales (como ya hemos comprobado en el apartado anterior) como multilaterales. Así, encontramos principalmente tres ámbitos. Acuerdos internacionales como los de las Naciones Unidas, acuerdos europeos como los acuerdos de la Unión Europea y el acuerdo de los países de Schengen (Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, Holanda, Italia, Luxemburgo, Portugal y parcialmente Dinamarca, Finlandia, Grecia y Suecia, aunque en un futuro se quiere que sean todos los países de la UE aunque ésta se amplíe) y finalmente acuerdos nacionales con las legislaciones nacionales.

La Declaración Universal de Derechos Humanos fue adoptada por unanimidad en diciembre de 1.948 por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). El objetivo de la Declaración de los Derechos Humanos, compuesta por 30 artículos, es promover y potenciar el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales. Dicha declaración proclama los derechos personales, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales del hombre, los cuales sólo se ven limitados por el reconocimiento de los derechos y libertades de los demás, así como por los requisitos de moralidad, orden público y bienestar general. Entre los derechos citados por la Declaración se encuentran el derecho a **la seguridad social, al trabajo, a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar; y a la educación.** La declaración de los derechos humanos establece la migración como un derecho y no solo a la libertad de movimiento y residencia, sino ha hacerlo con seguridad, con respeto a la nacionalidad autóctona e inmigrante, a tener trabajo, educación, salud y justicia.

Los países de la Unión Europea (Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, España, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania y Suecia), y sus candidatos (Macedonia, Croacia y Turquía) están construyendo un marco de referencia legal común en la futura Constitución Europea. La propuesta de Constitución Europea indica la libre circulación y el respeto a los derechos fundamentales. Establece mecanismos para regular los flujos migratorios y un control común

de las fronteras de la UE (artículos I-42 y III-257), luchando contra la discriminación racial y la xenofobia. Sin embargo, cada estado mantendrá el derecho a fijar el número de inmigrantes que admita, fijando las condiciones de entrada y residencia, los permisos y visados, los derechos de inmigrantes y las medidas contra la ilegalidad, incluidas la expulsión y repatriación de los ilegales y la persecución del tráfico humano. También esta Constitución propone una política de asilo común (El portal de la Unión Europea., 2.004).

En el apartado de la Constitución Europea de título “Un espacio de libertad, seguridad y justicia”, se indicaba la ausencia de controles en las fronteras interiores de la Unión para los estados miembros del espacio Schengen y la gestión común de las fronteras externas, fijando los principios directores de una política común en materia de inmigración. Dar un trato equitativo a los inmigrantes con permiso de residencia, de prevenir y luchar contra la ilegalidad y el tráfico de seres humanos. El consejo de ministros y el parlamento europeo indicará las condiciones a reunir para ser inmigrante en la UE (Oficina del Parlamento Europeo y representación de la Comisión Europea en Barcelona., 2.005).

Un paso más en materia de movilidad e inmigración se ha realizado con el acuerdo de Schengen (Alemania, Bélgica, Francia, Luxemburgo y Países Bajos), ratificado el 15 de junio de 1.990 y que entró en vigor el 26 de marzo de 1.995. Posteriormente se adhirieron a él Italia (1.990), España y Portugal (1.993), Grecia y Austria (1.995), y Dinamarca, Noruega, Finlandia, Suecia e Islandia (2.001). Reino Unido e Irlanda se autoexcluyeron temporalmente. La importancia del acuerdo de Schengen radica en la supresión de los controles fronterizos y libre circulación de ciudadanos comunitarios en el ámbito del denominado "espacio Schengen".

Los países de la Unión Europea, a pesar de sus diferencias, proponen a través de la Constitución Europea una política común con respecto a la integración en la regularización al acceso a la residencia y el reagrupamiento familiar.

**El acceso a la residencia.** Los avances en la puesta en común se manifiesta en el Convenio de Schengen. Entre los acuerdos se observan dos categorías. La de los ciudadanos de los países firmantes con libertad de residencia en cualquier sitio de la Unión Europea y la de los visitantes de menos de tres meses extracomunitarios (pero deberán presentar un visado - documento de viaje válido-, tendrán que documentar su objetivo y las condiciones de su estancia, y si es el caso un permiso de trabajo) y disponer de medios para su subsistencia.

Existe una categoría intermedia: pueden tener acceso a la residencia por más de tres meses los ciudadanos de países terceros (no firmantes) que han quedado en manos de los países firmantes. Estas primeras entradas legales permiten encontrar un trabajo (ya que no es imprescindible tener un permiso de trabajo, sino tener un objetivo claro). Lo que ocurre es que encontrar el trabajo y solicitar el permiso de trabajo suele superar los tres meses. Los trabajadores de países terceros podrán acceder o no en función de las normas nacionales, pero tienen rasgos comunes: la ocupación de un lugar de trabajo y el permiso de residencia. Los factores determinantes para facilitar la legalidad en el país son el tiempo, el origen y el motivo.

**El reagrupamiento familiar.** Las mujeres e hijos de trabajadores de terceros y los hermanos constituyen la principal fuente de inmigrantes de la Europa Central y EEUU, mientras que el Sur de Europa recibe nuevos trabajadores. La Comisión Europea propuso en 1.999 una normativa de reagrupamiento de trabajadores de al menos un año y los asiliados. Se consideran: cónyuges, hijos y ascendientes dependientes. Si se aceptan tienen derecho a educación, formación profesional y trabajo.

**Estatuto jurídico de los residentes.** El estatus jurídico de los inmigrantes debería incluir derecho a residir, recibir educación, trabajar para otro o por su cuenta, después de un periodo prolongado de residencia legal se podrá obtener la nacionalidad. La residencia legal suele dar acceso a la sanidad y la educación, y está limitada su participación política. Así, en Alemania, Bélgica y Francia pueden participar como candidatos y votantes en las elecciones locales y al parlamento Europeo, mientras que en España no pueden hacerlo.

**La inmigración ilegal.** Todos los inmigrantes que no estén legalmente (residentes o nacionalizados) están sujetos a expulsión (o prisión en Alemania) al ser descubiertos.

**Estatus jurídico de los inmigrantes ilegales.** Es un equilibrio entre los derechos humanos y las políticas de los gobiernos. El llamado estándar mínimo internacional de estatus jurídico de los inmigrantes es la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1.948 proponiendo el derecho a ser reconocido como persona delante de la ley en cualquier sitio, pero está limitada en la actualidad en relación al derecho a la asociación, de reunión, de políticas sociales (paro, vejez, invalidez, enfermedad, sanidad) e higiene.

El Derecho de extranjería es un conjunto de normas de distinta índole (penal, administrativa, laboral o civil) y rango (constitucional, legal o reglamentario) relativas a la condición, derechos y deberes de los extranjeros. Además, se refiere al tipo de trabajo que pueden realizar los inmigrantes, sus derechos y deberes políticos (como el derecho de asociación y manifestación), la necesidad o no de visado (general, o limitado a estudiantes o turistas), el régimen de estancia de familiares directos y los criterios de expulsión, normalmente debido a la realización de delitos. Existen generalmente cupos de entrada anuales para los trabajadores que entran en un país.

La constitución española en el Art. 149. 1. dice que el estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias: nacionalidad, inmigración, emigración, extranjería y derecho de asilo. La constitución española de 1.978 se basa en la Declaración de los derechos Humanos. Pero hay diversos artículos que reservan a los españoles los derechos de participación en asuntos públicos, el acceso a la seguridad social, la vivienda pública y las prestaciones sociales. En cambio reconoce el derecho a los inmigrantes de reunión, asociación, sindicación y huelga (aunque con la reforma de la Ley de Extranjería se ha vuelto a limitar).

### **1.3.9.3. Política española de inmigración.**

La Ley de Inmigración española se aprobó en 1.999 en el Congreso. Con esta ley se regula el acceso a la asistencia sanitaria de urgencia, en enfermedades graves y accidentes en adultos, pero siendo una cobertura total en niños y personas sin recursos, la educación gratuita y obligatoria, los derechos jurídicos y de la seguridad social, así como el derecho a la asociación.

En Enero del 2.001 se aprueba la primera reforma e introduce el sistema educativo no obligatorio y programas específicos para inmigrantes así como la introducción del concepto de arraigo en los permisos de trabajo o residencia (un tiempo superior a dos años de estancia en España sin permiso de residencia y con trabajo irregular probado permite el arraigo y la regularización de la residencia y trabajo). Pero también endurece la situación con los ilegales que serán expulsados si son descubiertos. El principal cambio de la reforma es la exclusión de los ilegales de algunos derechos como los de asociación y sindicación.

En Junio del 2.003 se aprobó la última reforma a la Ley de Extranjería. Se capacita al gobierno al control del listado aéreo y para aumentar las causas de expulsión y persecución de los inmigrantes ilegales. Pero también disminuye la burocracia para legalizar los

inmigrantes, al poder obtener visados desde su país de origen (Boletín Oficial del Estado (Jefatura General del Estado), 2.003).

El proceso de regularización extraordinario de inmigración entre Febrero y Mayo del 2.005 ha regularizado un total de 700.000 inmigrantes en España, pero han quedado sin regularizar otros 700.000 inmigrantes. Los requisitos que se solicitaron en general fueron: pasaporte, seis meses empadronados antes del ocho de agosto del 2.004, contrato de trabajo firmado de seis meses (tres meses en la agricultura, seis meses discontinuos en hostelería y construcción, 30h/s durante seis meses para empleadas de hogar) y carencia de antecedentes penales (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.004). El gobierno permitió la regularización a los inmigrantes llegados antes del ocho de agosto 2.004 y que no pudieron empadronarse. Para ello necesitaron documentos fehacientes que demostrasen su estancia en España y que se hubiesen dado de alta de forma retroactiva. Siempre deberían aportar los siguientes documentos públicos: la tarjeta sanitaria, una solicitud de empadronamiento en curso o denegada, la petición de escolarización de menores, un alta laboral en la seguridad social, una solicitud de asilo y las notificaciones derivadas de la normativa de extranjería emitidas por el Ministerio de Interior (orden de expulsión e incluso una detención) (Gabinete de Comunicación Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.005a).

En el caso de regularización de inmigrantes que fueran a trabajar como empleadas de hogar, los documentos que se precisaron fueron por un lado el DNI (documento nacional de identidad) del cabeza de familia del hogar que la contratara y por parte del inmigrante los mismos documentos que en el caso general anteriormente citados pero también un precontrato (modelo PE 207 para el servicio domestico más el PE 208 -Anexo o cláusula donde se manifiesta que solo será contrato cuando tenga regularizada su situación-). Tras hacer el contrato había que dar de alta a la seguridad social al inmigrante y por tanto el contratante (familia) debía pagar el 4,70% de la seguridad social por cotización. En el caso que el trabajo como empleada de hogar fuese para varias familias o casas, el pago a la seguridad social lo haría el propio trabajador inmigrante. ([http:// www.inem.es/ciudadano /p\\_empleo.html](http://www.inem.es/ciudadano/p_empleo.html))

Desde Mayo del 2.005 se puede realizar la regularización ordinaria por tres vías:

- Arraigo laboral: dos años de estancia en España y un año de trabajo irregular demostrable (sentencia judicial o acta inspección trabajo).

- Arraigo social: tres años de estancia en España, contrato de trabajo y tener uno de estos dos requisitos (tener vínculos familiares con un extranjero regularizado o bien presentar un informe del ayuntamiento acreditando su inserción social).
- Otra tercera posibilidad es la contratación laboral desde el país de origen (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.004).

El resultado de la inmigración aportará mejoras económicas a la sociedad española ya que se han dado 474.700 altas a la seguridad social en el 2.004 y de ellos una tercera parte han sido inmigrantes (Pajares, M., 2.005) y en el 2.005 las altas a la seguridad social de inmigrantes ha sido de más de 700.000 personas, aflorando así una gran cantidad de trabajo sumergido que ha permitido la cotización y recaudación a la seguridad social y al impuesto de renta español con las consecuentes mejoras económicas para el estado (Oliver, J., 2.006). La situación actual tras la regularización es que el congreso de los diputados se está planteando que los inmigrantes legales puedan votar en las elecciones municipales (Congreso de los diputados., 2.006) y que se está haciendo un esfuerzo para favorecer la integración que asegure la convivencia, de forma que los ayuntamientos catalanes han pedido 21 millones de euros para tal fin, cantidad muy por encima de los ocho millones que tenía pensado dar la Generalitat de Catalunya (Gencat.net/premsa., 2.005).

La reacción española a la inmigración ha sido de confusión porque ha tenido que dar una respuesta a una situación para la que no estaba preparada y que además es muy compleja. Existen principalmente dos posiciones frente a la inmigración: la liberal y la comunitaria. Ambas tendrán que elaborar un modelo frente a la inmigración y pensar si las fronteras deben estar más o menos abiertas. La liberal piensa que las puertas deben estar lo mas abiertas posible y pone el acento en los derechos del individuo y las familias a moverse. Pero también piensa que se debe defender el orden del país delante de una invasión externa que lo pusiera en peligro. En esta situación la postura liberal se acerca a la comunitaria que quiere reforzar el control de un territorio por parte de la población que la habita desde tiempo inmemorial.

#### **1.3.9.4. El modelo catalán de inmigración.**

Cataluña ha sido durante varias etapas de su historia un país de inmigración pero ésta última etapa es diferente. Cataluña ha crecido gracias a la inmigración ya que tiene un modelo económico y social que la atrae. A inicios del siglo XX había dos millones de personas en Cataluña, en la actualidad esta cifra está sobre siete millones.

La cohesión cultural y social de todas las inmigraciones ha sido la tónica normal, pero esto no es garantía de éxito para esta nueva inmigración ya que hay cambios cualitativos. El catedrático de la Universidad de la Sorbona y demógrafo Dumont, G. (2.005) cree que esta nueva inmigración tiene unas características inéditas: en primer lugar los inmigrantes pueden venir de mucho más lejos física y culturalmente, es decir no son más en número pero si más diferentes y en segundo lugar pueden mantener lazos permanentes con su país de origen por las tecnologías de la comunicación, muy distinto a lo ocurrido en el siglo XIX porque les era mucho más difícil. Por tanto, el reto de la cohesión social es mayor, que no es incompatible con el derecho a la diferencia, pero que precisa de unos elementos compartidos, de unas bases de identidad y de reconocimiento colectivo. Ser tierra de acogida no es ser tierra de paso, significa participar, integrarse, formar parte. Un país no es una convivencia de comunidades que se ignoran conviviendo en un mismo territorio. Hace falta un proyecto común y acoger es más que abrir la puerta y algo más que soportarse cuando se ha atravesado la puerta. Acoger es, en una u otra medida integrar.

El modelo catalán de integración, según el Plan interdepartamental d'immigració 2.001-2.004 no es de asimilación, sino de respeto mutuo, que enriquezca a Cataluña y fomente el sentimiento de pertenencia a una sola comunidad, sin ser incompatible con el mantenimiento de sus propias raíces (Alonso, X. y sus col., 2.003). Las propuestas para conseguir este modelo son:

- El gobierno autónomo deberá poder emitir "certificados equivalentes a residencias transitorias". Sin estabilidad legal y laboral es imposible la integración mientras que con igualdad de accesos a los puestos de trabajo si que se consigue.
- Será necesario contar con un presupuesto para afrontar el coste de intervención pública en la contratación de extranjeros en su país de origen, porque dejarlo en manos del mercado laboral puede dar lugar a situaciones de precariedad laboral.
- Será preciso aflorar el trabajo sumergido pero con prudencia ya que si esto puede suponer la expulsión del trabajador inmigrante. Por esto se prevén regímenes transitorios sin penalización.
- Las empresas deberán realizar cursos de formación a inmigrantes sobre el entorno cultural y el idioma catalán a través del programa del FORCEM

### 1.3.9.5. Los cuidadores, la cultura y la inmigración.

El cuidado de las personas mayores a domicilio, como se ha expuesto en el apartado de la ayuda formal, se realiza en un 14% por cuidadores no profesionales formales y de ellos un 43,10% son inmigrantes (Rodríguez, A. y sus col., 2.004b y Pajares, M., 2.005), representando una población de 11.500, 32.700 y 78.000 inmigrantes cuidando a las personas mayores afiliados a la seguridad social en Barcelona, Cataluña y España respectivamente (Instituto Nacional de Estadística., 2.006c). Este cuidador inmno proff es el tercer proveedor de cuidados después del cuidado prestado por las propias hijas y esposos de las personas dependientes y superando al cuidado formal institucional y profesional que solo representa el 2,90% y el 3% del total del cuidado a la persona mayor dependiente en Cataluña y España respectivamente (en Barcelona las cifras no están publicadas).

El cuidado de las personas mayores por inmigrantes, no solo es una realidad contundente en cifras, sino que además también lo es conceptualmente como se comprueba al observar que la propia Generalitat de Catalunya lo está potenciando, ya que entre las 140 ocupaciones que facilita la regularización a los inmigrantes, está la ocupación del cuidado a las personas (Generalitat de Catalunya., 2.003 y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.006b). Este cuidador es un cuidador que en algunas ocasiones, tal como indican Catarino, C. y Oso, L. (2.000) puede sufrir una cierta discriminación. Este hecho se agudiza más en las cuidadoras recién llegadas e irregulares, muy utilizadas en el servicio domestico ya que permite al contratador ahorrarse durante un año la seguridad social del empleado mientras consigue su permiso de trabajo y cuando lo consigue muchas veces acaba la relación laboral. Las inmigrantes más valoradas son las filipinas por su sumisión y catolicismo. Las inmigrantes procedentes del sur y centro de América (incluido Méjico) son preferidas para el cuidado de ancianos supuestamente por su carácter dulce, si bien algunas como las dominicanas (al igual que las procedentes de África) resienten, en ocasiones actitudes racistas. La religión, la cultura dispar y la marginación a la comunidad aparta a la mujer marroquí del trabajo doméstico.

Diferentes investigaciones han comprobado que las consecuencias del cuidar varían según las culturas y así se ha comprobado entre población anglosajona y africano-americana, pero también entre otras minorías (Haley, W. y sus col., 2.003). Una problemática especial en las minorías es propiamente la que se puede crear por la propia migración, además de las producidas culturalmente. Nos estamos refiriendo al síndrome de Ulises o estrés del inmigrante. La inmigración supone un complejo conjunto de riesgos, beneficios y pérdidas.

Los beneficios vienen por el acceso a lo deseado, pero también hay una parte de duelo por todo lo valioso que se deja atrás. Desde una perspectiva psicológica, la parte relacionada con los riesgos, las separaciones y las pérdidas es lo que se conoce como estrés o duelo migratorio. El duelo puede ser simple con éxito en el proyecto migratorio y complejo con dificultad y peligro del equilibrio psíquico. La diferencia con el duelo por defunción es que la pérdida - el país de origen- no desaparece y hay la posibilidad de volver, es pues un duelo por separación más que por pérdida. En realidad existen siete tipos de duelos que son los referentes a la familia y amigos, lengua, cultura, tierra, estatus social, contacto con el grupo nacional y los derivados de los riesgos físicos de la migración. El hecho que el inmigrante sufra tantos cambios hace que modifique su identidad y se sienta confundido, desorganizado, con necesidad de ayuda y tiende a adoptar actitudes regresivas, infantiles que se expresan en los lugares en los que el emigrante es mejor acogido. El duelo migratorio tiene distintas fases como son la negación, protesta y aceptación. Este duelo es transgeneracional, afecta a los que emigran, pero también a sus hijos si no acceden a ser ciudadanos con las mismas oportunidades en la sociedad de acogida y tienden a convertirse en minorías no integradas. Este duelo precisa tiempo para pasar por las tres fases. Entre los síntomas destacan el sentimiento de culpa, muy vinculado a la cultura judeocristiana, mientras que en otras culturas no se da tanto. Aparecen también síntomas somáticos y a veces ligados a interpretaciones culturales de tipo mágico. Aparece el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Este estrés crónico está generado por los problemas en obtener la legalidad, dificultades de reagrupación familiar, etc. Es crónico y múltiple ya que afecta a toda una serie de áreas básicas como son la familia, el estatus social y los riesgos físicos. Es un estrés difícil de controlar y que se produce más cuando hay muy poco apoyo social. Aparece depresión (tristeza y llanto), ansiedad (preocupaciones excesivas e insomnio), síntomas somáticos (cefaleas, fatiga y molestias articulares) y síntomas de tipo disociativos (confusión temporal, espacial, despersonalización y desrealización). Además, en muchos casos se añade una interpretación sintomatológica dando un sentido mágico a lo que le ocurre como tener mala suerte porque le han echado mal de ojo. Estos síndromes requieren intervención terapéutica psicodinámica (contención emocional) cognitiva (disminución de la confusión), psicofarmacológica (ansiolíticos y antidepresivos) y psicosocial (potenciación de la red de apoyo social) (Atxotegui, J. y sus col., 2.005).

### 1.3.9.6. Integración del cuidador inmigrante no profesional formal

La integración de los cuidadores inmigrantes no profesionales formales en la sociedad autóctona puede seguir, en términos generales, las mismas características que la inmigración global, aunque hasta la fecha hay muy pocos estudios específicos al respecto. Sin embargo, hay estudios que indican la integración y el apoyo social como factores para superar las consecuencias negativas del cuidado (Montorio I y sus col., 1.998).

Integración es respeto a los derechos civiles y a los ciudadanos así como a la diversidad, y no es asimilación. Los factores que pueden determinar la integración son la existencia de apoyo social (Martínez, U., 1.997), la participación social, el conocimiento del idioma y la historia del lugar al que se desplazan, todo ello sin perder su idioma ni su cultura original (Solé, C., 2.000), así como la disposición de trabajo y de vivienda, la comunicación y el mantenimiento de relaciones interétnicas (Checa, F. y sus col., 2.003). Se distinguen cuatro tipos de adaptación cultural: la integración, la asimilación, el separatismo y la marginalidad. En la integración el inmigrante conserva su cultura y la sociedad acepta la cultura del inmigrante. En la asimilación el inmigrante no conserva su cultura y la sociedad acepta la cultura del inmigrante. En el separatismo el inmigrante conserva su cultura y la sociedad no acepta la cultura del inmigrante. Finalmente en la marginalidad el inmigrante no conserva su cultura y la sociedad no acepta la cultura del inmigrante (Suárez, M., 2.006) (Tabla III).

Tabla III. Tipos de adaptación cultural.

	La sociedad autóctona SI acepta la cultura del inmigrante	La sociedad autóctona NO acepta la cultura del inmigrante
El inmigrante SI conserva su propia cultura	INTEGRACIÓN	SEPARATISMO O RECHAZO
El inmigrante NO conserva su propia cultura	ASIMILACIÓN	MARGINALIDAD

Entre los factores que influyen en la adaptación cultural están la semejanza entre las culturas, la receptividad autóctona, la personalidad del propio inmigrante y la edad del inmigrante. Los adolescentes tienden a la asimilación, los mayores a la separación, los de edad media a la integración. Esta diferencia por edades, puede provocar entre los inmigrantes conflictos familiares y generacionales (Suárez, M., 2.006).

Para valorar el grado de integración de los inmigrantes en Cataluña, se puede analizar el número de bodas entre inmigrantes y autóctonos. La unión entre inmigrantes y autóctonos puede indicar, en cierta medida, el grado de relaciones interétnicas, el apoyo social y la participación social (indicados como factores de integración). Las cifras muestran un alto porcentaje de uniones entre inmigrantes y autóctonos en España. El 63% de los 173.038 extranjeros que se casaron entre 1.996 y el 2.004 lo hicieron con esposos/as nacionales. Los expertos muestran que las bodas mixtas muestran la capacidad de integración de España. Sin embargo, hay que destacar que este alto porcentaje podría disminuir un poco si se tiene en cuenta que muchos inmigrantes se casan fuera de España, por lo que este grupo poblacional no se recogen en las estadísticas (sobre todo los marroquíes). En Cataluña este porcentaje es inferior, con un 51%, pero todavía es alto. Entre las causas de este hecho en Cataluña se puede pensar que los matrimonios mixtos son más frecuentes con inmigrantes procedentes del sur y centro de América (incluyendo Méjico) y con europeos del este y no con marroquíes, paquistaníes o chinos que disponen de una gran población en Cataluña (Instituto Nacional de Estadística., 2.006b).

Según declaraciones de la Consellera de Benestar Social de Catalunya: "los inmigrados cada vez están más integrados, tienen un buen nivel cultural y están trabajando por debajo de su nivel educativo" (Gencat.net/premsa., 2.003). Esta afirmación viene avalada por indicadores de calidad en la vivienda, el trabajo y el conocimiento del catalán (Solà, J., 2.003). Sin embargo, hay autores que matizan esta afirmación con respecto al catalán. En general el uso del catalán en Barcelona por la población autóctona es del 80% (56% solo catalán y 24% compartida con el castellano). En el área metropolitana este porcentaje baja al 43,40% y los inmigrantes hacen un bajo uso del catalán. En Julio del 2.003, un 50% de los inmigrantes entendían el catalán y un 30% lo usaban (Gencat.net/premsa., 2.003). Aunque los responsables del "Institut d'estudis regionals i metropolitans de Barcelona" manifestaron que en el 2.004 harían un seguimiento porque estaban preocupados por los datos, los resultados oficiales que están publicados en junio del 2.006 todavía son los del 2.003 (Institut d'Estadística Generalitat Catalunya y Secretaria Política Lingüística., 2.006).



# Capítulo II

## OBJETIVOS



## **2. Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar los factores que intervienen en la sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal (cuidador inmnoiproff) de personas mayores en Barcelona, incidiendo principalmente en el apoyo social que recibe.

### **Objetivos específicos**

1. Describir el perfil del cuidador inmnoiproff y de la persona que cuida.
2. Valorar la relación entre el apoyo social, calidad de vida e integración del cuidador inmnoiproff, y el estado físico, mental y nivel cognitivo de la persona cuidada, además de otras variables, con la sobrecarga.
3. Identificar factores relacionados con el apoyo social, la calidad de vida y la integración en Cataluña del cuidador inmnoiproff.



### **3. Hipótesis del estudio.**

- Niveles bajos de apoyo social en el cuidador inmnoiproff están relacionados con niveles elevados de su sobrecarga.
- Algunas características del cuidador inmnoiproff como su calidad de vida y el tiempo como cuidador, así como el estado de salud de la persona cuidada están relacionados con la sobrecarga del cuidador inmnoiproff.
- Niveles bajos de integración en Cataluña del cuidador inmnoiproff están relacionados con niveles elevados de sobrecarga.



## Capítulo III

# METODOLOGÍA



## 4.1. **Ámbito del estudio**

Atención domiciliar y residencial a personas mayores de 60 años en Barcelona prestada por cuidadores inmigrantes no profesionales formales.

## 4.2. **Diseño.**

Diseño analítico observacional de caso-control con muestreo de casos consecutivos. Las investigaciones caso - control con potente inferencia estadística han permitido llegar a importantes conclusiones sobre las consecuencias derivadas del cuidado y de las estrategias de superación de los mismos (Wino, A. y sus col., 2.002). Después de la revisión de la bibliografía se ha identificado como un alto porcentaje de los artículos tenía un diseño de investigación similar al presente. Janevic, M. y sus col. (2.001), así como los grupos de investigación de Crocker, S. (2.002), Dilworth, P. y sus col. (2.002) y Haley, W. y sus col. (2.003) critican de los artículos existentes aspectos metodológicos como la falta del cálculo del tamaño de la muestra y la falta de criterio en la selección de dicha muestra y recomiendan la realización de más investigaciones caso – control.

El presente estudio investiga el grado de sobrecarga de los cuidadores inmigrantes no profesionales, busca las relaciones significativas y el grado de fuerza con diferentes factores de relación que intervienen de forma semejante a otros autores como se ha indicado en el apartado 1.2 relevancia del problema (Ríos, M. A. y sus col., 2.001, Haley, W. y sus col., 2.003, Alonso, B. y sus col., 2.004, Rosa, E. y sus col., 2.004, Rinaldi, P. y sus col., 2.005 y Gómez, M. J., 2.006). Sin embargo, ninguno de ellos establece un estudio de los cuidadores inmigrantes no profesionales formales.

## 4.3. **Sujetos en estudio.**

Para el estudio se identificó como población diana a los cuidadores inmigrantes no profesionales y a las personas a las que estaban realizando los cuidados.

### 4.3.1. **Criterios de inclusión.**

- Personas mayores de 18 años capaces de leer y entender el castellano ya que los instrumentos de medida y consentimientos informados están validados en castellano. Este criterio de inclusión no sesga el estudio. Se puede pensar que los cuidadores inmigrantes no profesionales que no supieran leer y escribir castellano pudieran estar más sobrecargados por la dificultad idiomática. En realidad, se valoró que representarían un porcentaje muy pequeño. Finalmente

el 100% de todos los cuidadores propuestos en el estudio sabían leer y entender el castellano. En consecuencia más que un criterio de inclusión se ha convertido en un rasgo identificador del cuidador inmnoiproff en Barcelona.

- Inmigrante. Se entiende por población inmigrante aquella que proviene de otro país diferente a España.
- No profesional. El término no profesional se refiere a aquellos cuidadores que no disponen de formación especial para realizar los cuidados que presta (Bourgeois, M. y sus col., 1.996, Llitra, E., 1.998, Quintanilla, M., 2.002 y Wino, A. y sus col., 2.002).
- Cuidador formal. Cuidador formal es aquel que recibe remuneración económica por el servicio que realiza, mientras que cuidador informal es aquel que realiza el cuidado sin recibir remuneración y que en general son miembros de la familia, amigos, voluntarios (Pereda, C. y sus col., 1.999).
- La persona a la que cuida el cuidador debe ser igual o mayor de 60 años. Se ha escogido esta edad para hacer comparaciones con los datos aportados por el Departamento de la Generalitat de Catalunya que estipula la percepción de la salud desde este rango (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya., 2.004) y por que en el libro de la dependencia también se hace hincapié ya desde los 60 años (Rodríguez, A. y sus col., 2.004b).
- Firma del consentimiento informado.

#### **4.3.2. Criterios de exclusión.**

- Cuidadores y personas cuidadas (o sus familiares en caso de incapacidad cognitiva de la persona cuidada) que no han querido voluntariamente participar en el estudio y por tanto no hayan dado su consentimiento.
- No será considerada población inmigrante a los españoles que procedan de otras provincias distintas a la catalana.
- Cuando la PC tenga un nivel cognoscitivo disminuido no se tendrán en cuenta las respuestas que solo pueden ser contestadas por la propia persona mayor y ni cuidador ni familiares pueden responder por él. Por este motivo, cuando el Mini examen cognoscitivo de

Lobo, A., Saz, P. y Marcos, G. (2.002) tenga una puntuación inferior a 24 (-o 28 si mayor de 65 años-), indicando un nivel cognitivo disminuido, se excluirán las respuestas 81 a 83 del cuestionario. Son respuestas que hacen referencia al nivel de ingresos, opinión sobre cuidadores y la religión.

- Será excluida la persona cuidadora cuyo cuestionario de sobrecarga de Zarit no esté total y correctamente cumplimentado ya que esta es la característica del criterio de clasificación para incorporarlos al grupo de sobrecargados o no sobrecargados.

#### **4.3.3. Definición de individuos del grupo caso y del grupo control**

- Grupo caso: individuos con sobrecarga en el rol de cuidador según los criterios de Zarit, J. M. y Zarit, S. H. (1.982) y sus validaciones en España de Martín, M. y sus col. (1.996) y Montorio I y sus col. (1.998). Los criterios de sobrecarga de Zarit y sus col.(1.982) se desarrollan en el siguiente apartado sobre la variable dependiente.
- Grupo control: individuos que no están sobrecargados según los criterios de Zarit.

Ambos grupos son homogéneos en cuanto a la fuente de contratación.

#### **4.3.4. Cálculo de la muestra.**

La población de personas mayores de 60 años en Barcelona es de 418.670 mayores (Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona., 2.006a) de los cuales una tercera parte son dependientes (Rodríguez, A. y sus col., 2.004b) resultando una población a estudiar de 140.000 mayores dependientes. Esta población precisa de cuidadores que en una proporción del 19% son cuidadores formales (asalariados y a los que no se les exige ninguna preparación profesional para poder desarrollar su labor) en Barcelona (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2.002) representando 26.600 cuidadores sobre 140.000 mayores dependientes. Sabiendo que la gran parte de este tipo de cuidados es realizado por inmigrantes, ya que autores como Rodríguez, A. y sus col. (2.004b) y Pajares, M. (2.005) indican que los cuidadores inmigrantes representan el 43,1% del total de cuidadores formales no profesionales y el libro blanco de los nuevos filones de trabajo en Cataluña (Generalitat de Catalunya., 2.003) habla de 39. 000 puestos de trabajo, se puede determinar que la población de cuidadores en Barcelona sería del orden de 11.500 cuidadores inmnoiproff afiliados a la seguridad social (43,1% de 26.600 cuidadores formales). En conclusión, para el cálculo del tamaño de la muestra, al tener que escoger entre 140.000 personas mayores dependientes y

11.500 cuidadores inmnooproff, se ha optado por la cantidad mayor de 140.000 mayores dependientes en Barcelona, ya que son datos más fiables y poder así realizar la inferencia de los resultados a la población estudiada.

El tamaño de la muestra se calculó mediante la teoría de muestras (Day, S. y Graham, D., 1.991 y Florey, C., 1.993) y bajo supervisión de un experto estadístico (Dña. Montserrat Girabent, Licenciada en Matemáticas, profesora de la Universitat Internacional de Catalunya) con los siguientes objetivos:

- Estimar los estadísticos e inferir a la población general de cuidadores inmnooproff -estén o no sobrecargados y de personas cuidadas- con un nivel de confianza (significación estadística) del 95% y un error de precisión del 10%.
- Comparar las medias entre los dos grupos (sobrecargado y no sobrecargado) con un nivel de confianza (significación estadística) del 95% y una potencia del 80% de forma unilateral.

Se estimó la media porque la variable independiente principal es la escala del apoyo social de Duke. En la prueba piloto de la tesina de Gallart, A. (2.003) “Cansancio del cuidador inmigrante a personas mayores” se utilizó en concreto su cuarta categoría “cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede” medida con una escala de 1 a 5, para facilitar una respuesta única, ágil y sencilla a los cuidadores inmigrantes.

El tamaño que se tomó para realizar el estudio fue el mayor de los dos obtenidos.

Tal y como recomiendan diversos autores, el cálculo de la muestra en un estudio de investigación se realiza a fin de establecer la máxima potencia estadística para el objetivo principal de investigación (Argimon, J. M., 1.989). Recordemos, que de hecho el estudio se diseñó para éste, y que para el resto de objetivos no se garantiza con la misma potencia y fiabilidad las inferencias y estimaciones que se realizan.

Para realizar inferencia de los parámetros de la muestra a la población general como estimación de nuestros resultados para la población general con un error de precisión del 10% y un nivel de confianza (significación estadística) del 95% se calculó un tamaño de la muestra de 96 personas. Se aplicó la siguiente fórmula para la determinación del tamaño de la muestra:

$$n = \frac{\left[ \frac{k \times s}{e} \right]^2}{1 + \left[ \frac{k \times s}{e} \right]^2 \times \frac{1}{N}} \quad \text{donde } s^2 = p(1-p)$$

Donde:

- n: es el número de sujetos necesarios
- N: es el tamaño de la población de origen que bibliográficamente fue de 140.000 individuos (Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2.002, Rodríguez, A. y sus col., 2.004b y Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona., 2.006a).
- k: es el coeficiente correspondiente a la significación estadística  $\alpha$ , fijada para  $\alpha = 0,05$  siendo  $k = 1,96$
- s: es la desviación típica poblacional, tomando su valor máximo de 0,5 al ser desconocido.
- e: es el error de precisión máximo permitido para la estimación del parámetro. Valor  $e = 10\%$

$$n = \frac{\left[ \frac{1,96 \times 0,5}{0,10} \right]^2}{1 + \left[ \frac{1,96 \times 0,5}{0,10} \right]^2 \times \frac{1}{140000}} = 95,97 \cong 96 \text{ individuos.}$$

Para realizar la comparación de medias entre los dos grupos (control y caso), con una significación estadística ( $\alpha$ ) del 5%, una potencia del 80% (alternativa unilateral de una cola permitiendo encontrar diferencias en un sólo sentido entre ambos grupos) se ha calculado un tamaño de la muestra de 110 personas (55 cuidadores sobrecargados y 55 cuidadores no sobrecargados). Las medias y desviaciones estándar de los dos grupos se obtuvieron a partir de una prueba piloto. Se considera el apoyo social como una variable independiente que en el estudio piloto (Gallart, A., 2.003) y en la bibliografía (Cox, C. y sus col., 1.996 y Crockers, S., 2.002) se identifica como variable muy influyente en la sobrecarga-cansancio del cuidador y por lo tanto, se tomó su media para el cálculo de la muestra al comparar los dos grupos. En este sentido, se aplicó la siguiente fórmula para la determinación del tamaño de la muestra.

$$n = \frac{2(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2}{\left[ \frac{(x_1 - x_2)}{s} \right]^2} + 0,25z_{1-\alpha}^2$$

Donde:

- $\alpha$ : es la significación estadística del 5%; valor  $\alpha = 0,05$
- $\beta$ : es el riesgo del 20%; valor  $\beta = 0,20$
- $z_{1-\alpha} = 1,6449$
- $z_{1-\beta} = 0,8416$
- $(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2$ : es el resultante de la significación estadística y la potencia estadística.  
Valor  $(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2 = 6,18$
- $x_1$ :  $\bar{x}$  del apoyo social en el cuidador inmnoiproff sobrecargado (cansado) frente al apoyo social;  $x_1 = 2$
- $x_2$ :  $\bar{x}$  del apoyo social en el cuidador inmnoiproff no sobrecargado (no cansado) frente al apoyo social;  $x_2 = 3,2$
- $s$ : es la estimación de la desviación típica poblacional obtenida; valor  $s = 2,5$
- $n$ : es el número de sujetos necesarios por grupos.

$$n = \frac{2 \times (6,18)}{\left[ \frac{(1,2)}{2,5} \right]^2} + 0,25 \times (1,6449)^2 = 54,3 \cong 55$$

Obteniendo:  $n = 55$  Cuidadores inmnoiproff con sobrecarga y 55 sin sobrecarga.

## 4.4. Variables

### 4.4.1. Variable dependiente: La sobrecarga del cuidador innoproff.

El concepto de sobrecarga utilizado en el estudio es la vivencia subjetiva de estrés en el cuidador producido porque las consecuencias derivadas del cuidado que realiza y que se producen más rápidamente que la capacidad para darles coherencia mental (Zarit, S. H., 1.980). Martín, M. y sus col. (1.996) complementan la definición de sobrecarga como el estado psicológico resultado de la combinación de un trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales y demandas económicas que emergen de los requerimientos del cuidado del paciente. La sobrecarga del cuidador se manifiesta a través de alteraciones del estado de salud mental, presentando trastornos del comportamiento. La sobrecarga no se produce solo por la gravedad de la enfermedad, sino por la vivencia del agotamiento físico, emocional o económico. Una misma situación objetiva puede ser experimentada como sobrecarga para un cuidador y no para otro.

En la hipótesis de la tesis se considera el apoyo social, la calidad de vida y la integración como factores relacionados destacados en la sobrecarga del cuidador innoproff. Por este motivo, es importante conocer los factores que están relacionados con estas variables. El desarrollo conceptual del apoyo social, la calidad de vida y la integración se ha realizado en el próximo apartado de variables independientes.

### 4.4.2. Variables independientes. Variables del cuidador innoproff (principalmente el apoyo social, la calidad de vida y la integración) y de la persona cuidada (principalmente el estado físico, mental y cognoscitivo).

Las variables independientes de la investigación son los posibles factores de relación con la sobrecarga en el cuidador innoproff. La selección de variables independientes está basada en diferentes autores que previamente han estudiado los factores relacionados con la sobrecarga en el cuidador. Estas variables incluyen:

a) **Con relación a la persona cuidada** se valorarán los siguientes parámetros: edad, género, estado civil, tipo de convivencia, tiempo de estancia en Cataluña, nivel de estudios, nivel de castellano, nivel de catalán, nivel de ingresos, religión, opinión sobre la importancia del conocimiento del catalán y el conocimiento de las costumbres catalanas y españolas por el cuidador innoproff para cuidar adecuadamente, estado físico, mental y nivel cognoscitivo, enfermedades que cree tener y duración de la enfermedad.

b) **Con relación al cuidador inmoproff** se valorarán los siguientes parámetros:

- Sociodemográficos y culturales: Edad, género, país de procedencia, estado civil, número de hijos, compromiso económico con su país, tipo de convivencia, estabilidad de la vivienda, nivel de ingresos, idiomas, nivel de catalán, estudios y religión.

- Opinión sobre la importancia del conocimiento del catalán, el conocimiento de las costumbres catalanas y españolas por el cuidador inmoproff, así como la influencia del carácter del catalán para cuidar adecuadamente y para tener amistades.

- Laborales: número de personas que cuida y que ha cuidado; tiempo en Cataluña y tiempo como cuidador; horas de trabajo como cuidador; en otro trabajo y en total; tanto durante la semana como en fin de semana; trabajo inferior a 20h/s; actividades que realiza en el cuidado (comprar, limpiar la casa y la ropa, preparar la comida, dar de comer, ayudar en la eliminación, en la movilización, en vestir, en asear, velar por su seguridad, preparar y dar medicación, motivarlo, ocuparse de sus asuntos religiosos, formarle en temas de su cuidado, gestionar su economía, ayudar en el empleo del teléfono, acompañar en salidas a la calle, favorecer relaciones con sus amistades y facilitarle distracción); cansancio; dificultad en la realización de los cuidados; campos de falta de conocimientos; inquietud por la persona cuidada y colaboración de otros cuidadores familiares (tipo de familiar, edad, actividades que realizan, tiempo de colaboración, horas que trabajan).

- Grado de apoyo social (uso y frecuencia de organismos de apoyo), calidad de vida global, física, mental, social y medioambiental, enfermedades que cree tener, tratamiento farmacológico y factores de integración social (existencia de problemas de discriminación racial, existencia y deseo de amistad con autóctonos e inmigrantes).

A continuación se desarrollan conceptualmente las principales variables independientes que se han valorado frente a la sobrecarga, nos referimos al apoyo social, la calidad de vida y la integración.

El apoyo social según indican Bellón, J. y sus col. (1.996) en la validación en España de la escala social de Duke, es el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Por tanto, el apoyo social es un conjunto de aspectos cualitativos o funcionales de apoyo y es desempeñado por lo que se conoce como red de apoyo o red social. Además, este apoyo incluye aspectos cuantitativos o estructurales como son el tamaño, densidad y dispersión de la red. Aunque no siempre la red garantiza apoyo. Estas necesidades sociales básicas son las que

recoge el cuestionario de Duke-UNC y son: disponer de personas que se preocupen de lo que le sucede a uno (situación económica, salud, ocio), recibir visitas, ayuda, amor y reconocimiento profesional o personal. El apoyo social, mediante la escala de Duke-UNC, también recoge valores referidos al apoyo afectivo y confidencial. El apoyo afectivo se refiere a aspectos como disponer de personas con quien hablar de los problemas y que se preocupen de uno. El apoyo confidencial se refiere a recibir ayuda en el domicilio, trabajo o al enfermar (Fernández, A., 2.001 y Quintanilla, M., 2.002).

La calidad de vida es definida por la organización mundial de la salud como las percepciones individuales de posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y deseos. Es subjetiva y por tanto no mide los síntomas de las enfermedades, pero sí el efecto de la enfermedad en las condiciones de vida. De esta manera calidad de vida no puede entenderse simplemente como estatus de salud, estilo de vida, estado mental o bienestar (Harper, A., 1.996).

Con respecto a la integración social de los inmigrantes y para identificar los factores que se consideran en el estudio, se ha tenido en cuenta que la integración es un concepto multifactorial. Se ha determinado que para considerar que un individuo está mínimamente integrado en el ámbito del estudio se deben cumplir los criterios recomendados por Solé, como son los siguientes: disponer de un empleo, contar con una vivienda estable, uso del castellano y catalán a nivel de entenderlo y mantener relaciones sociales con personas catalanas (Solé, C., 1.991 y Solé, C., 1.995).

#### **4.5. Instrumentos de medida.**

El instrumento de medida del estudio es un cuestionario con dos apartados: uno sobre datos del cuidador inmnoiproff que será contestado por el propio cuidador y otro sobre datos de la persona cuidada que el cuidador ayudará a cumplimentar a la persona cuidada excepto en cuatro preguntas personales. Estas preguntas personales se refieren a la religión, al nivel de ingresos, a su opinión sobre aspectos del cuidador y al propio Mini Examen Cognoscitivo de Lobo.

El cuestionario mide las variables independientes y la dependiente para indicar la situación demográfica, salud, cultura e integración social como posibles factores de relación, así como preguntas relacionadas con la sobrecarga. Se utilizaron escalas válidas y fiables con permiso de su autor o de libre uso y preguntas cerradas como las utilizadas por el Centro de

Investigaciones Sociológicas (Solé, C., 1.991), en numerosas investigaciones internacionales (Cox, C. y sus col., 1.996) y por la Generalitat de Catalunya (Alonso, X. y sus col., 2.003).

a) **El apartado del cuestionario de recogida de datos sobre el cuidador inmnoiproff** (preguntas 1 a 68) incluye preguntas cerradas con respuestas múltiples y escalas válidas y fiables. Se han seleccionado escalas sencillas de cumplimentar para facilitar su comprensión a los cuidadores que al ser inmigrantes podrían tener barreras de lenguaje. Dicho apartado contiene:

- **Nivel de sobrecarga medida con la escala de Zarit** compuesta por 22 preguntas de auto respuesta y fácil evaluación. Zarit diseñó una escala de sobrecarga del cuidador para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador de pacientes con demencia. Aunque la versión inicial constaba de 29 categorías (Zarit, S. H., 1.980), la más utilizada y actual es la de 22 ítems (Zarit, J. M. y sus col., 1.982). La escala original de 29 ítems evaluaba salud física y psíquica, aspectos económicos y laborales, relaciones sociales y relación que se mantiene con la persona que se cuida. En una revisión posterior el número de ítems se vio reducido a 22 que es la versión actual. Esta escala es autoaplicada y explora los efectos negativos del cuidador en las áreas de salud física y psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Cada pregunta se evalúa mediante una escala tipo Likert con cinco posibles respuestas que van desde nunca hasta casi siempre y que puntúan de 1 a 5. La puntuación total es la suma de todas las respuestas y el rango de puntuación es de 22 a 110. Cabe destacar que la escala de Zarit también ha sido ampliamente utilizada para evaluar programas de intervención en cuidadores (Goodman, C. y sus col., 1.990). Esta escala ha sido traducida y validada a otros idiomas como el francés (Bocquet, H. y sus col., 1.996), chino (Fhu, J. y Wang, S., 1.999) y japonés (Hirono, N. y sus col., 2.002). En España, existen dos versiones adaptadas, la escala de sobrecarga del cuidador (Martín, M. y sus col., 1.996) y la entrevista de carga del cuidador (Montorio I y sus col., 1.998). El estudio de fiabilidad test-retest de Martín, M. y sus col. (1.996) se realizó con dos mediciones y tres meses de intervalo en 92 sujetos todos ellos cuidadores. Los resultados muestran una media de 51,1 y más del 50% presentaban una sobrecarga leve o intensa. El punto de corte se obtuvo en 46-47 que diferencia "no sobrecargados" y "sobrecargados" con una sensibilidad del 84,6% y especificidad del 85,3%. El punto de corte 55-56 diferencia entre "sobrecarga leve e intensa" con una sensibilidad del 89,7% y especificidad del 94,2%. La Consistencia interna o fiabilidad interna de la escala de Zarit validada para España tiene un alto coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,91 (Martín, M. y sus col., 1.996). Siendo su sensibilidad del 84,6% y

especificidad del 85,3% para el primero y del 89,7% y 94,2% para el segundo (García, R., Villa, R. y Muñoz, F. L., 2.005).

La escala utilizada en nuestra investigación ha sido la validada por Martín, M y sus col. (1.996) ya que conceptualmente se refiere a la teoría del estrés y la calidad de vida del cuidador, así como a la salud física de la persona cuidada, elementos todos ellos importantes en nuestra investigación. La escala de Zarit ha sido utilizada generalmente sobre cuidadores informales, pero existen autores (Lampléy, V. y sus col., 2.001) que miden las consecuencias del cuidado en cuidadores formales con esta escala.

- **Datos demográficos** como edad, género, nacionalidad, tiempo en Cataluña, (ver apartado variables independientes).

- **Apoyo social mediante escala de valoración de Apoyo Social de Duke – UNC (Modificado por Broadhead).** Dicha escala mide el apoyo percibido, no el real. Monitoriza tanto la dimensión confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse) como la afectiva del apoyo social (demostraciones de cariño, amor y empatía). Ha sido validada en España por Bellón y sus col. en 1.996. Esta escala cuenta con un elevado nivel de fiabilidad ( $\alpha$  de Crombach 0,92) (Bellón, J. y sus col., 1.996). Consiste en 11 preguntas con respuestas tipo Likert que van desde el 1 al 5 (correspondiendo del 1 al 3 menos de lo deseado y del 4 al 5 tanto como deseo). Medias por debajo de 33 presentan un nivel bajo de apoyo. El apoyo confidencial viene medido a través de las preguntas 1, 2, 6, 7, 8, 9, y 10 (resultados superiores a 21 indican apoyo confidencial). El apoyo afectivo se mide con las preguntas 3, 4, 5 y 11 (resultados superiores a 12 indican apoyo afectivo) (Guillen, F., 1.994, Fernández, A., 2.001 y Quintanilla, M., 2.002). Esta escala ha sido utilizada en investigaciones internacionales (Chase C y Pynoos, J., 1.990 y Rose-Rego, S. y sus col., 1.998) para medir el apoyo social recibido por cuidadores, y también por nacionales como en el estudio de Fernández, A. (2.001) sobre cuidadores familiares.

- **Calidad de vida con escala de la O.M.S (WHOQOL-Bref).**

Según Badía, X. (2.001) que realizó una revisión bibliográfica existen 30 cuestionarios que hacen referencia al estudio de la calidad de vida y se debe seleccionar el cuestionario apropiado según el interés del estudio, la robustez psicométrica (análisis de validez, fiabilidad y sensibilidad) y el tiempo de administración. Entre ellas se encuentra la escala de calidad de vida llamada Perfil de Salud de Nottingham (PSN), versión española (Alonso, J.,

Anto, J. M. y Moreno, C., 1.990) que mide la percepción subjetiva del impacto de los problemas de salud. Es decir, valora aspectos físicos, psicológicos y sociales asociados a los problemas de salud y el grado en que dicho impacto afecta a la vida de los individuos. Esta escala consta de dos partes, la primera parte tiene 38 ítems con seis dimensiones: energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social. Cada ítem se responde con un sí o un no. La segunda parte consta de siete preguntas sobre la existencia de limitaciones a causa de la salud en seis funciones de la vida diaria: trabajo, tareas domésticas, vida social, vida familiar, aficiones y tiempo libre. La puntuación total oscila de 0 a 100, asignando el valor 0 a la no existencia de problemas y valores superiores a medida que los problemas aumentan y por lo tanto disminuye con la calidad de vida. Este instrumento ha sido utilizado en numerosas investigaciones, está validado por expertos. La fiabilidad se estableció para enfermos renales (Badía, X., Lara, N. y Roset, M., 1.994). La correlación entre las respuestas de la primera y segunda administración de la encuesta, con una separación de cuatro semanas, fue de 0,69 para todas las dimensiones ( $r= 0,69-0,85$ ) sugiriendo un nivel de fiabilidad aceptable. La consistencia interna es aceptable ( $\alpha$  de Cronbach = 0,58 - 0,85) para las subescalas.

A pesar de ser una escala que evalúa efectivamente la calidad de vida y tras la revisión de diversas escalas se escogió la escala de WHOQOL Breff (Harper, A., 1.996 y Skevington, S. M., Lotfy, M. y O'Connell, K. A., 2.004) porque disponía de buena robustez psicométrica, rápido tiempo de administración, está internacionalmente probada en diversas culturas, puede ser autosuministrada o recibir ayuda para su cumplimentación (Corte, G., 2.005), está adaptada a su empleo en España y finalmente porque con ella se obtenían cuatro dimensiones que podían ofrecer información valiosa en cuanto a la salud física, mental, calidad vida social y medioambiental, todos ellos posibles factores de relación con la sobrecarga del cuidador inmnoproff y además, se pueden utilizar para realizar estudios de causalidad (Corte, G., 2.005).

La escala WHOQOL-Bref proporciona información sobre el estado físico, psicológico, relaciones sociales y entorno medioambiental del individuo. El WHOQOL-Bref es una escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud que proviene de la WHOQOL- 100 realizada por 15 centros internacionales de la OMS y que según nos indica la propia OMS a través del artículo de Harper, A. (1.996) ha sido utilizada desde 1.994. Este instrumento se ha desarrollado con la participación de 15 culturas diferentes con reuniones de grupos focales que incluyeron a profesionales, pacientes y otros sujetos. Los 15 centros se seleccionaron de

una red mundial para ser representativos. Inicialmente se comenzó el cuestionario con 236 preguntas y finalmente se acabó con 100 preguntas de 24 facetas de la calidad de vida (dolor, energía, sueño, sentimientos negativos, memoria, autoestima hasta llegar a 24 facetas distintas) con cuatro preguntas en cada faceta y además cuatro categorías globales (referidas a puntuación general, satisfacción con la calidad de su vida, con su vida y con su salud). Más tarde se propuso unir las 24 facetas específicas en seis dominios (salud física, psicológica, nivel dependencia, relaciones sociales, entorno-medio ambiente y religión) y finalmente se unieron en cuatro dominios. El WHOQOL- Bref se ha basado en estos cuatro dominios (la salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente) recogiendo las 24 categorías específica y dos categorías globales en solo 26 preguntas. El WHOQOL-Bref se ha trabajado entre 20 centros de 18 países y se ha validado en 19 idiomas. Su utilización puede ser tanto a nivel hospitalario como en políticas de salud y sociales comunitarias para facilitar el conocimiento de la repercusión de distintas alteraciones de salud sobre la calidad de vida. Además, su uso puede estar liderado por distintos profesionales de la salud (Harper, A., 1.996 y Skevington, S. M. y sus col., 2.004). Se encontró una consistencia interna ( $\alpha$ : 0,82 - 0,95 para los dominios) y una reproductividad (ICC 0,83 - 0,96) en la re-prueba a las dos semanas (Corte, G., 2.005) y específicamente cuando se usa en mayores su consistencia interna es aceptable ( $\alpha$ : 0.75-0.80 a través de los dominios) y válida (Lai, K. L., Tzeng, R. J., Wang, B. L., Lee, H. S. y sus col., 2.005).

El resultado de la escala se obtiene contestando 26 preguntas con respuestas tipo Likert con puntuaciones de 1 a 5. La escala de puntuación es positiva en todas las preguntas (a mayor puntuación denota mayor calidad de vida) excepto en las preguntas 3, 4 y 6 (que puntúan al revés, a menor puntuación denota mayor calidad de vida). Las dos categorías globales provienen de la pregunta 1 que informa sobre la percepción global individual de su calidad de vida y de la pregunta 2 que informa sobre la percepción global individual sobre su salud. A partir de aquí se consiguen puntuaciones que dan respuesta a cada uno de los cuatro dominios. Dominio 1: Salud física (de 7 a 35 puntos procedentes de las preguntas 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18); Dominio 2: Psicológica (de 6 a 30 puntos procedentes de las preguntas 5, 6, 7, 11, 19 y 26); Dominio 3: Relaciones sociales (de 3 a 15 puntos procedentes de las preguntas 20, 21 y 22) y Dominio 4: Entorno-medio ambiente (de 8 a 40 puntos procedentes de las preguntas 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25).

Existe un rango para transformar la puntuación obtenida por la escala WHOQOL-Bref y poder comparar los resultados con la escala WHOQOL-100 (puntuaciones de 0 a 20 en los

cuatro dominios). Para ello se utiliza una tabla facilitada por la Organización Mundial de la Salud donde se transforman las puntuaciones obtenidas en cada dominio de la escala WHOQOL-Bref a puntuaciones de cada uno de los cuatro dominios de la escala WHOQOL-100. Con ello se permite comparar los resultados obtenidos entre WHOQOL-100 y WHOQOL-Bref. Esta tabla además de transformar los resultados de WHOQOL-Bref a un rango de 0 a 20 (comparable con la WHOQOL-100) también permite transformar los resultados a un rango de 0 a 100, permitiendo tener una visión porcentual de cada dominio en la escala WHOQOL-Bref y también WHOQOL-100. Por ejemplo en el dominio 1: salud física de la escala Bref cuya puntuación va de 7 a 35 se puede transformar en una puntuación de 0 a 100, dando un resultado mucho más claro y fácil de comparar entre distintos dominios (O'Carroll, R. y sus col., 2.000). Es importante señalar que según O'Carroll, R. y sus col. (2.000) la sensibilidad del dominio 3 es algo inferior en el WHOQOL-Bref que en el WHOQOL-100 y aunque da por correctos y utilizables sus resultados, recomienda consolidarlos con otra escala, que en nuestro estudio ha sido con la escala sobre apoyo social de Duke.

- **Integración sociocultural.** Para determinar si existe integración en la sociedad catalana se ha consultado con expertos personal y bibliográficamente. Aunque se han encontrado dos escalas para medir el racismo como son la RaLES (Racism and Life Experiences Scales, Harrell, S., Merchant, M. y Young, S., 1.997) y la KRDQ (Krieger Racial Discrimination Questionnaire, Krieger, N., 1.990) y atendiendo a las consideraciones de la Dra. C Solé - Catedrática en Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona y considerada entre las más prestigiosas sobre el tema de integración en Cataluña de los Inmigrantes- se ha llegado a la conclusión que no se puede reducir la valoración del grado de integración midiendo el grado de racismo y que como no existe ninguna escala que mida la integración en la población autóctona por su multifactorialidad, se ha determinado que para considerar que se está mínimamente integrado se deben cumplir algunas de las siguientes categorías: disponer de un empleo, contar con una vivienda estable, usar el castellano y catalán entendido y tener relaciones sociales con catalanes. Por otra parte el Centro de Investigaciones Sociológicas español (Solé, C., 1.991) valora la integración mediante el acceso a disponer de una vivienda propia y digna; aspectos de la vida cotidiana como las relaciones afectivas en el barrio o trabajo; posibilidad de comunicación con su entorno (aprendiendo un idioma) y el respeto religioso. De la misma manera, los estudios de la Generalitat de Catalunya (Alonso, X. y sus col., 2.003) han utilizado medidas de convivencia y cohesión social (condiciones de vida,

económicas y sociales) e inmateriales (sentimiento de pertenencia o exclusión social) para valorar la integración sociocultural de los inmigrantes.

Siguiendo estas recomendaciones el cuestionario de este estudio incluye preguntas cerradas que valoran la integración como por ejemplo: ¿Está casado o tiene hijos con catalanes?; ¿Cuánto tiempo piensa Usted establecerse en Cataluña?; ¿Cree usted que sus hijos deberían participar en asociaciones catalanas antes que en centros de su país de origen?, ¿Qué idiomas conoce? e indique el nivel que cree tener.

A partir de estas preguntas se han seleccionado 12 ítems que si bien no son una escala de integración si nos permiten conocer cuantos ítems integradores disponen los cuidadores inmigrantes sobre el total de los 12 posibles. Las categorías que se valoraron fueron:

- Tener la tarjeta sanitaria
- Disponer de vivienda estable
- Trabajar al menos 20h/semanales
- Entender el catalán ( No se considera el castellano porque un criterio de inclusión es hablar y leer castellano)
- Obtener puntuaciones en la escala de Apoyo Social de Duke superiores a 33, punto de corte que indica al menos disponer del apoyo social deseado.
- Disponer de apoyo social distinto al apoyo dado por otras personas inmigrantes.
- Obtener puntuaciones con la escala de vida WHOQOL-Bref en su dominio 3 que hace referencia a las relaciones sociales por encima del 40%. Como esta escala no marca puntos de corte para indicar si existe o no relación social se ha utilizado la literatura como punto de referencia. Teniendo en cuenta que la media de cuidadores familiares es próxima al 75% al utilizar WHOQOL-Bref (Golimbet, V. y Trubnikov, V., 2.001) la media en personas enfermas oscila entre el 30% y el 58% según la patología (Li, L., Young, D., Xiao, S., Zhou, X. y sus col., 2.004) y como no hay literatura que indique la media de relación social según WHOQOL-Bref en inmigrantes, se ha considerado que valores del 40% ya podrían empezar a indicar un cierto nivel de integración. En realidad, esta baja exigencia, según WHOQOL-Bref, para considerar que existe un nivel mínimo de relación social puede complementarse con los resultados obtenidos sobre el apoyo social deseado por el inmigrante según la escala de Duke.
- Tener amigos Barceloneses.
- Desear que sus hijos tengan amigos catalanes.
- Desear que sus hijos se adapten a costumbres catalanas.
- Participar en asociaciones catalanas.

- Desear quedarse en Cataluña como residencia definitiva.

Profundizando más se han seleccionado solo cinco categorías para considerar un baremo donde la integración sea más básica. Con ello se ha pretendido ser mucho menos exigente, es decir indicar aquellos elementos que la literatura indica como indispensables para tener una mínima integración (Alonso, X. y sus col., 2.003). En este caso se han considerado los siguientes:

- Tener la tarjeta sanitaria.
- Disponer de vivienda estable.
- Trabajar al menos 20h/s.
- Entender el catalán.
- Disponer de apoyo social distinto al apoyo dado por otras personas inmigrantes.

• **Actividades que realizan los cuidadores innoproff.** Existen actividades domesticas (lavar la ropa, comprar y hacer la comida), actividades de cuidado básico (asear, dar de comer), actividades sociales (fomentar reuniones con amigos, salidas) y actividades sanitarias (preparar y dar medicación, reconocer situaciones de desequilibrio de salud de la persona mayor y saber actuar frente a ellas). Cada actividad en particular obtiene una graduación de menor a mayor en su realización con una puntuación tipo Likert de 1 a 5. Estas preguntas han sido utilizadas en investigaciones del nodo de cuidadores informales de la Red Temática de Investigación en cuidados a personas mayores (RIMARED) (Zabalegui, A. y sus col., 2.004).

• **Cansancio** del cuidador innoproff. Los instrumentos para determinar la existencia del cansancio han sido preguntas utilizadas en diversas investigaciones (Montorio I y sus col., 1.998, Ríos, M. A. y sus col., 2.001, Navaie-Waliser, M. y sus col., 2.002, y Vázquez, M. y Casals, J., 2.005) y son las siguientes:

- existencia de dificultad en la realización de cuidados.
- inquietud ante el futuro respecto a la persona cuidada.
- habilidad del cuidador para atenderla, expresada por el sentimiento de falta de información.

Todas ellas son características definitorias de la existencia real de cansancio según la Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA: North American Nursing Diagnosis Association., 2.002).

La investigación de Montorio I y sus col. (1.998) relacionan el cansancio frente al apoyo social y al estado intelectual utilizando escalas de salud percibidas con graduación tipo Likert como ocurre con varias de las escalas de nuestro trabajo. También es cierto que existen autores que utilizan escalas propias para medir el cansancio a través de la escala de Lawton, pero no validada al español (Pruchno, R. y sus col., 1.999).

**b) El apartado del cuestionario de recogida de datos sobre la persona cuidada** (preguntas 69 a 84) incluye preguntas cerradas con respuestas múltiples y escalas válidas y fiables. Se han seleccionado escalas sencillas de cumplimentar para facilitar su comprensión. Dicho apartado contiene:

- **Datos sociodemográficos de la persona cuidada** que incluyen la edad, género, estado civil, tipo de convivencia, tiempo de estancia en Cataluña, nivel de estudios, nivel de castellano, nivel de catalán, nivel de ingresos, religión), opinión sobre la importancia del conocimiento del catalán y de las costumbres catalanas y españolas por el cuidador inmoproff para cuidar adecuadamente.

- **Estado de salud de la persona cuidada.** El estado de salud de la persona cuidada se midió mediante la escala de valoración de capacidad física de la Cruz Roja y la escala de capacidad mental de la Cruz Roja (Guillen, F., 1.994 y García, M. y sus col., 2.001). Las escalas de salud mental y física de la Cruz Roja son dos cuestionarios muy sencillos de responder y que han sido ampliamente utilizados en España con muy buenos resultados (Quintanilla, M., 2.002) y utilizadas en múltiples investigaciones (Carmona, S. y Llorente, F., 1.999, San José, A., Jacas, C. y Selva, A., 1.999, Ríos, M. A. y sus col., 2.001, Gotor, P. y Alarcón, M., 2.004 y Gómez, M. J., 2.006).

Estas escalas fueron desarrolladas en el servicio de geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid y publicadas por primera vez en 1.972, pueden ser autorrealizadas y se tarda de 5 a 10 minutos en su cumplimentación. La escala de salud física de la Cruz Roja valora la capacidad de autocuidado de los mayores. Evalúa la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD) y las instrumentales (AIVD) a través del grado de movilidad o el nivel de restricción. La escala de salud Mental de la Cruz Roja mide la memoria, la orientación, el comportamiento, el lenguaje, y su repercusión en la capacidad funcional. Clasifica a las personas mayores en seis grados, de 0 a 5, desde la máxima independencia hasta la dependencia. Su sensibilidad y especificidad son muy altas para grados leves y graves. La sensibilidad y especificidad para clasificar el nivel de deterioro

medio mediante AIVD fueron del 74 al 98%. El coeficiente de correlación intragrupo (kappa) entre diferentes observadores fue de 0,45 a 0,62. Su correlación con el índice de Katz es muy elevado (González, J., Rodríguez, C., Diestro, P., Casado, M. T. y sus col., 1.991). A continuación se muestran sus características:

- Valores de la Escala de salud física de Cruz Roja:
  - 0: Se vale por si mismo.
  - 1: Realiza actos de la vida diaria (AVD). Deambula con alguna dificultad.
  - 2: Alguna dificultad AVD. Deambula con ayuda bastón/similar.
  - 3: Grave dificultad AVD. Deambula ayudado .Incontinencia ocasional.
  - 4: Ayuda para casi todas AVD. Incontinencia habitual.
  - 5: Inmóvil, cama/sillón. Dependiente total. Cuidados continuados.
  
- Valores de la Escala de salud mental de Cruz Roja:
  - 0: Totalmente normal.
  - 1: Ligera desorientación en tiempo. Conversación correcta.
  - 2: Desorientación temporal, olvido e incontinencia ocasional.
  - 3: Desorientación, conversación ilógica, confunde personas. Incontinencia frecuente.
  - 4: Desorientación, alteraciones mentales. Incontinencia habitual.
  - 5: Vida vegetativa, agresividad. Incontinencia Total.

Los valores comprendidos de 0 y 1 indican leve incapacidad, valores de 2 y 3 indican un nivel moderado de incapacidad y valores superiores a 3 indican incapacidad grave. Durante la explotación de datos se ha reconvertido la variable para algunas explotaciones de forma que los valores 0-1 son considerados como “salud no alterada” y el resto de valores como “salud alterada”.

La valoración cognoscitiva se realizó mediante la escala Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, A. y sus col., 2.002) en versión reducida. El primer artículo sobre el mini-mental se publicó en 1.975 (Mini-Mental State Examination) por su autor Folstein, M., Folstein, S. E. y McHugh, P. R. (1.975). En España empezó a utilizarse en 1.977 y tuvo sus primeras validaciones por Gómez, F. y Lobo, A. y M. F. (1.979) y Escolar, V., Lobo, A. y Abad, F. (1.979) a las que siguieron diversas validaciones de Lobo y sus col., A en 1.986, 87 y 88, así como por Giménez-Roldán, S., Novillo, M. J., Navarro, E., Dobato, J. L. y sus col. (1.997).

La última revalidación se ha producido en 1.999 por Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L. y sus col. (1.999) sobre una población de 1.134 ancianos de 65 años o más. La fiabilidad con test-retest fue de  $\kappa = 0,65$  y  $z = 11,66$ . Los coeficientes muestran una sensibilidad del 89,9 al 100% y especificidad del 80,8 al 85,6% (Lobo, A. y sus col., 2.002). Su duración es de unos 15 minutos y en líneas generales consiste en:

- Diez preguntas relacionadas con la orientación (con puntuación para cada pregunta de 0 en caso de respuesta incorrecta o de 1 si es correcta).
- La repetición de una frase para evaluar la fijación (con puntuación de 0 si no repite ninguna y gradualmente hasta una puntuación de 3 si la repite completa).
- La evaluación del cálculo y la concentración con un ejercicio matemático sencillo (valores de 0 a 5, a mayor acierto mayor puntuación) y con una repetición numérica (valores de 0 a 3, a mayor acierto mayor puntuación).
- La evaluación de la memoria con la repetición de palabras (con puntuación de 0 si no repite ninguna y gradualmente hasta una puntuación de 3 si las repite todas).
- La evaluación del lenguaje y la construcción mediante 11 preguntas o ejercicios (con puntuación cada pregunta o ejercicio de 0 en caso de situación incorrecta o de 1 si es correcta).

La puntuación máxima total de la valoración cognoscitiva es de 35 y el corte de normalidad está en 24 y 28 si es menor de 65 años. Niveles de iguales o menores 23 y 27 si es menor de 65 años indican un posible deterioro cognitivo.

#### **4.6. Procedimientos. Técnicas de muestreo y recogida de datos.**

El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Internacional de Cataluña (UIC) y por los distintos centros u organizaciones participantes. La técnica de muestreo que permitió seleccionar los individuos de la población diana para formar parte del estudio fue a través de muestreo no probabilístico, por conveniencia, en concreto a través de la técnica de casos consecutivos. Este muestreo consiste en incluir los individuos que cumplen los criterios de inclusión y evitar los de exclusión en el estudio, a medida que van apareciendo, sobre la base de su presencia o no, en un lugar y momento determinado. Posteriormente se observa si el individuo es del grupo caso (sobrecargado) o control (no sobrecargado) siguiendo las características de cada grupo previamente definidas.

No se pudo realizar un estudio probabilístico debido a las características de la población de cuidadores inmnoiproff ya que no hay un censo de los mismos, sobre todo porque muchos de ellos no cumplen la legalidad de residencia en el país o legalidad en términos laborales. Al mismo tiempo, tampoco existe un censo de los inmigrantes como tal, porque representaría una discriminación de los mismos.

Para conseguir la muestra de la población de cuidadores inmnoiproff se analizaron distintas posibilidades para poder llegar a ellos. En concreto se encontraron cuidadores inmnoiproff a través de:

- Empresas de atención asistencial que facilitan cuidadores inmnoiproff en Barcelona a cambio de comisión como intermediarios. Estas empresas en parte se localizaron con ayuda de asistentes sociales especializadas del Hospital General de Catalunya y otras a través de portales en Internet sobre personas mayores y/o su cuidado ([www.todoancianos.com](http://www.todoancianos.com), <http://revista.consumer.es/invidentes>). Los cuidadores inmnoiproff son asalariados de estas empresas. Las empresas fueron: Gesex, Barnasistems, Multiserveis Catalunya, A.B.D (Associació Benestar i Desenvolupament), Atenció Sanitaria y Sempra (a través de Càritas).
- Organizaciones de apoyo a las familias y los inmigrantes que facilitan el encuentro de ambos sin ninguna comisión como intermediarios. En este caso los cuidadores inmnoiproff trabajan como autónomos. Son las Hermanas Azules y l'Associació Catòlica Internacional, serveis joves femenines: “casal de la jove”.
- Entidades que ofrecen respiros a los cuidadores familiares y a los que acuden los mismos cuidadores que tenían en su domicilio. Son la residencia geriátrica de Barcelona Madre Caterina y Mutuam Güell.
- Entidades de formación y ayuda a la integración en Cataluña de Barcelona que además de realizar una formación de distintos grados según el tipo de entidad, también facilitan el encuentro entre familias que solicitan cuidadores de personas mayores y cuidadores inmnoiproff. En este caso los cuidadores son también autónomos. Es el centro formativo Probens.
- Áreas Básicas de Salud (A.B.S) de barrios de Barcelona (Ciutat Vella) con alto grado de inmigrantes y donde acuden a solicitar asistencia sanitaria. Al ser un lugar de alta probabilidad de encontrar inmigrantes se pensó que entre este colectivo podrían haber cuidadores inmnoiproff. Para identificar si lo eran se les preguntaba directamente si eran cuidadores inmnoiproff. En este caso todos los que se encontraron trabajan como autónomos.

- Centros de seguridad social para la regularización de Inmigrantes. En este caso los cuidadores también trabajaban como autónomos. Tesorería General de la seguridad social de l'Hospitalet de Llobregat.
- Profesionales sanitarios inmigrantes que conocen cuidadores inmnoiproff y que los recomiendan. Los cuidadores son autónomos.

Una vez localizados los cuidadores inmnoiproff se les explicó el proyecto de investigación y solicitó su participación voluntaria de la siguiente manera:

- En el caso de empresas o entidades, se realizó una reunión con cada responsable del centro donde se explicó el proyecto. En caso que decidieron participar se les entregó la siguiente documentación: Síntesis del proyecto de investigación; solicitud por escrito dirigida a la empresa donde se explican los objetivos, la voluntariedad y confidencialidad del estudio; consentimiento informado y el cuestionario a cumplimentar por el cuidador inmnoiproff y la persona mayor cuidada.

Tras la entrega de la documentación se explicó con detenimiento el proyecto, se realizó la cumplimentación del cuestionario comprobando su comprensión y buen uso. Inicialmente estaba previsto que el responsable de cada centro fuera el encargado de explicar y entregar los cuestionarios a los cuidadores. Sin embargo, muchos centros tras comprobar la importante dedicación de tiempo que debían prestar y tras ofrecimiento del investigador principal, prefirieron que fuera el propio investigador quien realizara en la empresa u organización la explicación y/o recogida de datos. En los casos que fueran los centros los que realizaron el proceso, se decidió comprobar su correcto desarrollo y pasados al menos cinco días de la entrega de los cuestionarios a los cuidadores inmnoiproff, se escogieron a dos cuidadores de cada centro y se verificó su correcta formación y comprensión. La selección de los cuidadores inmnoiproff desde los centros se realizó según el orden de acceso al centro hasta alcanzar la muestra necesaria para obtener datos significativos.

- En el caso de los cuidadores inmnoiproff procedentes de los centros de la seguridad social, de los Centros de Atención de salud o a través de profesionales sanitarios inmigrantes, nos dirigimos directamente a ellos y se les ofreció participar voluntaria y confidencialmente en el estudio.

En el caso que decidiera participar, tanto si procediera de una empresa, entidad o proviniesen de centros de la seguridad social, de Atención de salud o a través de profesionales sanitarios,

se le explicó en profundidad el proyecto y como cumplimentar el cuestionario, entregándole los siguientes documentos:

- Solicitud del consentimiento informado a los cuidadores inmnoproff en el cual se notifica la voluntariedad y confidencialidad de las personas que participan en el estudio, así como de los objetivos del mismo. -Anexo 5-
- Solicitud del consentimiento informado a las personas cuidadas por cuidadores inmnoproff en el cual se notifica la voluntariedad y confidencialidad de los datos de las personas que participan en el estudio, así como de los objetivos del mismo. -Anexo 6-
- Cuestionario para la obtención de datos del cuidador inmnoproff y de la persona Cuidada. -Anexo 7-.

Aunque inicialmente se entregaron 150 cuestionarios a las empresas y/o organismos colaboradores, se tuvo que aumentar hasta un total de 266 cuestionarios entre las diversas empresas, instituciones y entrevistas personales hasta conseguir el objetivo de 110 casos. La recogida de cuestionarios se realizó en la propia empresa y entidad o bien por correo postal. Para ello se facilitaron sobres con el franqueo pagado que estaban dirigidos al investigador principal en la Universitat Internacional de Catalunya. Al recibirlos se comprobó su correcta cumplimentación y los criterios de inclusión- exclusión. Inicialmente se recogieron 134 cuestionarios contestados. Sin embargo, tras las comprobaciones se eliminaron cinco cuestionarios donde se había realizado el cuestionario de sobrecarga de Zarit de forma incompleta o incorrecta y cuatro cuestionarios fueron excluidos por pertenecer a personas de edad inferior a 60 años, quedando 125 cuestionarios.

Tras la selección de los cuestionarios correctos se realizó la primera clasificación de los cuidadores inmnoproff que consistió en determinar con la escala de Zarit el grado de sobrecarga (pregunta nº 68 del cuestionario) de los cuidadores, obteniendo el grupo Caso de sobrecargados y el grupo Control de no sobrecargados. Según el cálculo de la muestra fueron necesarios 55 cuidadores sobrecargados y 55 No sobrecargados. De los 125 cuidadores se obtuvieron 70 “no sobrecargados” hasta que se consiguieron 55 “sobrecargados”. Debido a que los grupos Caso y Control deben tener el mismo número de cuestionarios, se seleccionaron por orden de recepción los 55 primeros cuestionarios de cuidadores no sobrecargados.

#### 4.7. Análisis de los datos.

La importancia de un estudio caso – control está en la realización de un potente análisis estadístico para establecer una relación causa-efecto. Durante el análisis en relación a los objetivos planteados se realizó:

1. Estudio **univariante descriptivo** del cuidador inmoproff y de la persona mayor cuidada.
2. **Análisis bivariante** donde se relacionó la sobrecarga (variable dependiente) y el resto de factores de relación (variables independientes). Las relaciones con la sobrecarga se realizaron desde su variante de variable cualitativa (estar o no sobrecargado -según clasificación desde la escala de Zarit y con corte en el valor 47-) y también desde su variante de variable cuantitativa (de 22 a 110 según escala de sobrecarga de Zarit) porque de esta forma se pueden conseguir fuerzas estadísticas de diferentes tipos. Se comprobó para las variables cuantitativas la hipótesis de normalidad mediante prueba Kolmogorov-Smirnov. Para determinar la significación estadística se realizó el cálculo de significación estadística entre la sobrecarga y el resto de factores de relación con significación estadística  $\alpha = 0,05$ .

a) Cuando la sobrecarga se consideró variable cualitativa dicotómica y los factores de relación fueron:

- variables cualitativas dicotómicas, politómicas u ordinales se realizó a través del test Chi-cuadrado. En los casos de factores de relación cuantitativos que se pudieron transformar en cualitativos dicotómicos se realizó esta transformación para poder calcular la odds ratio. Por ejemplo, esta situación se dice en cuanto al grado de apoyo social del cuidador ya que podemos tener una puntuación a través de la escala de Duke (valores entre 11 a 55), considerándose que resultados de 11 a 33 no tienen apoyo social y a partir de 34 si lo tienen, y por tanto también se puede decir dicotómicamente “no tienen apoyo social” o “si tienen apoyo social”. En este caso se han transformado los valores 11 a 33 = 0 (No apoyo social) y mayor que 33 = 1 (Si apoyo social).

- variables cuantitativas continuas no normales se realizó a través del prueba U de Mann-Whitney

- variables cuantitativas normales se realizó a través test de t-student.

b) Cuando la sobrecarga se consideró como variable cuantitativa discreta y los factores de relación fueron:

- cualitativos dicotómicos se realizó a través de test de t-student.
- cualitativos politómicos y ordinales se realizó a través del análisis de test ANOVA con un factor.

- cuantitativos se realizó a través de coeficiente de correlación de Spearman.

También se calcularon las relaciones o fuerzas estadísticas existentes con diversos parámetros al igual que lo realizaron diversos autores de la literatura. Cox, C. y sus col. (1.996) compararon medias y realizó estudios de regresión lineal para averiguar la fuerza y grado de intervención de las variables estudiadas sobre la variable dependiente. Navaie-Waliser, M. y sus col. (2.002) calcularon la odds ratio entre el género y 11 variables relacionadas con las actividades de los cuidadores como la edad, la raza, la educación y la religión. A continuación, se detallan detenidamente las herramientas estadísticas utilizadas en nuestro estudio para el cálculo de la fuerza estadística:

- a) Cuando la sobrecarga se consideró cualitativa dicotómica y los factores de relación fueron:
  - variables cualitativas dicotómicas, politómicas u ordinales se realizó a través de odds ratio.
  - variables cuantitativas se realizó a través de diferencia de medias entre sobrecargados y no sobrecargados.
- b) Cuando la sobrecarga se consideró como cuantitativa discreta y los factores fueron:
  - variables cualitativas dicotómicas, politómicas u ordinales se realizó a través de diferencia de medias en cada grupo.
  - variables cuantitativas se realizó a través del coeficiente de correlación de Spearman y tendencias gráficas.

Al finalizar el análisis bivariable de la sobrecarga con los factores relacionados se realizó también un análisis bivariable considerando como variables dependientes el apoyo social, la calidad de vida medioambiental y la integración en Cataluña. Conocer los factores de relación del apoyo social, la calidad de vida medioambiental y la integración podrían aportar datos que ayudasen a comprender al cuidador inmnooproff. Se escogió el dominio de la calidad medioambiental porque es en la que creemos se puede incidir más y por tanto es más interesante conocer. La calidad de salud física y mental puede estar más controlada por el sistema sanitario y la calidad de vida social ya se contempla con el apoyo social. En este análisis se utilizaron exactamente las mismas herramientas estadísticas que las empleadas en el estudio de la sobrecarga, tanto para la significación como para la fuerza estadística.

3. Estudio **multivariante** a través de Regresión Logística al tratar la sobrecarga como variable cualitativa y Regresión Lineal cuando se consideró cuantitativa.

Para la realización de los cálculos se utilizó el programa de análisis estadístico Statistical Package for the Social Sciences y bajo supervisión de experto estadístico (Dña. Montse Girabent, Licenciada en Matemáticas, profesora de la Universitat Internacional de Catalunya).

#### **4.8. Limitaciones del estudio.**

Durante el estudio se encontraron diversas dificultades. La mayor fue la dificultad de entregar las encuestas desde las empresas u organizaciones a los cuidadores. Como se ha expuesto en el apartado del cálculo de la muestra fueron necesarias para realizar la investigación un total de 110 cuestionarios (55 de cuidadores sobrecargados y 55 de no sobrecargados). Inicialmente se entregaron 150 cuestionarios entre un total de 11 empresas y organizaciones. Estos 150 cuestionarios estaban por encima de las 138 calculadas teniendo en cuenta un 20% de pérdidas para obtener las 110 necesarias. Sin embargo, pasado un tiempo se observó que las empresas u organizaciones no entregaban las encuestas al ritmo esperado alegando principalmente la necesidad de emplear mucho tiempo y de que algunas familias o personas cuidadas no aceptaban participar en el estudio. Ante esta situación se tomaron tres soluciones. En primer lugar el investigador principal se ofreció a las empresas u organizaciones para entregar él mismo y desde la misma empresa u organización el cuestionario y en el caso que fuera necesario explicar y ayudar a su cumplimentación. Esta solución permitió incrementar mucho la recogida de cuestionarios ya que los cuidadores solían ser citados por diversos motivos (para cobrar la paga mensual, recibir nuevos clientes o para recibir formación o indicaciones) y aprovechando esta circunstancia se pudieron realizar varios casos al mismo tiempo, aunque precisó de una gran dedicación de tiempo. En segundo lugar se amplió el número de empresas y cuestionarios hasta entregar 266 cuestionarios y además se acudió a lugares de alto porcentaje de emigrantes como son el Centro de Atención Primaria de Ciutat Vella y el centro de la Seguridad Social de L'Hospitalet para la regularización de los "inmigrantes". En tercer lugar se facilitó la entrega de cuestionarios y consentimientos informados en la propia empresa u organización otro día y por correo postal pagado. Como resultado de las tres acciones de mejora se consiguió entregar a las empresas u organizaciones un total de 266 cuestionarios de los cuales fueron entregados en los despachos de las organizaciones o lugares de entrega a un total de 143 cuidadores, lo que representa que el 46,24% no llegó nunca ni a entregarse.

La siguiente dificultad surgida fue el abandono o el rechazo a participar de cuidadores. De los 143 cuestionarios entregados dos cuidadores no aceptaron voluntariamente participar en la investigación, lo que representó una pérdida del 1,40%. Además tres cuidadores abandonaron mientras realizaban el cuestionario, representando unas pérdidas del 2,10%. El motivo de abandono de los cuidadores fue que después de haber aceptado, habían cambiado de opinión y no habían querido participar, expresando en algunos casos un cierto temor a revelar alguna situación que pudiera perjudicarles al tener conciencia de inmigrantes. A pesar que se les repitió que el estudio era anónimo, no se les convenció. El total de estas cinco personas representaron una pérdida del 3,50%. Esta situación de abandono de los cuidadores también ha ocurrido en otras investigaciones de minorías de cuidadores, llegando incluso a la pérdida de hasta un 40% (Ford, M. y sus col., 2.000) y de un 17% (Haley, W. y sus col., 2.003) alegando en ambos casos temas raciales.

Por otro lado, el número de personas cuidadas que no dieron el consentimiento informado fue de cuatro personas, lo que representó el 2,80% de pérdidas. No se pudo contabilizar el número de casos que han estado filtrados por las propias empresas u organizaciones.

Otra dificultad fue la incompleta cumplimentación de la escala de Zarit que se produjo en cinco cuidadores. Quizá fueron motivos culturales que les llevo a no contestar algunos de las categorías de esta escala, invalidándola. Estas pérdidas representaron un 3,5%.

Como resumen se observa que se produjeron las siguientes pérdidas: 1,40% por falta de consentimiento informado del cuidador inmoproff; 2,80% por falta de consentimiento informado de la persona cuidada; 2,10 % por abandono de la cumplimentación del cuestionario por el cuidador; 3,50% por incorrecta cumplimentación de la escala de Zarit por el cuidador. En total representa un 9,8 % de pérdidas, todavía lejos del 40% citado por Ford, M. y sus col. (2.000) y Haley, W. y sus col. (2.003).

La realización de este estudio con escalas generales traducidas, válidas y fiables para España, aunque no adecuadas a la cultura de cada cuidador inmigrante, es una limitación tal y como dicen recientemente algunos autores. No se pudieron utilizar las escalas adaptadas a cada cultura por no disponer de su validación en cada uno de los países ya que en muchos casos todavía se esta en la fase de su adaptación cultural. Sin embargo, es una limitación aceptada, ya que las escalas generales desde el punto de vista cultural son válidas en un 70% de los

resultados (Ford, M. y sus col., 2.000) y todos los investigadores están trabajando actualmente con esta limitación. Además la escala de calidad de vida WHOQ si que es multicultural.

Otros tipos de situaciones, más que limitaciones fueron la exclusión de cuatro cuestionarios por no cumplir el criterio de inclusión de ser igual o menor de 60 años. Esta situación ha representó una pérdida del 2,80%. Si sumamos esta cifra al 9,8% anterior, se obtiene una pérdida del 12,60% sobre los 143 cuestionarios entregados a los cuidadores, de forma que se han conseguido 125 cuestionarios válidos frente a los 110 necesarios según el cálculo de la muestra. Otra situación fue que la obtención de cuestionarios de cuidadores no sobrecargados se dió más rápidamente que la de los sobrecargados, de forma que para obtener los 55 cuestionarios de cuidadores sobrecargados se tubo que obtener hasta 70 de cuidadores no sobrecargados. Para seleccionar de entre estos 70 cuestionarios de no sobrecargados se ha seguido el criterio de orden de aparición. Finalmente se utilizaron 110 cuestionarios (55 sobrecargados y 55 no sobrecargados) tal como indica el cálculo del tamaño de la muestra.

En definitiva, aunque el estudio presenta algunas limitaciones, éstas no son suficientes para no tener en cuenta las conclusiones y discusión del mismo.

## **5. Plan de trabajo del proyecto de investigación.**

### **5.1. Cronograma**

- Octubre 2.001- Octubre 2.003. Obtención de la suficiencia investigadora a través del curso de doctorado en Envejecimiento de la Universitat Internacional de Catalunya con la presentación de la Tesina “El cansancio del cuidador inmigrante a domicilio en Barcelona”, con calificación de Excelente y tutor Dr. Cruz.
- Noviembre 2.003–Diciembre 2.004. Búsqueda bibliográfica para decisión tema Investigación.
- Diciembre 2.003 – Abril 2.004. Diseño Tesis Doctoral.
- Febrero 2.004 – Octubre 2.005. Revisión bibliografía y realización de la introducción y el marco conceptual de la tesis.
- Abril 2.004 – Mayo 2.004. Asignación tutor Tesis doctoral Dr. F Cruz y Dra. A Zabalegui.
- Junio 2.004 – Julio 2.004. Modificaciones y autorización del diseño de la tesis doctoral por el comité de Investigación de la UIC. Anexo1. Dr. Felix Cruz-Sánchez.

- Julio 2.004. Modificaciones y autorización del diseño de la tesis doctoral por el comité de Ética de la UIC. Anexo 2. Dr. M. A. Serra (Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud y miembro del comité de investigación y ética de la UIC) y por el Dr. F. Fuertes (miembro del comité de investigación y ética de la UIC).
- Julio 2.004 – Octubre 2.004. Búsqueda de empresas y organizaciones participantes en el estudio. Anexos 3 y 4.
- Noviembre 2.004 – Junio 2.005. Trabajo de campo con recogida de datos.
- Julio 2.005 – Abril 2.006. Análisis estadístico con asesoramiento de Dña. M. Girabent matemática y profesora de la UIC.
- Abril - Junio 2.006. Elaboración de resultados, discusión y conclusiones.
- Julio – Agosto 2.006. Entrega de la tesis a Co-directores.
- 15 Febrero 2.007. Depósito de Tesis.
- 12 Abril 07. Defensa Tesis doctoral.

# Capítulo IV

## RESULTADOS



## 6.1 Análisis Univariante.

### 6.1.1. Descripción del cuidador inmigrante no profesional formal (cuidador inmnoiproff)

El presente estudio analítico observacional caso-control con casos consecutivos, se ha realizado con un total de 55 cuidadores inmnoiproff sobrecargados (grupo caso) y 55 cuidadores inmnoiproff no sobrecargados (grupo control).

El Perfil del cuidador inmnoiproff de personas mayores es el de una mujer (85%) con edad media de 38 años (D.E: 9,83) (Figuras 1 y 2). Mayoritariamente su procedencia es del sur y centro de América (incluyendo Méjico), destacando los países de Perú (27,27%), seguido de Bolivia (20,90%), Ecuador (16,36%) y ya a mucha más distancia Colombia (8,18%). Se observa también la presencia de cuidadoras de Marruecos en solo un 1,81% (Tabla IV y Figura 3).

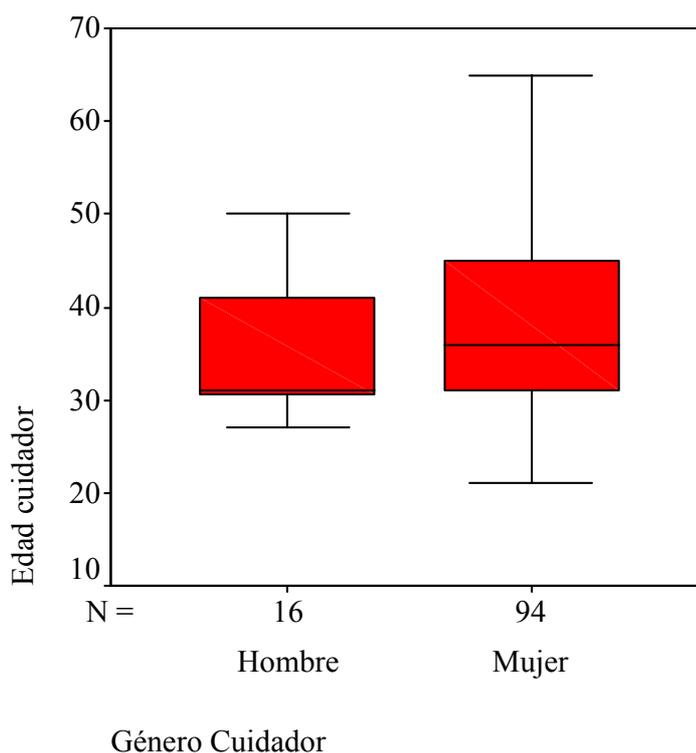


Figura 1. Género del cuidador inmnoiproff y la relación con su edad.

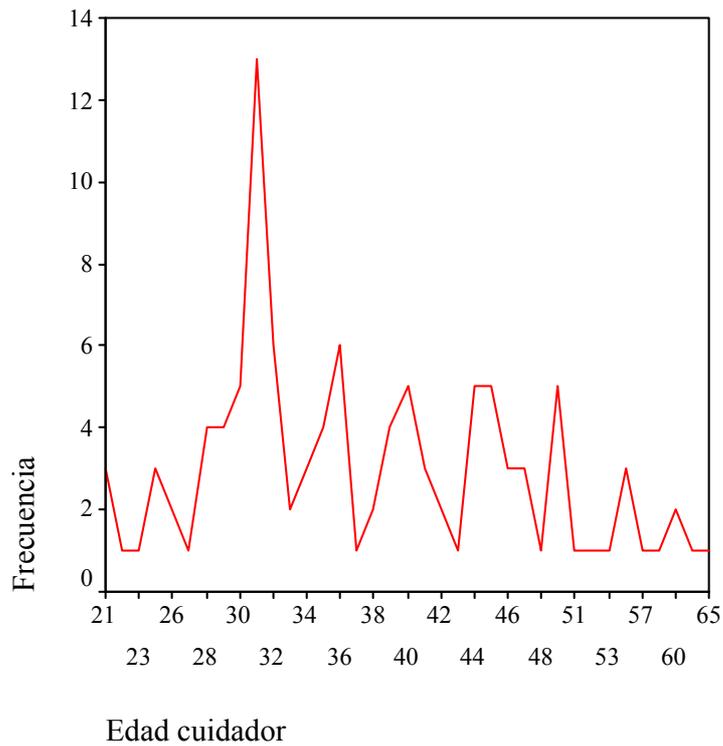


Figura 2. Edad del cuidador inmnoiproff.

Tabla IV. País de procedencia del cuidador inmnoiproff.

País del cuidador		Frecuencia	% válido
América	Perú	30	27,27
	Bolivia	23	20,90
	Ecuador	18	16,36
	Colombia	9	8,18
	Argentina	4	3,63
	Republica Dominicana	4	3,63
	El Salvador	4	3,63
	Uruguay	4	3,63
	Chile	2	1,81
	Méjico	2	1,81
	Honduras	2	1,81
	Brasil	1	0,90
	Venezuela	1	0,90
África	Marruecos	2	1,81
	Camerún	1	0,90
	Gambia	1	0,90
	Guinea	1	0,90
Europa	Rumania	1	0,90
Total		110	100

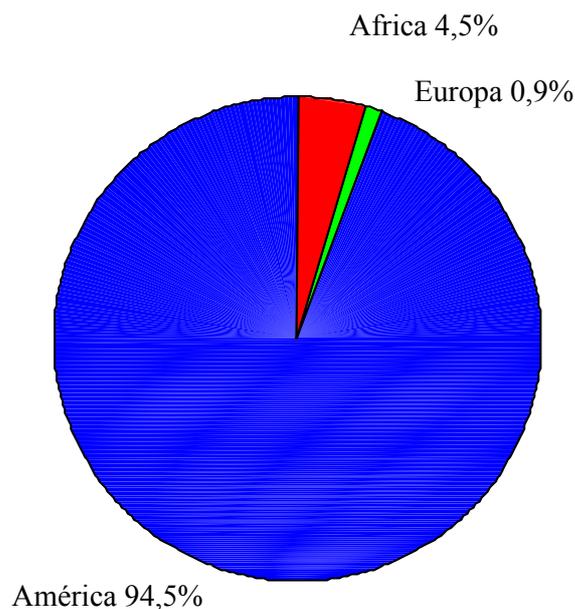


Figura 3. Procedencia del cuidador inmnoiproff

El cuidador inmnoiproff es una persona que está casada (54,55%, n: 60) y tiene hijos en más de la mitad de los casos y en ocasiones (11,82%, n: 13) ha traído a sus padres. Un 10,91% (n: 12) de los cuidadores inmnoiproff han tenido hijos nacidos en Cataluña. Un 39,09% de los cuidadores inmnoiproff vive con su esposo/a, un 31,82% con sus hijos y un 18,18% con algún compatriota (Tabla V). El 76,36% de los cuidadores no tiene compromisos económicos con su país. El 65,45% de los cuidadores inmnoiproff opinan que su nivel económico es bajo, para el 34,55% es normal y ninguno cree tener un nivel alto.

Tabla V. Tipo de convivencia del cuidador inmnoiproff

Variable	Categorías	Frec.	%
Tipo de convivencia.	Solo	13	11,82
	Con su marido/esposa	18	16,36
	Con alguno de sus hijos	9	8,18
	Con todos sus hijos	3	2,73
	Con algún padre/madre	6	5,45
	Con algún compatriota	20	18,18
	Con hermano	7	6,36
	Con su esposo/a e hijos	20	18,18
	Con persona cuidada	7	6,36
	Con esposo/a y padres	4	3,64
	Con sus hijos y padres	2	1,82
	Con esposo/a, hijos, padres	1	0,91
	Suma esposos todas filas	43	39,09
	Suma hijos todas filas	35	31,82
	Suma padres todas filas	13	11,82

El cuidador inmnoiproff presenta como mediana de su nivel de estudios la formación secundaria. Un 25,45% de los cuidadores tienen el nivel de estudios de secundaria, pero hay una gran diversidad en cuanto a esta variable (Tabla VI). El cuidador cree que dispone de estudios adecuados para realizar sus cuidados solo en algo más de la mitad de los casos (55,45%). Hablan el inglés en una quinta parte, el francés en un 10% y el árabe en un 0,91%. El castellano es hablado por la totalidad (cumpliendo con los criterios de selección) y entienden el catalán el 70%. Casi un tercio de los cuidadores inmigrantes opinan que el idioma catalán dificulta entablar amistades y que crea dificultades para cuidar a las personas.

Tabla VI. Nivel de estudios del cuidador inmnoiproff

Variable	Categorías	Frec.	%
Nivel de estudios	Primaria no terminada	9	8,18
	Primaria terminada	11	10,00
	Secundaria (bachillerato, FP) no terminada	23	20,91
	Secundaria	28	25,45
	Universitarios no terminados	19	17,27
	Universitarios terminados	20	18,18

La estancia media del cuidador inmnoiproff en Cataluña es de 46,17 meses (DE: 58,99) presentando una gran variabilidad, la moda es de 2 meses (21 cuidadores) y hay 18 cuidadores con 10 años o más (16% sobre el total). El tiempo que llevan como cuidador también es disperso con una media de 28,47 meses (DE: 39,03), su moda es también de 2 meses y hay 10 personas con 10 años o más como cuidador (9% sobre el total). Observando el máximo de la característica “meses en Cataluña” y “tiempo como cuidador” se ve que son de 252 meses (21 años) y 156 meses (13 años) respectivamente, cabe decir que solo 4 individuos tienen un valor superior a 180 meses de estancia en Cataluña y solo 4 de más de 121 meses como cuidador (Tabla VII y Figuras 4 y 5).

Tabla VII. Estancia y tiempo como cuidador del inmnoiproff.

Percentiles	Meses del cuidador en Cataluña.	Meses como cuidador en Cataluña.
25	2,75	2,00
50	22,00	10,00
75	60,00	39,00

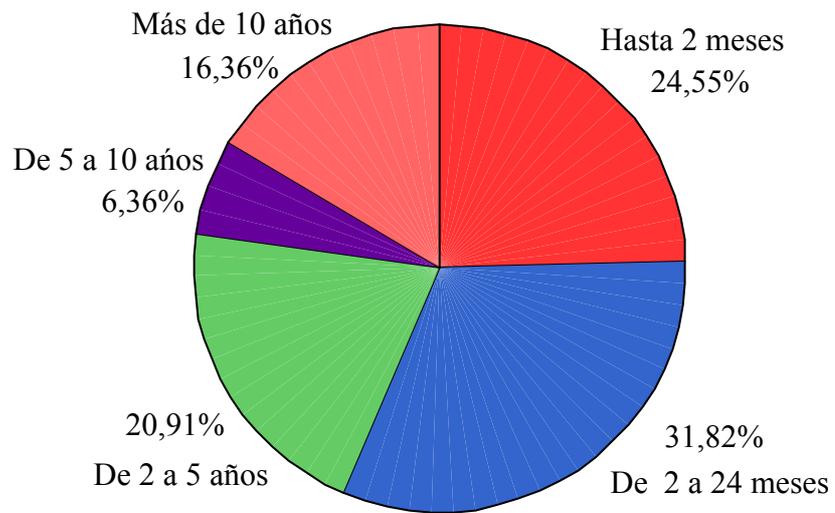


Figura 4. Tiempo en Cataluña del cuidador inmnoiproff (n / %).

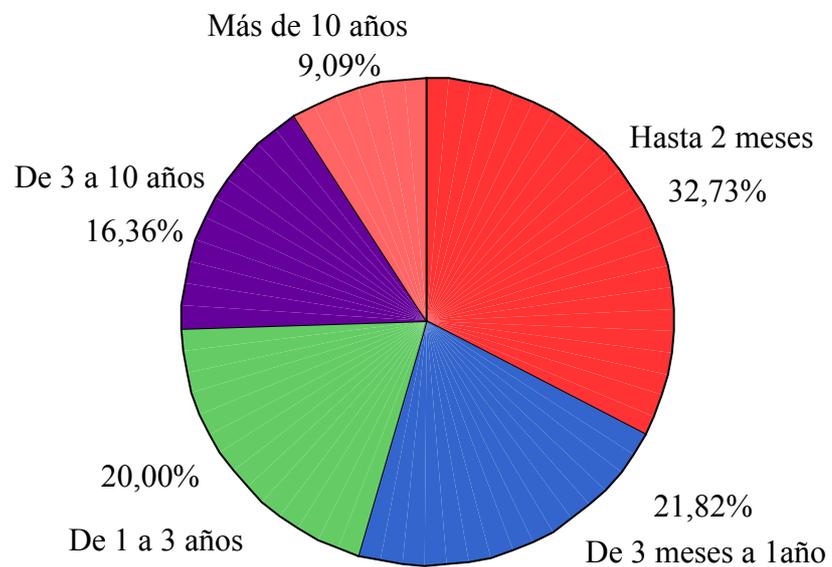


Figura 5. Tiempo como cuidador del cuidador inmnoiproff (n / %).

En cuanto a la jornada que realiza el cuidador diariamente, podemos indicar que oscila entre 4 y 8h para cerca de un tercio de los cuidadores inmnoiproff tanto entre semana como en fines de semana (Tabla VIII).

Tabla VIII. Número de horas/día como cuidador del cuidador inmnoiproff.

Variable	Categorías principales	Frec.	%
Jornada de lunes a viernes	4 a 8 h/día	43	39,09
	9 a 16h/día	19	17,27%
	>16h/día	20	18,18%
Jornada en fin de semana	4 a 8 h/día	34	30,91
	9 a 16h/día	15	13,64%
	>16h/día	20	18,18%

Su tipo de trabajo como cuidador es del 82% de forma autónoma, es decir un 18% proviene de empresas pero el resto obtienen las demandas de empleo por fuentes diversas principalmente a través de centros religiosos, de ayuda social como Cáritas, Jóvenes Cristianas o escuelas sociales del ayuntamiento como Probens (Tabla IX).

Tabla IX. Fuente del cuidador inmnoiproff.

Empresa	Frecuencia	%
A.B.D Associació Benestar i Desenvolupament	5	4,55
Gesex	5	4,54
Atenció Sanitaria	4	3,64
Barnasistems	2	1,82
Multiserveis Catalunya	2	1,82
Sempre (Recomendada por Cáritas)	2	1,82
<b>Total empresas</b>	<b>20</b>	<b>18,19</b>
Organización (Autónomos)		
Probens	24	21,82
Hermanas Azules	21	19,09
ABS Ciutat Vella	9	8,18
Residencia Madre Caterina	9	8,18
Tesorería General seguridad social	9	8,18
Associó Catòlica Internacional de Serveis de Joventut Femenina. Casal de la Jove.	6	5,45
Facilitados desde Enfermería de hospitalización	6	5,45
Mutuam Güell	6	5,45
<b>Total autónomos</b>	<b>90</b>	<b>81,80</b>

El número de personas que han cuidado los cuidadores inmnoiproff presenta una media de 8,55 (DE: 17,67), la moda es de 1 y 2 personas cuidadas (sucede en 27 cuidadores inmnoiproff respectivamente). La gran desviación estándar que existe es debido a la diferencia que hay entre el mínimo (27 cuidadores solo han cuidado a 1 persona) y el máximo (1 solo cuidador ha cuidado a 150 personas), además hay 6 cuidadores que han cuidado a más de 50 personas ya que hay cuidadores que llevan muchos años ejerciendo esta labor. El número de personas que cuidan ahora es de una media es 1,89 (DE: 1,48%) por cuidador aunque la moda es de 1 persona cuidada (sucede en 68 cuidadores inmnoiproff), (Figuras 6 y 7).

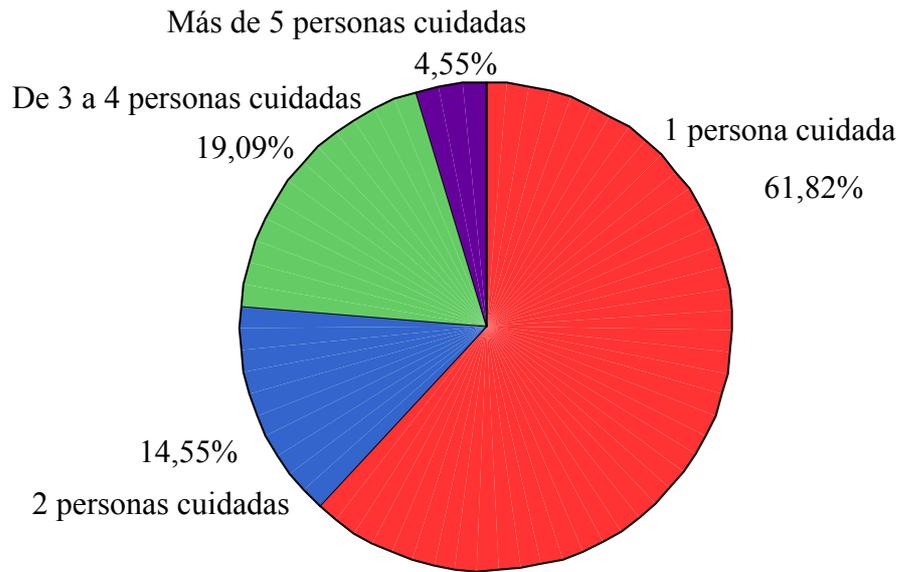


Figura 6. Experiencia actual del cuidador inmnoiproff.

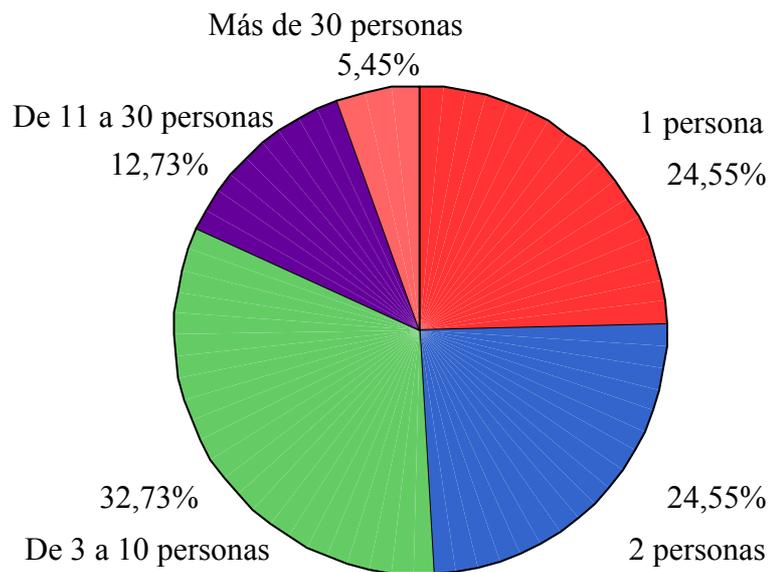


Figura 7. Experiencia previa del cuidador inmnoiproff.

Las actividades que realizan los cuidadores inmnoiproff se pueden agrupar en actividades domésticas, cuidados básicos y cuidados sanitarios. En cuanto a los actividades domésticas señalamos que realizan la compra (65,45%), preparan la comida (68,18%), limpian la casa (79,09%), limpian la ropa (54,55%). Es decir, además de cuidar a la persona mayor realizan actividades domésticas en un alto porcentaje. Se ha observado que los cuidados básicos que realizan son las siguientes: El 67,28% de los cuidadores inmnoiproff dan de comer, el 76,37% ayuda en la eliminación, un 90% colaboran en la movilización, y un 93% de los cuidadores inmnoiproff ayudan a la PC en vestirse y hacerse la higiene. También colaboran en actividades de soporte como fomentar reuniones con amigos (35%), acompañar a salir a pie (85%) o con medios de transporte (74%), en gestionar los asuntos económicos de la PC (16%) y en preocuparse por sus creencias religiosas (26%). Además, realizan actividades de cuidados sanitarios como preparar medicación (80%) y dar medicación (85%). El 45% de los cuidadores inmnoiproff realizan formación a la persona que cuidan, no lo hacen un 19% y no se puede hacer formación por la situación de la persona cuidada en un 16%.

Al preguntarles sobre la dificultad en llevar a cabo el cuidado manifiestan que el 44,55% de los cuidadores inmnoiproff tienen dificultad en realizar alguna tarea, el 13,64% en realizar la actividad de movilizar a la PC y el 9,09% de los cuidadores tienen dificultad en realizar el aseo de la PC. Sin embargo, solo un 30,28% de los cuidadores inmnoiproff reconoce tener falta de conocimientos en temas de salud y saber actuar si la PC presenta una alteración de su estado de salud. También manifiestan falta de conocimientos en historia catalana (5,45%), en costumbres catalanas (7,27%), en costumbres españolas (1,82%), en costumbres catalanas y españolas (9,09%). Al unificar los distintos motivos de falta de conocimientos se observa que los cuidadores inmnoiproff manifiestan tener falta de conocimientos en costumbres e historia catalana y española en más de una tercera parte (39,45%).

Aunque entre los objetivos del estudio no aparece la intención de conocer el porcentaje de cuidadores inmnoiproff que están sobrecargados ya que es un estudio caso-control con igual número de participantes en ambos grupos, si podemos decir que durante el reclutamiento se encontraron antes los cuidadores no sobrecargados que los sobrecargados, de forma que de los 125 cuidadores de donde se han extraído los 110 para nuestro estudio un 56% están no sobrecargados y un 44% están sobrecargados.

El 74,55% de los cuidadores inmnoiproff tienen apoyo social según la escala social de Duke (resultados superiores a 33). Un 70% tienen apoyo afectivo (resultados superiores a 12) y un 78,18% tienen apoyo confidencial (resultados superiores a 21) (Tabla X). El apoyo afectivo se refiere a poder disponer de personas con quien hablar de los problemas y que se preocupan por uno, mientras que el apoyo confidencial se refiere a recibir ayuda en el domicilio o en el trabajo. Como elemento favorecedor del apoyo social se observa, como reflejo de su cultura, que el 78,90% de los cuidadores inmnoiproff son Cristianos (Figura 8). Otro resultado importante en nuestro estudio, ya que ha puesto de manifiesto el apoyo social que recibe el cuidador inmnoiproff, ha sido el trabajo en equipo con la familia para el cuidado de la persona mayor. El mayor porcentaje se produce cuando el 34,55% de los cuidadores inmnoiproff han recibido colaboración en todo o casi todo lo que hace referencia al cuidado de la persona mayor, es decir casi una tercera parte colabora en todo el cuidado. El 15,45% de los cuidadores reciben colaboración en realizar cuidados básicos (asear, alimentar, vestir a la persona mayor), mientras que el 9,09% de los cuidadores reciben colaboración de los familiares en el mantenimiento económico y cuidados sanitarios de la persona cuidada (medicación, curas), es decir, quieren supervisar el aspecto del cuidado sanitario para tenerlo más centrado; sin embargo, el 9,09 % de los cuidadores inmnoiproff sólo reciben colaboración en vigilar y entretener a la persona mayor. Destacamos que un 12,73% de los cuidadores inmnoiproff reciben colaboración solo en el mantenimiento económico, es decir que solo se preocupan de prestar una aportación económica a la persona mayor para su cuidado y finalmente observamos que una de cada cinco familias de personas mayores (19,09%) no colabora con el cuidador inmnoiproff.

Tabla X. Análisis descriptivo del apoyo social del cuidador inmnoiproff.

Variables	$\bar{x}$	Mediana	Moda	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentil		
							25	50	50
Apoyo social	38,86	41	47	9,88	11	55	33	41	46
Apoyo afectivo	14,76	15	20	4,16	4	20	12	15	18,50
Apoyo confidencial	24,10	26	21 y 27	7,09	6	35	21	26	29

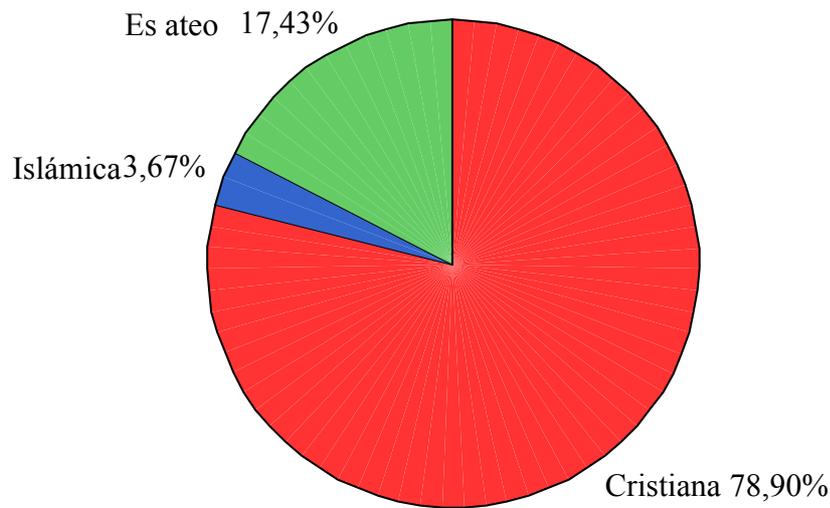


Figura 8. Religión del cuidador inmnoiproff

La opinión de los cuidadores inmnoiproff con respecto a las costumbres catalanas y españolas, o el propio carácter de la persona catalana con respecto a si pueden influir en la facilidad de obtener apoyo social y hacer amigos, y como elemento social facilitador para realizar correctamente los cuidados ha sido evaluado en el perfil del cuidador. Un 30,91% de los cuidadores inmnoiproff opina que el carácter catalán puede afectar a tener amigos. Además, un 32,73% opinan que la falta de conocimiento de las costumbres catalanas y españolas pueden afectar a tener amigos. En este mismo sentido, pero ahora con respecto a si afecta al cuidado de la PC, el 22,93% de los cuidadores inmnoiproff opinan que el carácter catalán puede dificultar la realización de su trabajo de cuidar a personas mayores, el 30,91% de los cuidadores inmnoiproff opinan que el desconocimiento de las costumbres catalanas afecta al cuidado y el 21,82% cuando se trata del desconocimiento de costumbres españolas (Tabla XI).

Tabla XI. Opinión del cuidador inmnoiproff sobre la necesidad del

Catalán y las costumbres catalanas para tener amigos y cuidar.

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
El carácter catalán crea dificultades para tener amigos	No	60	54,55
	Si	34	30,91
	No sabe	16	14,55
La falta de conocimientos de las costumbres catalanas crea dificultades para tener amigos	No	60	54,55
	Si	36	32,73
	No sabe	14	12,73
La falta de conocimientos de las costumbres españolas crea dificultades para tener amigos	No	55	50,00
	Si	36	32,73
	No sabe	19	17,27
El carácter catalán crea dificultades para cuidar	No	53	48,62
	Si	25	22,93
	No sabe	31	28,42
La falta de conocimientos de las costumbres catalanas crea dificultades para cuidar	No	46	41,82
	Si	34	30,91
	No sabe	30	27,27
La falta de conocimientos de las costumbres españolas crea dificultades para cuidar	No	56	50,91
	Si	24	21,82
	No sabe	30	27,27

En cuanto a la calidad de vida del cuidador inmnoiproff medida con la escala WHOQOL-Bref de rango 0 a 100 (Figura 9), se observa que en la percepción de calidad de vida global obtienen una media de 45,90 y que la percepción de la calidad de salud global presenta una media de 55,45. Hay que señalar que el 87,3% de los cuidadores inmnoiproff manifiesta no tener ninguna enfermedad. En cuanto al conjunto de preguntas que agrupan los cuatro dominios de la encuesta de calidad de WHOQOL-Bref observamos que el dominio 1 que indica el grado de salud física obtiene una media de 72,47, el dominio 2 que indica el grado de salud psíquica una media de 67,16, el dominio 3 como relación social obtiene una media de 61,09 y el dominio 4 referente a la calidad de vida medioambiental obtiene una media de 56,98 (Tabla XII).

Tabla XII. Análisis descriptivo de la calidad de vida (WHOQOL-Bref rango: 0 a 100) del cuidador inmnoiproff.

<b>Categorías</b>	$\bar{x}$	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Desv. típ.</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Percentil</b>		
							<b>25</b>	<b>50</b>	<b>50</b>
CV global	45,90	50,00	50,00	21,01	0,00	100,00	25,00	50,00	50,00
CV salud global	55,45	50,00	50,00	28,00	0,00	100,00	50,00	50,00	75,00
CV salud física	72,47	70,83	67	12,44	29,00	96,00	66,67	70,83	79,17
CV salud psíquica	67,16	68,75	62,50	13,61	29,17	95,83	62,50	68,75	79,16
CV salud social	61,09	58,33	50,00	20,14	0,00	100,00	50,00	58,33	75,00
CV salud medioambiental	56,98	56,25	56,25	17,26	15,63	100,00	49,21	56,25	65,62

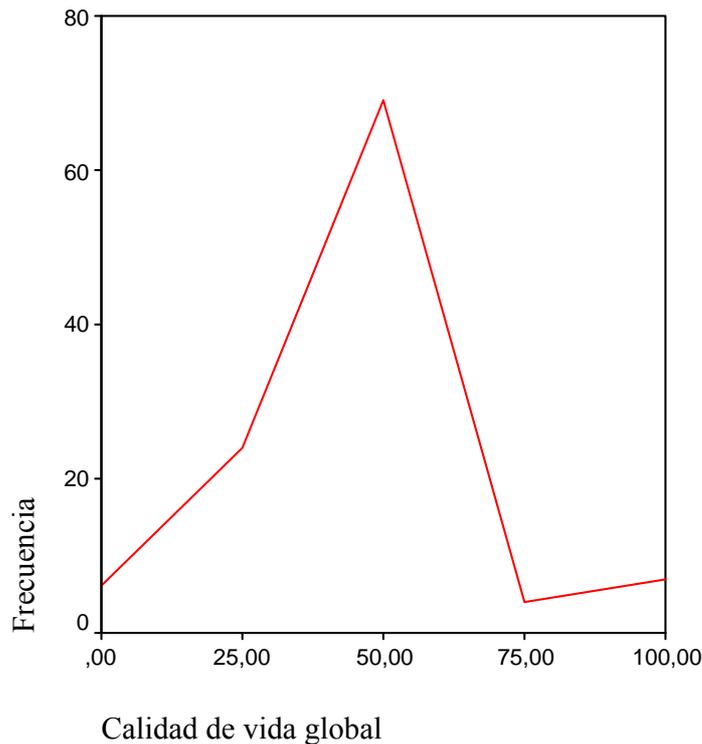


Figura 9. Frecuencia de la calidad de vida global del cuidador inmnoiproff

En cuanto a la integración, hay que señalar que se ha utilizado para valorar el nivel de integración en nuestro estudio la suma de 12 categorías indicadas por expertos, que son las siguientes: tener de tarjeta sanitaria, vivienda estable, trabajar más o igual a 20h/semanales, entender catalán, tener apoyo social, que el apoyo social sea de autóctonos e inmigrantes, mantener relaciones sociales, tener amigos barceloneses, desear que sus hijos tengan amigos catalanes y que se adapten a las costumbres catalanas, así como participar en asociaciones catalanas y desear quedarse en Cataluña. Y para valorar como integración básica las siguientes cinco características: tener tarjeta sanitaria, vivienda estable, trabajar más o igual a 20h/s, entender el catalán y tener apoyo social. En nuestro estudio se observa que el cuidador inmnoiproff de personas mayores responde positivamente en una mediana de 9 categorías con respecto a las 12 categorías que se han utilizado para valorar la integración en Cataluña. En cuanto a las cinco categorías consideradas como integración básica responden positivamente en una mediana de 4 categorías (Tablas XIII a XVI y Figuras 10 y 11).

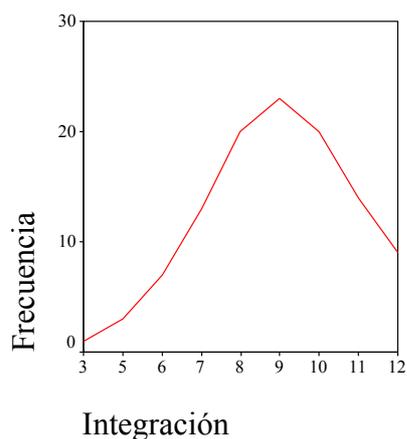


Figura 10. Total de características de integración del cuidador inmnoiproff

Tabla XIII. Estadísticos integración cuidador inmnoiproff

Mediana	9	
Moda	9	
Mínimo	3	
Máximo	12	
Percentiles	25	8
	50	9
	75	12

Tabla XIV. Porcentaje integración cuidador inmnoiproff

Cat.	Frec.	%
3	1	0,91
5	3	2,73
6	7	6,36
7	13	11,82
8	20	18,18
9	23	20,91
10	20	18,18
11	14	12,73
12	9	8,18

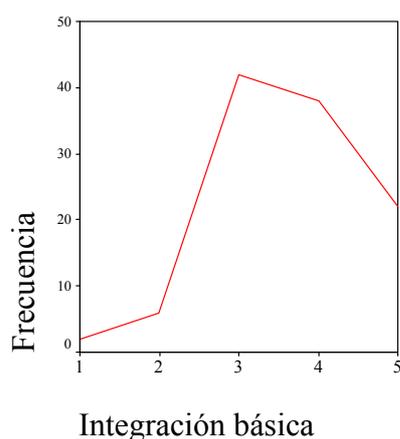


Figura 11. Total de características de integración básica del cuidador inmnoiproff

Tabla XV. Estadísticos integración básica cuidador inmnoiproff

Mediana	4	
Moda	3	
Mínimo	1	
Máximo	5	
Percentiles	25	3
	50	4
	75	4

Tabla XVI. Porcentaje integración básica cuidador inmnoiproff

Categ.	Frec.	%
1	2	1,82
2	6	5,45
3	42	38,18
4	38	34,55
5	22	20,00

Al considerar individualmente distintas variables integradoras, se observa que el cuidador inmnoiproff tiene vivienda estable en un 60,91% (n: 67) y dispone de tarjeta sanitaria en casi su totalidad (93,64%, n: 103). En cuanto al trabajo del cuidador inmnoiproff, indicar que solo la mitad hacen algún otro trabajo (44,55%) y más de  $\frac{3}{4}$  partes de los cuidadores trabajan más de 20h/semanales (Figura 12). Entre los que trabajan en otras labores, el 75% tienen una jornada en otro trabajo con una media de 15,8h/semanales (DE: 9,5).

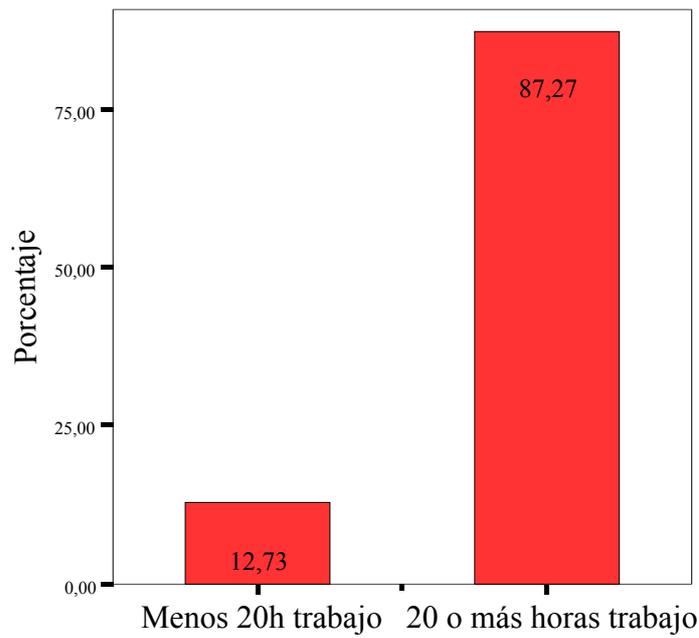


Figura 12. Porcentaje de horas/semana de trabajo.

El nivel del catalán del cuidador inmnoptoff, como variable a considerar en su integración, presenta un amplio abanico de posibilidades. Resaltamos que no entienden nada el catalán casi una tercera parte de los participantes del estudio (Figura 13).

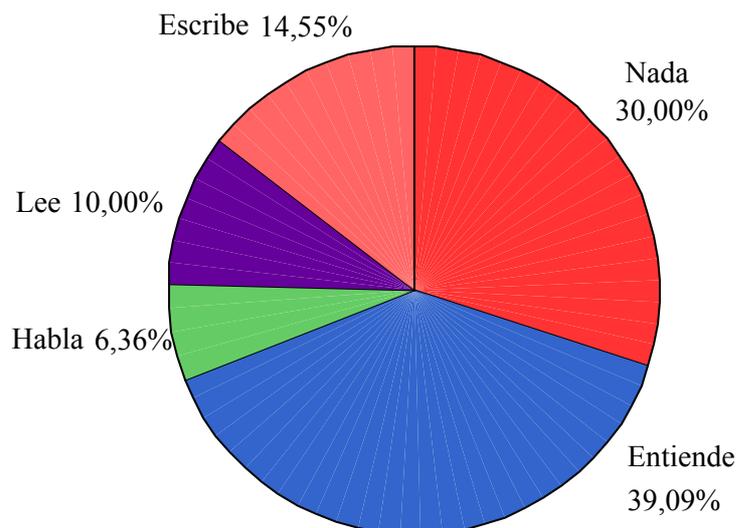


Figura 13. Porcentaje de nivel de catalán

En cuanto a la existencia de amistad con catalanes, el 75,45% de cuidadores (n: 83) inmnoiproff manifiestan tener amigos catalanes y al 92,66% (n: 101) les gustaría que sus hijos tuvieran amigos catalanes. Al referirnos a las costumbres catalanas, observamos que el 40,91% (n: 45) de los cuidadores inmnoiproff desean que sus hijos se adapten a las costumbres catalanas, un 47,27% (n: 52) opinan que depende de sus hijos y un 11,82% (n: 13) no quieren. El 27,27% (n: 30) de los cuidadores inmnoiproff desean que su hijo esté en asociaciones catalanas antes que en las de su país, un 31,82% (n: 35) no lo desea y un 40,90% (n: 45) no lo sabe. Por otra parte, desean quedarse en Cataluña indefinidamente un 40,91% (n: 45) (Tabla XVII) y no han tenido problemas de discriminación racial el 74,5% (n: 82), (Figura 14).

Tabla XVII. Tiempo que espera estar en Cataluña el cuidador inmnoiproff

Característica	Frec.	%
No sabe/no contesta	28	25,45
1 año	1	0,91
2 años	8	7,27
3 años	13	11,82
5 años	9	8,18
6 a 10 años	6	5,45
Indefinidamente	45	40,91



Figura 14. Discriminación racial cuidador inmnoiproff

### 6.1.2. Descripción de la persona cuidada

El perfil de la persona cuidada (PC) es el de una mujer (63,64%) de edad media de 80,61 años, (DE: 8,74) casada o viuda y que vive con sus hijos, esposo o sola (Figuras 15 a 17 y Tabla XVIII). Es una persona que lleva una media de 60,16 años viviendo en Cataluña (DE: 21,83), la mitad de la muestra es catalano parlante y solo el 6,36% dice no entender nada el catalán (Figura 18). Su nivel de estudios es bajo ya que tiene de media la formación primaria terminada (Tabla XVIII).

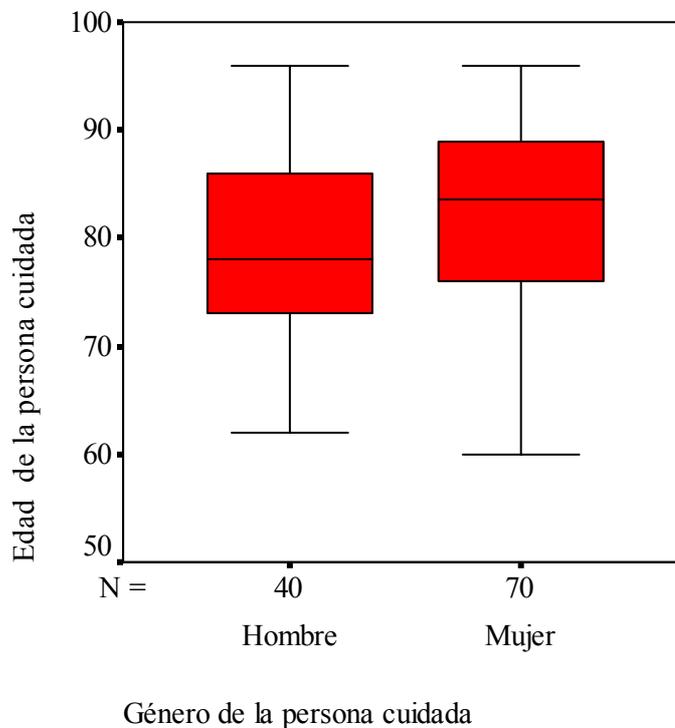


Figura 15. Género de la PC y relación con su edad.

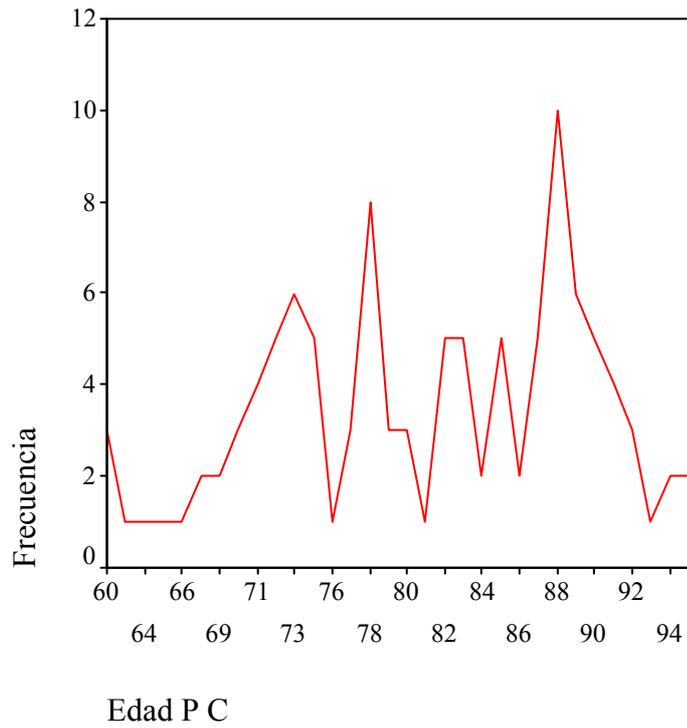


Figura 16. Frecuencia de edad de la PC.

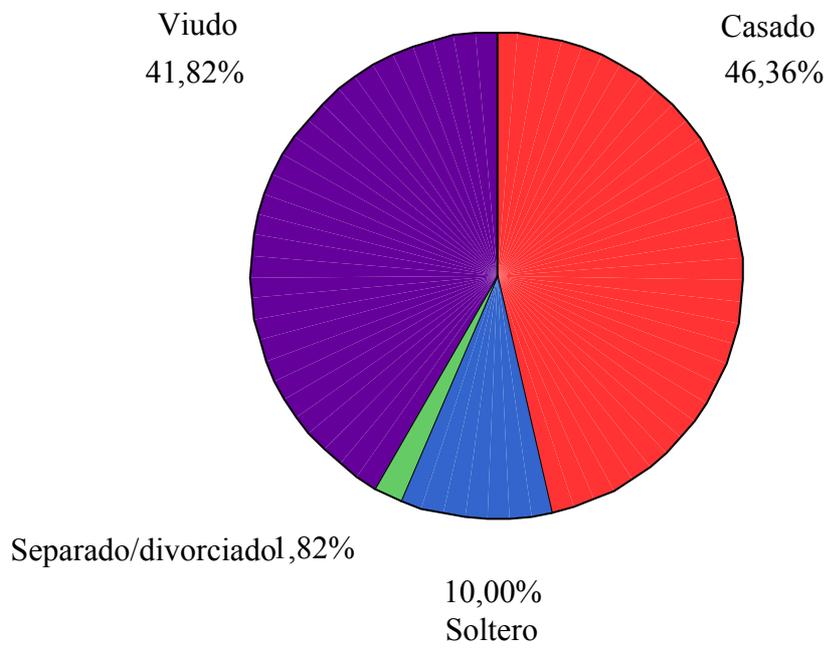


Figura 17. Estado civil de la PC.

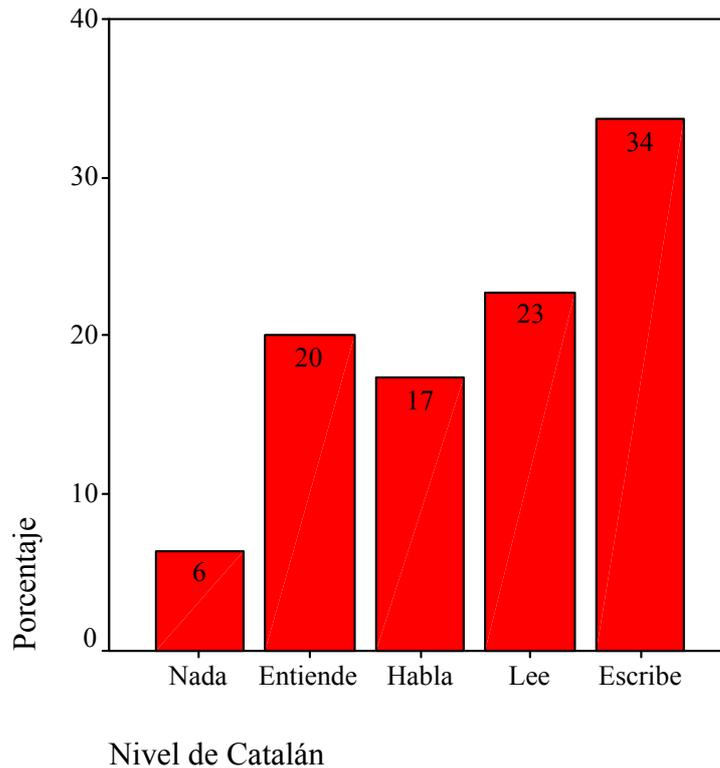


Figura 18. Nivel catalán de la PC.

Tabla XVIII. Tipo de convivencia, estudios y empleo del catalán de la PC.

Variable	Categoría más frecuente	Frec.	%
Tipo de convivencia	Con sus hijos	36	32,72
	Con su esposo/a	32	29,09
	Solo	38	34,54
Nivel de estudios	Sin escolarización	13	11,93
	Primaria	23	33,94
	Secundaria	10	9,17
	Universitarios	6	5,50
Catalano parlante	Si	61	55,50
	No	49	44,50

Cuando la persona disponía de un nivel cognitivo superior a 24 según escala Mini-Mental de Lobo (2.002) se ha tenido en cuenta las únicas preguntas que forzosamente ella misma debía contestar (debido a que eran respuestas totalmente personales que ni cuidador ni familiares podían responder por él), nos referimos a su religión, nivel de ingresos y opinión sobre la necesidad de que el cuidador inmoproff conozca el catalán y las costumbres catalanas y españolas como condicionantes para un buen cuidado. Del total de la muestra (110 cuestionarios) solo se han podido tener en cuenta a 34 personas con el nivel cognitivo

suficiente, las cuales han manifestado que son Cristinas y que en su opinión tienen un nivel económico medio (Tabla XIX).

Tabla XIX. Frecuencia y porcentaje de las respuestas personales de la PC.

	<b>Categoría Principal</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
Religión*	Cristiana	32	96,97
Nivel Ingresos*	Medio	13	44,83
Opinión de la PC sobre posibles dificultades que puede tener el cuidador inmnoptoff para su cuidado*	Desconocer costumbres españolas NO dificulta el cuidado	15	20,59
	Desconocer costumbres españolas SI dificulta el cuidado	7	44,12
	Desconocer costumbres españolas NO sabe si dificulta el cuidado	12	35,29
	Desconocer costumbres catalanas NO dificulta el cuidado	19	23,53
	Desconocer costumbres catalanas SI dificulta el cuidado	8	55,88
	Desconocer costumbres catalanas NO sabe si dificulta el cuidado	7	20,59

\* Datos solo en los casos de personas cuidadas con nivel cognitivo adecuado para dar el consentimiento informado (34 personas sobre 110).

La persona mayor cuidada ha manifestado que presenta un amplio abanico de enfermedades, aunque su principal enfermedad es la demencia (22,73%) (Figura 19). Sin embargo, casi el 70% de las personas mayores tienen el nivel cognitivo inferior al punto de corte (24 o 28 si menor de 65 años) según la mini escala de Lobo ( $\bar{x}$  : 22,01, DE: 8,42) (Figura 20).

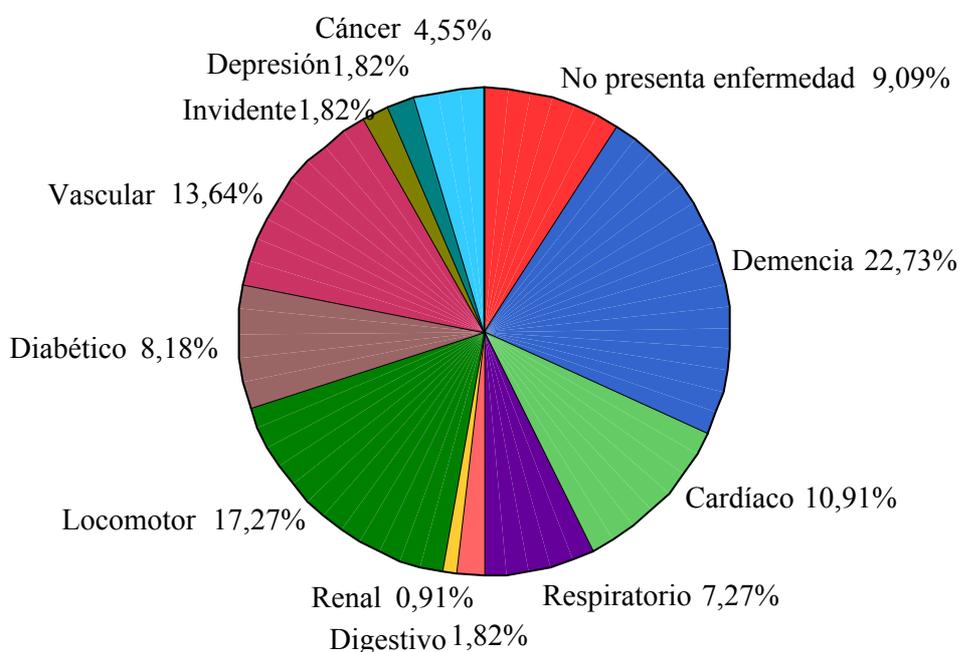


Figura 19. Enfermedades de la PC.

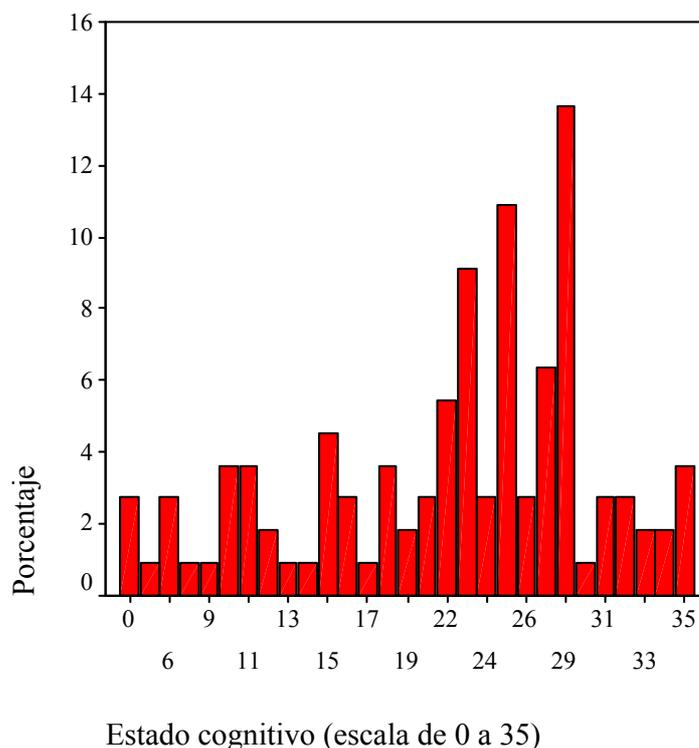


Figura 20. Nivel cognitivo de la PC.

Según indican los valores obtenidos con las escalas de la Cruz Roja de estado físico y mental (con niveles de no alterado, leve, moderado o grave)- comprobamos que solo el 7,27% tiene capacidad física alterada levemente o no alterada. Teniendo en cuenta los valores obtenidos de las escalas entre 0 a 5, se observa que la mediana es el nivel de “Grave dificultad en la AVD –Actividades de la Vida Diaria- y deambulación con ayuda” en un 27,27% de los casos. En cuanto a su capacidad mental se observa que en un 51,82% no está alterada o lo está ligeramente, siendo su mediana el nivel de “Ligera desorientación manteniendo conversación correcta” en el 43,64% de los casos (Figuras 21 y 22 y Tablas XX a XXII). En cualquier caso, las familias colaboran en un 91% de los casos con el cuidador inmno proff.

Tabla XX. Niveles de capacidad física y mental de la PC según escala de Cruz Roja.

<b>Niveles de la escala de salud física</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
Capacidad física no alterada o levemente	8	7,27
Incapacidad física moderada	55	50,00
Incapacidad física grave	47	42,73
<b>Niveles de la escala de salud mental</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>
Capacidad mental no alterada o levemente	57	51,82
Incapacidad mental moderada	38	34,55
Incapacidad mental grave	15	13,64

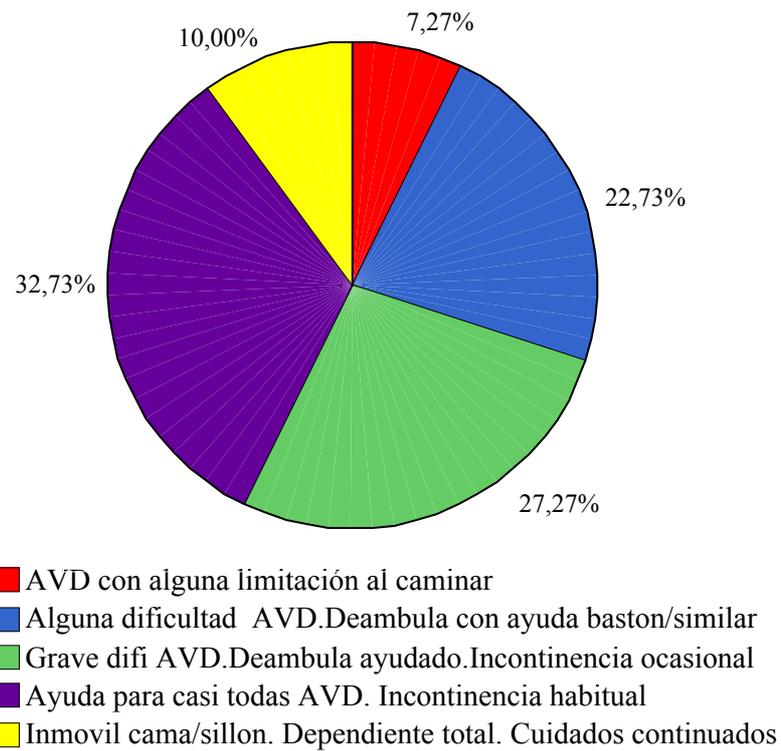
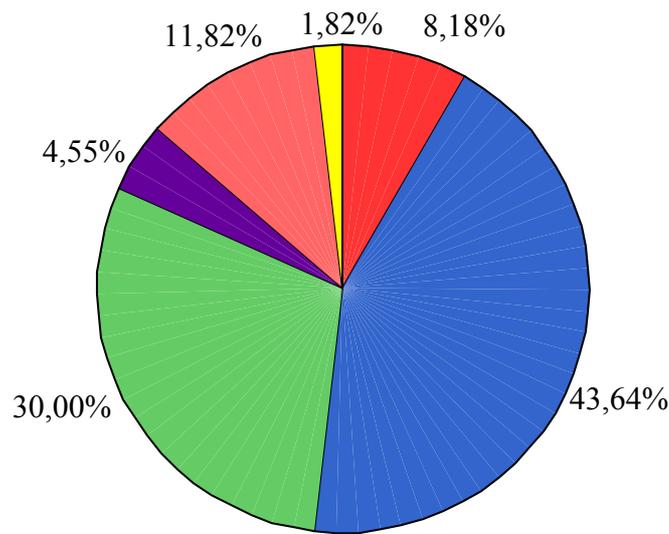


Figura 21. Porcentaje niveles estado físico de la PC.

Tabla XXI. Estadísticos estado físico de la PC.

Mediana	Grave dificultad AVD	
Moda	Ayuda para casi todo	
Mínimo	Se vale por si mismo	
Máximo	Inmóvil cama/sillón	
Percentiles	25	Dificultad AVD
	50	Grave dificultad AVD
	75	Ayuda para casi todo



- Totalmente normal.
- Ligera desorientación en tiempo, conversación correcta.
- Desorientación temporal, olvido e incontinencia ocasional.
- Desorientación, conversación ilógica, confunde persona.
- Desorientación, alteraciones mentales, incontinencia habitual
- Vida vegetativa c/s agresividad, incontinencia total.

Figura 22. Porcentaje niveles estado mental de la PC.

Tabla XXII. Estadísticos estado mental de la PC.

Mediana	Ligera desorientación	
Moda	Ligera desorientación	
Mínimo	Totalmente normal	
Máximo	Vida vegetativa	
Percentiles	25	Ligera desorientación
	50	Ligera desorientación
	75	Desorientación temporal

6.2. Resultados de la relación entre la sobrecarga del cuidador inmnooproff como variable dependiente y las variables independientes.



### **6.2.1. Resumen de resultados de las relaciones entre la sobrecarga de los cuidadores inmno proff y las distintas variables independientes.**

1- El apoyo social ha presentado relación con la sobrecarga (Chi-cuadrado p: 0,002), observándose que los cuidadores inmno proff que no tienen apoyo presentan una odds ratio 4,3 frente a los que si tienen apoyo. Se observa una relación del apoyo social con la sobrecarga (t-student p: 0,001) de forma que cuando no está sobrecargado aumenta un 17% el nivel de apoyo social. También se ha comprobado que un aumento del 19% del nivel de sobrecarga está relacionado con la no existencia de apoyo social (t-student p: 0,001). Así mismo, el coeficiente de correlación de Spearman muestra una relación moderada entre la sobrecarga y el apoyo social (r: -0,30, p: 0,001), de forma que a niveles bajos de apoyo social se observan niveles altos de sobrecarga. Además, la regresión logística ha reflejado significación entre la sobrecarga del cuidador inmno proff y el apoyo social ( $\beta$ : -0,18; p: 0,04), reforzando el resto de resultados que indican que niveles altos de apoyo social se relacionan con niveles bajos de sobrecarga.

Al analizar los dominios del apoyo social se comprueba que el apoyo afectivo ha presentado relación con la sobrecarga (Chi-cuadrado p: 0,002), observándose que los cuidadores inmno proff que no tienen apoyo afectivo presentan casi cuatro veces (odds ratio 3,95) más sobrecarga frente a los cuidadores que si tienen apoyo afectivo. Y cuando nos referimos al apoyo confidencial vemos que ha presentado relación con la sobrecarga (Chi-cuadrado p: 0,001), observándose que los cuidadores inmno proff que no tienen apoyo confidencial presentan una casi seis veces (odds ratio 5,57) más sobrecarga frente a los que si tienen este tipo apoyo.

Dentro del apoyo social se destaca la variable de la colaboración familiar con el cuidador inmno proff para la atención de la persona cuidada. El nivel tipo de colaboración de la familia con el cuidador inmno proff ha presentado relación con la sobrecarga (Chi-cuadrado p: 0,008), observándose que los cuidadores inmno proff que reciben colaboración de la familia sólo económicamente presentan 22 veces más sobrecarga (odds ratio 22) frente a aquellos cuidadores que reciben colaboración de un familiar en alimentarlo, reconocer sus cambios de salud y en el mantenimiento económico de la persona cuidada. También se ha observado un aumento del 19% del nivel de sobrecarga que está relacionado con la colaboración del familiar en saber actuar cuando la PC presenta problemas de salud (t-student p: 0,001). Además, la regresión logística ha reflejado significación entre la sobrecarga del cuidador

inmnoy y cuando el cuidador recibe colaboración de un familiar en “todo o casi todo” ( $\beta$ : -3,86;  $p$ : 0,02) y en “mantener económicamente y en prestar cuidados sanitarios” ( $\beta$ : -5,75  $p$ : 0,01). Y también en la regresión lineal se ha observado significación entre la sobrecarga del cuidador inmnoy y cuando el cuidador recibe colaboración de un familiar en “todo o casi todo” ( $\beta$ : -7,21;  $p$ : 0,05). Por tanto, teniendo en cuenta ambos tipos de regresión se observa que cuando existen estos tipos de colaboraciones entre el familiar y el cuidador inmnoy se observan niveles más bajos de sobrecarga en el cuidador inmnoy.

2- Con respecto a la calidad de vida se observa que el coeficiente de correlación de Spearman muestra una relación moderada entre la sobrecarga y la percepción global de la calidad de vida ( $r$ : -0,19,  $p$ : 0,04), de forma que a niveles bajos de percepción global de la calidad de vida se observan niveles altos de sobrecarga.

El nivel de sobrecarga también presenta relación con la percepción de la calidad de vida de salud global (ANOVA  $p$ : 0,03), observándose un aumento del 28 % del nivel de sobrecarga cuando el cuidador está insatisfecho con la calidad de vida referente a su salud frente a cuando está muy satisfecho de ella.

Al estudiar los dominios de la escala de WHOQOL-Bref se observa una relación de la calidad de vida psíquica con la sobrecarga (t-student  $p$ : 0,001) de forma que cuando no está sobrecargado aumenta un 13% el nivel de calidad de vida psíquico. Así mismo, se comprueba una relación de la calidad de vida social (referido a relaciones personales y amistad) con la sobrecarga (U de Mann-Whitney  $p$  < 0,001) de forma que cuando no está sobrecargado aumenta un 25% el nivel de calidad de vida social. Esta significación se refuerza con el resultado del coeficiente de correlación de Spearman que muestra una relación entre la sobrecarga y la calidad de vida social ( $r$ : -0,37,  $p$  < 0,001), de forma que a niveles bajos de la calidad de vida social se observan niveles altos de sobrecarga. Y también con los resultados de la regresión lineal ya que ha reflejado significación entre la sobrecarga del cuidador inmnoy y la relación social ( $\beta$ : -0,17;  $p$ : 0,03). Finalmente, también hay una relación de la calidad de vida medioambiental (referido a vivienda, seguridad, ocio y nivel de ingresos) con la sobrecarga (t-student  $p$  < 0,001) de forma que cuando no está sobrecargado aumenta un 24% el nivel de calidad de vida medioambiental, este dato está complementado con el resultado del coeficiente de correlación de Spearman que muestra una relación entre la sobrecarga y la calidad de vida medioambiental ( $r$ : -0,34,  $p$  < 0,001), de forma que a niveles bajos de la calidad de vida medioambiental se observan niveles altos de sobrecarga. Además,

la regresión logística ha reflejado significación entre la sobrecarga del cuidador inmnoiproff y la calidad de vida medioambiental ( $\beta$ : -0,12; p: 0,003) y también indican igualmente que a niveles altos de calidad medioambiental se observan niveles altos de sobrecarga.

3- El coeficiente de correlación de Spearman muestra una relación moderada entre la sobrecarga y la integración (r: -0,20, p: 0,03), de forma que a niveles bajos de integración se observan niveles altos de sobrecarga. Entre las distintas variables seleccionadas como representativas de la integración en Cataluña del cuidador inmnoiproff destacamos las horas de trabajo que realiza, el nivel de catalán, el deseo de un tiempo de permanencia en Cataluña y la falta de conocimientos de costumbres catalanas y españolas.

El número de horas/día que trabaja el cuidador inmnoiproff entre semana y en fin de semana han presentado relación con la sobrecarga (Chi-cuadrado p: 0,006 y p: 0,001 respectivamente), observándose que los cuidadores inmnoiproff que trabajan más de 16h/día en fin de semana presentan una más de 30 veces sobrecarga (odds ratio 31,16) frente a aquellos cuidadores que trabajan menos de 1h/día en fin de semana. También se observa relación entre el número de horas/semana que trabaja con la sobrecarga (t-student p: 0,03) de forma que cuando está sobrecargado aumenta un 29% el número de horas/semana que trabaja. Así mismo, el nivel de sobrecarga presenta relación con la cantidad de horas/día trabajadas entre semana (ANOVA p: 0,004), observándose un aumento del 25 % del nivel de sobrecarga cuando se trabaja más de 16h/día entre semana frente a cuando se trabaja de 4 a 8h/día. Resultado casi igual que cuando el nivel de sobrecarga presenta relación con la cantidad de horas/día trabajadas en fin de semana (ANOVA p: 0,01), observándose un aumento del 24 % del nivel de sobrecarga cuando se trabaja más de 16h/día entre semana frente a cuando se trabaja de 4 a 8h/día. Además, la regresión logística ha reflejado significación entre la sobrecarga del cuidador inmnoiproff y trabajar en fin de semana más de 16h/día ( $\beta$ : 7,92; p: 0,02). Por lo tanto, a mayor número de horas trabajadas más sobrecarga, sobretodo si se trabaja durante el fin de semana.

El nivel de catalán ha presentado relación con la sobrecarga (Chi-cuadrado p: 0,005), observándose que los cuidadores inmnoiproff cuyo nivel de catalán es de entenderlo presentan una odds ratio 8,08 frente a aquellos cuidadores cuyo nivel de catalán es de escribir el catalán. Es decir, cuando el cuidador inmnoiproff ha conseguido un nivel de catalán que incluso puede escribirlo está ocho veces menos sobrecargado que si solo entiende el catalán.

El nivel de sobrecarga presenta relación con el tiempo que desea quedarse en Cataluña el cuidador inmnoiproff (ANOVA p: 0,03), observándose un aumento del 31 % del nivel de sobrecarga cuando desea quedarse 3 años frente a cuando desea quedarse indefinidamente. Además, la regresión logística ha reflejado significación entre la sobrecarga del cuidador inmnoiproff y cuando espera quedarse en Cataluña entre 4 y 10 años ( $\beta$ : -6,82; p: 0,03) de forma que aquellos cuidadores inmnoiproff que quieren quedarse en Cataluña entre 4 y 10 años presentan casi siete puntos menos de sobrecarga que aquellos que esperan quedarse entre 1 a 3 años.

La falta de conocimientos en costumbres catalanas y españolas ha presentado relación con la sobrecarga (Chi-cuadrado p: 0,02), observándose que los cuidadores inmnoiproff que tienen falta de conocimientos en costumbres catalanas y españolas presentan ocho veces más sobrecarga (odds ratio 8) frente a aquellos cuidadores que dicen no tener esta falta de conocimientos.

4- El nivel de salud físico de la persona cuidada (PC) ha presentado relación con la sobrecarga (Chi-cuadrado p: 0,008), observándose que cuando el cuidador inmnoiproff cuida a una PC cuyo nivel de salud es dependiente total presentan 27 veces más sobrecarga (odds ratio 27) frente a aquellos cuidadores que cuidan a una persona mayor cuyo nivel de salud es poder realizar las AVD y deambular con alguna dificultad. También la regresión lineal ha reflejado significación entre la sobrecarga del cuidador inmnoiproff y el nivel de dependencia física de la PC con “grave alteración de las AVD” (que deambulan ayudados y presentan incontinencia ocasional) ( $\beta$ : 9,53; p: 0,03) y a las PC que “precisan ayuda para casi todas las AVD” (e incontinencia habitual) ( $\beta$ : 9,93; p: 0,02). Por lo tanto, cuando la PC atendida por el cuidador inmnoiproff presenta los niveles de dependencia acabados de citar se produce un aumento respectivo de 9,53 y de 9,93 puntos en la escala de sobrecarga de Zarit.

5- Al estudiar los resultados referentes a los cuidados que presta el cuidador inmnoiproff, se destaca la movilización a la persona cuidada. El grado de participación del cuidador en la movilización de la PC ha presentado relación con la sobrecarga (Chi-cuadrado p: 0,04), observándose que los cuidadores inmnoiproff que movilizan parcialmente a la PC presentan seis veces más sobrecarga (odds ratio 6) frente a aquellos cuidadores que movilizan casi totalmente a la PC. Además, la regresión logística ha reflejado significación entre la sobrecarga del cuidador inmnoiproff y cuando el cuidador inmnoiproff ayuda a la movilización casi totalmente ( $\beta$ : -4,29 p: 0,02). También, la regresión lineal ha reflejado significación

entre la sobrecarga del cuidador inmnoiproff y la cuando el cuidador ayuda a la movilización totalmente a la PC ( $\beta$ : -11,66 p: 0,01). Por lo tanto, el cuidador tiene más sobrecarga cuando la persona cuidada debe ser ayudada parcialmente en su movilidad que cuando le debe ayudar totalmente.

6- Finalmente, se destaca la falta conocimientos que tiene el cuidador inmnoiproff. La falta de conocimientos para el cuidado ha presentado relación con la sobrecarga (Chi-cuadrado p: 0,005), observándose que los cuidadores inmnoiproff que tienen falta de conocimientos para el cuidado básico (referidos a cuidados como alimentar y vestir a la persona mayor) presentan casi seis veces más sobrecarga (odds ratio 5,98) frente a aquellos cuidadores que tienen falta de conocimientos para el cuidado sanitario (referidos a preparar y dar medicación, reconocer situaciones de desequilibrio de salud de la persona mayor y saber actuar frente a ellas).

### **6.2.2. Análisis bivariante entre la sobrecarga y las variables independientes.**

El análisis bivariante del presente estudio contiene un total de 18 variables independientes de la persona cuidada y 38 del cuidador inmno-prof que se han relacionado con la sobrecarga (variable dependiente). Entre las variables independientes destacan el apoyo social, la calidad de vida y la integración. En cuanto a la calidad de vida, además de presentar los resultados obtenidos sobre la calidad de vida global, salud global y los cuatro dominios de la calidad de vida (salud física, psíquica, calidad social y medioambiental), también se presentan los resultados del análisis estadístico al considerar individualmente algunas de las preguntas de la escala de calidad de vida WHOQOL-Bref, como son las referentes a las relaciones personales, relaciones con sus amigos, sensación de disfrutar de la vida, sentimientos negativos, sentido de la vida, ocio, sueño, salubridad y condiciones del lugar donde viven de los cuidadores inmno-prof. Aunque los resultados obtenidos desde estas preguntas individuales no se puedan considerar concluyentes para la inferencia de resultados (y si el resto de resultados provenientes de la explotación convencional de la escala de la calidad de vida), si que es cierto que nos pueden orientar, en nuestro estudio en particular, en cuanto a la relación de cada uno de ellos frente a la sobrecarga, ya que otros autores también lo han realizado tal como la literatura nos indica Renom, J. (1.992) y Gómez, J. (1.997). Para identificar estos resultados estarán señalados con un asterisco (\*).

A continuación se presentan los resultados de la sobrecarga, considerada como variable cualitativa dicotómica y como variable cuantitativa (escala de Zarit), frente a las diversas variables independientes que han sido agrupadas en variables independientes cualitativas dicotómicas, politómicas y ordinales, así como en variables independientes cuantitativas normales, no normales y discretas. Por este motivo, previo a cualquier resultado, se ha realizado la prueba de Kolmogorov-Smirnov para valorar la distribución de los datos.

En cada capítulo de resultados se indica la herramienta estadística empleada para el cálculo de la significación y su fuerza estadística. El apartado identifica las variables independientes tratadas. Al inicio de cada capítulo se realiza un breve comentario de los datos más destacados, sin embargo puede ampliarse la información estadística, en los Cuadros, Tablas y Figuras estadísticas que acompañan extensamente cada apartado de resultados. Es importante señalar que solo se muestran las variables que han presentado significación estadística, por tanto el resto de variables no son significativas.

### 6.2.2.1. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cualitativa dicotómica.

#### 6.2.2.1.1. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cualitativa dicotómica frente a los factores cualitativos dicotómicos, politómicos y ordinales.

Las relaciones en este apartado han sido agrupadas respecto al cuidador inmnoiproff y a la persona cuidada. En cuanto al cuidador inmnoiproff y sus datos sociodemográficos se detecta que las personas que provienen de Bolivia presentan niveles de sobrecarga mayor, aunque no se observa relación estadística con la variable “País de procedencia” (que contiene a todos los países). Aquellos cuidadores que viven solos son los que menos sobrecargados están y los más sobrecargados son aquellos que conviven con otros compatriotas y los que conviven con la persona cuidada. El menor nivel de ingresos se relaciona con mayor sobrecarga. Al observar el nivel de estudios, se comprueba que aunque si hay significación estadística, no se puede decir que hay una relación con el aumento de los estudios y la sobrecarga ya que los menos sobrecargados son los cuidadores universitarios, mientras que los más sobrecargados son los que no han llegado a terminar sus estudios universitarios. Seguidamente se muestra un resumen (Cuadro 1) de los resultados considerando la sobrecarga como variable cualitativa dicotómica frente a factores sociodemográficos cualitativos dicotómicos, politómicos y ordinales del cuidador inmnoiproff, observándose significación y fuerza estadística calculada con Chi-cuadrado y odds ratio respectivamente.

Cuadro 1. Sobrecarga cualitativa dicotómica frente a factores sociodemográficos.

<b>País de procedencia</b> (p valor: 0,007)						
Si su país es	Bolivia (n:23)	están	4,86	veces más sobrecargados que	los que su país	es cualquier otro (n:87)
<b>Nivel de ingresos del cuidador inmnoiproff</b> (p valor: 0,01)						
Si tienen nivel de ingresos	bajo (n:38)	están	2,69	veces más sobrecargados que	si tienen nivel de ingresos	normal (n:72)
<b>Convivencia del cuidador inmnoiproff</b> (p valor: 0,05)						
Si conviven con	esposos (n:43)	están	1,33	veces más sobrecargados que	si conviven	solos(n:13)
Si conviven con	hijos (n:35)	están	2,67	veces más sobrecargados que	si conviven	solos(n:13)
Si conviven con	paisanos (n:20)	están	5,25	veces más sobrecargados que	si conviven	solos(n:13)
Si conviven con	la PC o hermanos (n:14)	están	5,62	veces más sobrecargados que	si conviven	solos(n:13)
Si conviven con	la PC (n:23)	están	10,87	veces más sobrecargados que	si no conviven con	la PC(n:13)
<b>Nivel estudios del cuidador inmnoiproff</b> (p valor: 0,001)						
Si tienen nivel de estudios	universitario no acabado (n:19)	están	11,20	veces más sobrecargados que	si tienen un nivel de estudios de	universitario (n:20)
Si tienen nivel de estudios	secundarios (n:28)	están	7,20	veces más sobrecargados que	si tienen un nivel de estudios de	universitario (n:20)
Si tienen nivel de estudios	secundarios no acabado (n:23)	están	2,57	veces más sobrecargados que	si tienen un nivel de estudios de	universitario (n:20)
Si tienen nivel de estudios	primarios terminados(n:11)	están	10,66	veces más sobrecargados que	si tienen un nivel de estudios de	universitario (n:20)

Al analizar la opinión que tiene el cuidador inmoproff con respecto a la relación que existe entre el carácter (la forma de ser) del catalán, el conocimiento del catalán y de las costumbres catalanas y españolas sobre tener amigos y en realizar el cuidado de las personas, se han encontrado relaciones estadísticamente significativas en cuanto a que conocer las costumbres catalanas influye en el cuidado y lo mismo ocurre con las costumbres españolas. Los menos sobrecargados son los que opinan que el desconocimiento de las costumbres catalanas y españolas es una dificultad para cuidar. También ha sido significativa la relación entre el carácter catalán de forma que los menos sobrecargados son los que opinan que el carácter catalán no afecta en tener amigos. En cuanto a la opinión del cuidador sobre si le representa inquietud la situación de la persona a quien cuida, se observa que aquellos que están inquietos por este tema están más sobrecargados. Seguidamente se muestra un resumen (Cuadro 2) de los resultados referentes a la opinión del cuidador, considerando la sobrecarga como variable cualitativa dicotómica frente a factores cualitativos dicotómicos, politómicos y ordinales, donde se pueden observar la significación y fuerza estadística calculada con Chi-cuadrado y odds ratio respectivamente.

Cuadro 2. Sobrecarga como variable cualitativa dicotómica frente a la opinión del cuidador inmoproff referente a la influencia del desconocimiento de las costumbres catalanas y españolas, así como del carácter catalán para cuidar y entablar amistad.

<b>Opinión sobre la influencia de conocer las costumbres catalanas para cuidar</b> (p valor: 0,02)						
Si opinan que el desconocimiento de las costumbres catalanas	no es una dificultad para cuidar(n:46)	están	1,68	veces más sobrecargados que	si opinan que el desconocimiento de las costumbres catalanas	si es una dificultad para cuidar (n:34)
Si opinan que el desconocimiento de las costumbres catalanas	no saben si es una dificultad para cuidar (n:30)	están	4,27	veces más sobrecargados que	si opinan que el desconocimiento de las costumbres catalanas	si es una dificultad para cuidar (n:34)
<b>Opinión sobre la influencia de conocer las costumbres españolas para cuidar</b> (p valor: < 0,001)						
Si opinan que el desconocimiento de las costumbres españolas	no es una dificultad para cuidar (n:56)	están	1,57	veces más sobrecargados que	si opinan que el desconocimiento de las costumbres españolas	si es una dificultad para cuidar (n:24)
Si opinan que el desconocimiento de las costumbres españolas	no saben si es una dificultad para cuidar (n:30)	están	15,78	veces más sobrecargados que	si opinan que el desconocimiento de las costumbres españolas	si es una dificultad para cuidar (n:24)
<b>Opinión sobre la influencia del carácter catalán para hacer amigos</b> (p valor: 0,009)						
Si sobre el carácter catalán	no saben si afecta en tener amigos (n:14)	están	3,80	veces más sobrecargados que	si opinan que el carácter	no afecta en tener amigos (n:60)
Si sobre el carácter catalán	si creen que afecta en tener amigos (n:34)	están	3,16	veces más sobrecargados que	si opinan que el carácter	no afecta en tener amigos (n:60)
<b>Inquietud del cuidador inmoproff sobre la persona cuidada</b> (p valor: 0,002)						
Si dicen	tener inquietud por el futuro de la PC (n:70)	están	3,11	veces más sobrecargados que	si dicen	no tener inquietud por la PC (n:40)

El apoyo social que recibe el cuidador inmnoiproff ha presentado significación estadística en todas sus dimensiones –afectivo y confidencial- de forma que a mayor apoyo social menor sobrecarga. Al analizar la procedencia del apoyo social se comprueba que los que reciben apoyo social tanto de inmigrantes como de no inmigrantes están 1,92 veces más sobrecargados que los que tienen solo apoyo de los inmigrantes.

Una de las variables que puede mostrar el grado de apoyo social es la colaboración en el cuidador entre el cuidador y la familia. En cuanto al tipo de colaboración en el cuidado entre el cuidador informal y el cuidador inmnoiproff, se observa significación estadística de forma que los cuidadores que reciben colaboración en reconocer cambios en la salud y alimentación , además de ayuda económica son los menos sobrecargados y los que más sobrecargados están son los que solo reciben colaboración en el mantenimiento económico de la persona cuidada. Con respecto a las horas en otro trabajo del colaborador familiar del cuidador inmnoiproff se comprueba que el cuidador inmnoiproff está menos sobrecargado cuando el cuidador informal que colabora con él trabaja menos de 40h/semanales mientras que está más sobrecargado cuando el familiar no trabaja o cuando trabaja más de 40h/semanales. Las significaciones y fuerzas estadísticas se pueden observar en el Cuadro 3. También observamos que no hay relación entre la sobrecarga y el grado de dificultad en la realización del cuidado, ni con el tipo de dificultad en la realización del mismo cuidado.

Seguidamente se muestra un resumen (Cuadro 3) de los resultados relacionados con el apoyo social del cuidador, considerando la sobrecarga cualitativa dicotómica frente a factores cualitativos dicotómicos, politómicos y ordinales, donde se pueden observar las significaciones y fuerzas estadísticas.

Cuadro 3. Sobrecarga como variable cualitativa dicotómica frente al apoyo social del cuidador inmnoiproff.

<b>Apoyo social. (p valor: 0,002)</b>						
Los cuidadores inmnoiproff que	no tienen apoyo social (n:28)	están	4,23	veces más sobrecargados que	los que si tienen	apoyo social (n:82)
<b>Apoyo afectivo. (p valor: 0,002)</b>						
Los cuidadores inmnoiproff que	no tienen apoyo afectivo(n:33)	están	3,95	veces más sobrecargados que	los que si tienen	apoyo afectivo (n:77)
<b>Apoyo confidencial. (p valor: 0,001)</b>						
Los cuidadores inmnoiproff que	no tienen apoyo confidencial (n:24)	están	5,27	veces más sobrecargados que	los que si tienen	apoyo confidencial (n:86)
<b>Tipo de apoyo social según su procedencia sea de otro inmigrante o no. (p valor: 0,004)</b>						
Los cuidadores inmnoiproff que	tienen apoyo distinto al procedente de inmigrantes (n:59)	están	1,92	veces más sobrecargados que	los que tienen apoyo	procedente solo de inmigrantes (n:23)
Los cuidadores inmnoiproff que	no tienen ningún apoyo (n:28)	están	6,85	veces más sobrecargados que	los que tienen apoyo	solo de inmigrantes (n:23)
Los cuidadores inmnoiproff que	tienen apoyo solo de inmigrantes (n:23)	cuidan a personas con	1,29	veces más incapacidad física que	los que tienen apoyo	distinto al procedente solo de inmigrantes (n:59)
<b>Uso de organismos de apoyo por el cuidador inmnoiproff. (p valor: 0,01)</b>						
Los cuidadores inmnoiproff que	siempre usan los organismos de apoyo (n:18)	están	5,85	veces más sobrecargados que	los que usan los organismos de apoyo	raramente (n:13)
Los cuidadores inmnoiproff que	nunca usan los organismos de apoyo (n:18)	están	1,80	veces más sobrecargados que	los que usan los organismos de apoyo	raramente (n:13)
<b>Frecuencia en que el cuidador inmnoiproff recibe ayuda. (p valor: 0,009)</b>						
Los cuidadores inmnoiproff que	raramente reciben apoyo (n:12)	están	4,50	veces más sobrecargados que	los que tienen una frecuencia de apoyo	mediana (n:26)
Los cuidadores inmnoiproff que	frecuentemente reciben apoyo (n:21)	están	1,68	veces más sobrecargados que	los que tienen una frecuencia de apoyo	mediana (n:26)
<b>Horas de trabajo del familiar que colabora con el cuidador inmnoiproff. (p valor: 0,01)</b>						
Los cuidadores inmnoiproff que reciben colaboración de	un familiar que trabaja 40h/s (n:47)	están	9,47	veces más sobrecargados que	los que el familiar que colabora con ellos	trabaja < 40h/s (n:7)
<b>Tipo de colaboración que recibe el cuidador inmnoiproff del familiar. (p valor: 0,008)</b>						
Si el familiar colabora con el cuidador inmnoiproff	económicamente, acompaña y sabe que hacer si enferma la PC (n:10)	el cuidador inmnoiproff está	2,57	veces más sobrecargado que cuando	el familiar colabora con el cuidador inmnoiproff en	alimentar, reconocer cambios de salud y economía (n:7)
Si el familiar colabora con el cuidador inmnoiproff	económicamente (n:14)	el cuidador inmnoiproff está	22	veces más sobrecargado que cuando	el familiar colabora con el cuidador inmnoiproff en	alimentar, reconocer cambios de salud y economía (n:7)
Si el familiar colabora con el cuidador inmnoiproff en	todo (n:21)	el cuidador inmnoiproff está	3	veces más sobrecargado que cuando	el familiar colabora con el cuidador inmnoiproff en	alimentar, reconocer cambios de salud y economía (n:7)
Si el familiar colabora con el cuidador inmnoiproff en	movilizar (n:3)	el cuidador inmnoiproff está	12	veces más sobrecargado que cuando	el familiar colabora con el cuidador inmnoiproff en	alimentar, reconocer cambios de salud y economía (n:7)

La calidad de vida global del cuidador inmoproff presenta una relación directa con la sobrecarga, a mayor calidad de vida menor sobrecarga. Hay que indicar que en este análisis bivariable cualitativo se recodificó la calidad de vida en dos valores (mayor o menor del 60% de la escala de la calidad de vida -valores de 0 a 100- y en ocasiones mayor o menor del 50%) con la intención de observar si estos cortes tenían relación con el nivel de sobrecarga. Se escogieron estos valores porque representan los valores medios de la escala. Atendiendo a esta clasificación se observó que los cuidadores menos sobrecargados son los que tienen más de un 60% de calidad vida ( $\bar{x}$  sobrecarga con Zarit: 41,30). Los cuidadores con menos del 50% de calidad de vida están más sobrecargados ( $\bar{x}$  sobrecarga con Zarit: 52,23.) que los que tienen más del 50% de calidad de vida. También se ha observado relación con el nivel de salud global percibida. En cuanto a las características de la escala WHOQOL-Bref, al ser tratadas individualmente, se observa que existe relación entre la sobrecarga y algunas de ellas como son la satisfacción con las relaciones personales\* y con los amigos\*, el sentimiento de disfrutar de la vida\*, tener un sentido de la vida\*, el sentimiento de seguridad\*, la existencia de sentimientos negativos\*, tener energía de vivir\*, estar satisfecho con uno mismo\*, estar satisfecho con su sueño\*, su apariencia física\*, las condiciones y el ambiente saludable del lugar donde vive\*, la capacidad de desplazarse por Barcelona\*, tener ocio\* y acceso a los servicios sanitarios\*. Seguidamente se muestra un resumen (Cuadro 4) de los resultados referentes datos relacionados con la calidad de vida del cuidador según escala WHOQOL-Bref, considerando la sobrecarga cualitativa dicotómica frente a factores cualitativos dicotómicos, politómicos y ordinales, donde se pueden observar las significaciones y fuerzas estadísticas.

Cuadro 4. Sobrecarga como variable cualitativa dicotómica frente a la calidad de vida del cuidador inmoproff. (continúa en pág. siguiente)

<b>Calidad de vida global. (p valor: 0,005)</b>						
Los que tienen una porcentaje en la calidad de vida	igual o inferior al 50% (n:22)	están	2,65	veces más sobrecargados que	los que tienen un porcentaje	superior al 50% (n:85)
Los que tienen una porcentaje en la calidad de vida	igual o Inferior al 60% (n:64)	están	4,07	veces más sobrecargados que	los que tienen un porcentaje	superior al 60% (n:46)
<b>Salud global percibida. (p valor: 0,03)</b>						
Los que con respecto a la salud global percibida están	bastantes satisfechos (n:15)	están	6,41	veces más sobrecargados que	los que tienen salud global percibida	muy satisfechos (n:20)
Los que con respecto a la salud global percibida están	insatisfechos (n:15)	están	4,66	veces más sobrecargados que	los que tienen salud global percibida	muy satisfechos (n:20)

Continuación Cuadro 4. Sobrecarga como variable cualitativa dicotómica frente a la calidad de vida del cuidador inmoproff. (continúa en pág. siguiente)

<b>Relaciones personales*</b> . (p valor: 0,01)						
Los que con respecto a sus relaciones personales están	bastante satisfechos (n:37)	están	4,69	veces más sobrecargados que	los que con respecto a relaciones personales están	muy satisfechos (n:27)
Los que con respecto a sus relaciones personales están	insatisfechos (n:6)	están	5,71	veces más sobrecargados que	los que con respecto a relaciones personales están	muy satisfechos (n:27)
<b>Apoyo de amigos*</b> . (p valor: 0,02)						
Los que con respecto a relaciones con los amigos están	normalmente Satisfechos (n:37)	están	2,50	veces más sobrecargados que	los que con respecto a relaciones amigos están	bastante satisfechos (n:27)
Los que con respecto a relaciones con los amigos están	muy insatisfechos (n:9)	están	19	veces más sobrecargados que	los que con respecto a relaciones amigos están	bastante satisfechos (n:27)
<b>Sentimiento de disfrutar de la vida*</b> . (p valor: < 0,001)						
Los que con respecto al sentimiento de disfrutar la vida están	nada satisfechos (n:9)	están	37,33	veces más sobrecargados que	los que disfrutan de la vida	bastante (n:34)
Los que con respecto al sentimiento de disfrutar la vida están	normalmente satisfechos (n:34)	están	7,53	veces más sobrecargados que	los que disfrutan de la vida	bastante (n:34)
<b>Sentido de la vida*</b> . (p valor: 0,003)						
Los que con respecto al sentido de la vida están	poco satisfechos (n:11)	están	13,50	veces más sobrecargados que	los que tienen un sentido de la vida	extremadamente satisfecho (n:36)
Los que con respecto al sentido de la vida están	normalmente satisfechos (n:22)	están	4,33	veces más sobrecargados que	los que tienen un sentido de la vida	extremadamente satisfecho (n:36)
<b>Seguridad*</b> . (p valor: 0,02)						
Los que con respecto a la seguridad en su vida están	poco satisfechos (n:20)	están	1,95	veces más sobrecargados que	los que tienen un sentido de la vida	extremadamente satisfecho (n:13)
Los que con respecto a la seguridad en su vida están	nada satisfechos (n:3)	están	3,20	veces más sobrecargados que	los que tienen un sentido de la vida	extremadamente satisfecho (n:13)
<b>Sentimientos negativos*</b> . (p valor: 0,04)						
Los que con respecto a los sentimientos negativos están	siempre satisfechos (n:10)	están	18	veces más sobrecargados que	los que con respecto a los sentimientos negativos	nunca están satisfechos (n:6)
Los que con respecto a los sentimientos negativos están	frecuente satisfechos (n:12)	están	4	veces más sobrecargados que	los que con respecto a los sentimientos negativos	nunca están satisfechos (n:6)
Los que con respecto a los sentimientos negativos están	medianamente satisfechos (n:47)	están	1,77	veces más sobrecargados que	los que con respecto a los sentimientos negativos	nunca están satisfechos (n:6)
<b>Energía de vivir*</b> . (p valor: 0,002)						
Los que con respecto a la energía de vivir están	moderadamente satisfechos (n:20)	están	3,44	veces más sobrecargados que	los que con respecto a la energía de vivir están	bastante satisfechos (n:40)
<b>Satisfacción con respecto a su sueño*</b> . (p valor: 0,03)						
Los que con respecto a su sueño están	insatisfechos (n:13)	están	7	veces más sobrecargados que	Los que están con respecto a su sueño	muy satisfechos (n:31)
Los que con respecto a su sueño están	Satisfechos normal (n:47)	están	1,84	veces más sobrecargados que	Los que están con respecto a su sueño	muy satisfechos (n:31)

Continuación Cuadro 4. Sobrecarga como variable cualitativa dicotómica frente a la calidad de vida del cuidador inmnoiproff.

<b>Satisfecho de si mismo*.</b> (p valor: 0,002)						
Los que están satisfechos con sigomismo	normalmente (n:29)	están	4,20	veces más sobrecargados que	los que están con sigomismo	muy satisfechos (n:39)
Los que con sigomismo están	bastante satisfechos (n:33)	están	1,70	veces más sobrecargados que	los que están con sigomismo	muy satisfechos (n:39)
<b>Apariencia física*.</b> (p valor: 0,03)						
Los que aceptan su apariencia física	moderadamente (n:15)	están	3,10	veces más sobrecargados que	los que aceptan su apariencia física	bastante (n:46)
Los que aceptan su apariencia física	poco (n:4)	están	6,2	veces más sobrecargados que	los que aceptan su apariencia física	bastante (n:46)
<b>Ambiente saludable en el lugar donde vive*.</b> (p valor: 0,007)						
Los que con respecto al ambiente saludable del lugar donde viven están	poco satisfechos (n:13)	están	15,81	veces más sobrecargados que	los que tienen un sentido de la vida	bastante satisfecho (n:31)
Los que con respecto al ambiente saludable del lugar donde viven están	normalmente satisfechos (n:45)	están	3,28	veces más sobrecargados que	los que tienen un sentido de la vida	bastante satisfecho (n:31)
<b>Satisfacción condiciones vive*.</b> (p valor: 0,002)						
Los que con respecto a las condiciones del lugar donde viven están	insatisfechos (n:22)	están	4,26	veces más sobrecargados que	los que con respecto a las condiciones del lugar donde viven están	normalmente satisfechos (n:39)
<b>Satisfacción servicios sanitarios*.</b> (p valor: 0,004)						
Los que con respecto al acceso a servicios sanitarios están	insatisfechos (n:16)	están	3,33	veces más sobrecargados que	los que con respecto al acceso a servicios sanitarios están	bastante satisfechos (n:24)
Los que con respecto al acceso a servicios sanitarios están	normalmente satisfechos (n:35)	están	2,37	veces más sobrecargados que	los que con respecto al acceso a servicios sanitarios están	bastante satisfechos (n:24)
<b>Oportunidad de ocio*.</b> (p valor: 0,05)						
Los que con respecto a la oportunidad ocio no están	nada satisfechos (n:14)	están	10,20	veces más sobrecargados que	los que con respecto a la oportunidad de ocio están	bastante satisfechos (n:27)
Los que con respecto a la oportunidad ocio están	moderadamente satisfechos (n:28)	están	1,47	veces más sobrecargados que	los que con respecto a la oportunidad de ocio están	bastante satisfechos (n:27)
<b>Capacidad de desplazarse*.</b> (p valor: 0,04)						
Los que con respecto a la capacidad de desplazarse están	poco satisfechos (n:5)	están	8,66	veces más sobrecargados que	los que con respecto a la capacidad de desplazarse están	bastante satisfechos (n:38)
Los que con respecto a la capacidad de desplazarse están	normalmente satisfechos (n:24)	están	2,56	veces más sobrecargados que	los que con respecto a la capacidad de desplazarse están	bastante satisfechos (n:38)

\*ver nota pág 151.

El estudio de la relación entre la sobrecarga, como variable cualitativa dicotómica, frente a la integración, considerada como variable cualitativa, no se ha podido analizar porque es muy difícil decir ciertamente cuando una persona está integrada o no al no utilizar una escala que lo determine. Sin embargo, si que hay diversas variables que teóricamente están unidos con la integración, entre ellas destacamos el número de horas que trabajan, el nivel de catalán y la

discriminación racial. En cuanto al número de horas que se trabaja entre semana, se observa que ha influido en la sobrecarga, siendo los menos sobrecargados los que trabajan entre 4 y 8h/día mientras que los más sobrecargados son los de más de 16h/día. En cambio, el solo el hecho de trabajar en fin de semana menos de 1h/día ya sobrecarga y también son los cuidadores que trabajan más de 16h/día los más sobrecargados con mucha diferencia. En cuanto al nivel de catalán, se observa que los menos sobrecargados son los que lo escriben y los que no entienden nada, mientras que los más sobrecargados son los que lo hablan. Finalmente, aquellos cuidadores que manifiestan haber sufrido problemas de discriminación racial presentan mayor probabilidad de tener sobrecarga. Seguidamente se muestra un resumen (Cuadro 5) de los resultados referentes a la inmigración del cuidador, considerando la sobrecarga cualitativa dicotómica frente a factores cualitativos dicotómicos, politómicos y ordinales, donde se pueden observar las significaciones y fuerzas estadísticas.

Cuadro 5. Sobrecarga como variable cualitativa dicotómica frente a la integración del cuidador inmoproff.

<b>Horas/día de trabajo de lunes a viernes (p valor: 0,006)</b>						
Los que trabajan	entre 1 a 3h/día (n:25)	están	2,53	veces más sobrecargados que	los que trabajan	entre 4 a 8h/día (n:43)
Los que trabajan	entre 9 a 16h/día (n:19)	están	1,22	veces más sobrecargados que	los que trabajan	entre 4 a 8h/día (n:43)
Los que trabajan	> 16h/día (n:20)	están	6,75	veces más sobrecargados que	los que trabajan	Entre 4 a 8h/día (n:43)
<b>Horas/día trabajo en fin de semana (p valor: 0,001)</b>						
Los que trabajan en f/s	1 a 3h/día (n:24)	están	9,16	veces más sobrecargados que	los que trabajan	menos 1h/día (n:13)
Los que trabajan en f/s	4 a 8h/día (n:34)	están	3,40	veces más sobrecargados que	los que trabajan	menos 1h/día (n:13)
Los que trabajan en f/s	9 a 16h/día (n:15)	están	2,75	veces más sobrecargados que	los que trabajan	menos 1h/día (n:13)
Los que trabajan en f/s	> 16h/día (n:20)	están	31,16	veces más sobrecargados que	los que trabajan	menos 1h/día (n:13)
<b>Nivel de catalán del cuidador inmoproff (p valor: 0,005)</b>						
Los que tienen un nivel de catalán de	leer(n:11)	están	7,58	veces más sobrecargados que	los que tienen un nivel de catalán de	escribir (n:16)
Los que tienen un nivel de catalán de	hablar(n:7)	están	10,83	veces más sobrecargados que	los que tienen un nivel de catalán de	escribir (n:16)
Los que tienen un nivel de catalán de	entender(n:43)	están	8,08	veces más sobrecargados que	los que tienen un nivel de catalán de	escribir (n:25)
Los que con respecto al nivel de catalán no tienen	ningún nivel (n:33)	están	2,47	veces más sobrecargados que	los que tienen un nivel de catalán de	escribir (n:16)
<b>Problemas de discriminación racial en el cuidador inmoproff (p valor: 0,04)</b>						
Los que en cuanto a problemas de ser extranjeros	les han intentado hacer daño físico(n:10)	están	2,01	veces más sobrecargados que	los que en cuanto a problemas de ser extranjeros	no han tenido ningún problema (n:82)
Los que en cuanto a problemas de ser extranjeros	les han insultado(n:16)	están	4,02	veces más sobrecargados que	los que en cuanto a problemas de ser extranjeros	no han tenido ningún problema (n:82)

Los resultados sobre las tareas que realiza el cuidador inmnoiproff idenfican una relación significativa con dar de comer y limpiar la ropa. Sin embargo, en cuanto a participar en la movilización de la persona cuidada se observa que los que menos sobrecargados están son los que participan en la movilización casi totalmente o totalmente, es decir, que están menos sobrecargados los que participan parcialmente en la movilización. En este mismo apartado de los cuidados que realiza el cuidador, se ha estudiado la falta de conocimientos y se ha observado que los que tienen falta de conocimientos en movilizar están 6,61 veces más sobrecargados que los que dicen no tener falta de conocimientos al respecto. Así mismo, los que tienen falta de conocimientos sobre como actuar al empeorar la persona cuidada están menos sobrecargados que los cuidadores con falta de conocimientos en vestir o en costumbres catalanas y españolas. Seguidamente se muestra un resumen (Cuadro 6) de los resultados referentes a datos relacionados con el cuidado que realiza el cuidador inmnoiproff, considerando la sobrecarga cualitativa dicotómica frente a factores cualitativos dicotómicos, politómicos y ordinales, donde se pueden observar las significaciones y fuerzas estadísticas.

Cuadro 6. Sobrecarga como variable cualitativa dicotómica frente a los cuidados prestados y la falta de conocimientos del cuidador inmnoiproff.

<b>Dar de comer. (p valor: 0,02)</b>						
Los que no dan la comida	Casi nada (n:8)	están	5,40	veces más sobrecargados que	los que no dan la comida	nada(n:28)
Los que dan la comida	parcialmente (n:38)	están	1,30	veces más sobrecargados que	los que no dan la comida	nada(n:28)
Los que dan la comida	casi totalmente (n:8)	están	1,08	veces más sobrecargados que	los que no dan la comida	nada(n:28)
Los que dan la comida	totalmente (n:28)	están	4,5	veces más sobrecargados que	los que no dan la comida	nada(n:28)
<b>Participan en la movilización. (p valor: 0,04)</b>						
Los que participan en la movilización	parcialmente (n:34)	están	6	veces más sobrecargados que	los que participan en la movilización	casi totalmente (n:24)
Los que participan en la movilización	totalmente (n:41)	están	2,85	veces más sobrecargados que	los que participan en la movilización	casi totalmente (n:24)
<b>Dificultad en la movilización. (p valor: 0,02)</b>						
Los que tienen	dificultad en movilización (n:24)	están	3,06	veces más sobrecargados que	los que	no tienen dificultad en movilización (n:86)
<b>Limpiar la ropa. (p valor: 0,01)</b>						
Los que participan en limpiar la ropa	parcialmente (n:14)	están	20	veces más sobrecargados que	los que no participan en limpiar la ropa	casi nada (n:9)
Los que participan en limpiar la ropa	totalmente (n:38)	están	13,71	veces más sobrecargados que	los que no participan en limpiar la ropa	casi nada (n:9)
<b>Falta de conocimientos para el cuidado. (p valor: 0,02)</b>						
Si tienen falta de conocimientos en	conocimientos básicos (n:20)	están	5,98	veces más sobrecargados que	los que dicen tienen falta de conocimientos	sanitarios (n:20)
Si tienen falta de conocimientos en	costumbres e historia catalana y española (n:30)	están	8	veces más sobrecargados que	los que dicen tienen falta de conocimientos	sanitarios (n:20)
Si tienen falta de conocimientos en	movilización (n:7)	están	6,61	veces más sobrecargados que	los que no tienen falta de conocimientos	en la movilización (n:103)

Las relaciones estadísticas encontradas entre la sobrecarga del cuidador inmno proff y la persona cuidada se han centrado en el estado físico de la persona cuidada, de forma que el cuidador que ha presentado mayor sobrecarga es el cuidador de personas con dependencia total y ayuda para casi todo (los dos niveles de peor estado de salud física de la persona cuidada). Sin embargo, no ha observado relación significativa con la salud mental de la persona cuidada. Seguidamente se muestra un resumen (Cuadro 7) de los resultados referentes datos relacionados con la persona cuidada, considerando la sobrecarga cualitativa dicotómica frente a factores cualitativos dicotómicos, politómicos y ordinales, donde se pueden observar las significaciones y fuerzas estadísticas.

Cuadro 7. Sobrecarga como variable cualitativa dicotómica frente a los cuidados prestados y la falta de conocimientos del cuidador inmno proff.

<b>Estado físico de la PC. (p valor: 0,008)</b>						
Los que cuidan a una persona con el estado físico	dependiente total, inmóvil o encamado total (n:11)	están	27	veces más sobrecargados que	los que cuidan a una persona con un estado físico de forma que	realiza AVD y deambula con alguna dificultad. (n:7)
Los que cuidan a una persona con el estado físico que	precisan ayuda para casi todo o presentan incontinencia habitual(n:36)	están	10,61	veces más sobrecargados que	los que cuidan a una persona con un estado físico de forma que	realiza AVD y deambula con alguna dificultad. (n:7)
Los que cuidan a una persona con el estado físico que	presentan grave dificultad AVD, deambula ayudado e incontinencia ocasional (n:30)	están	3	veces más sobrecargados que	los que cuidan a una persona con un estado físico de forma que	realiza AVD y deambula con alguna dificultad. (n:7)

### **6.2.2.1.2. La sobrecarga del cuidador inmno proff como variable cualitativa dicotómica frente a los factores cuantitativos de distribución discreta y no normal.**

En este apartado la significación estadística ha sido calculada con la prueba U de Mann-Whitney y la fuerza estadística con diferencia de medias. En este análisis estadístico se refuerzan los resultados presentados con anterioridad donde se comprueba la relación entre la sobrecarga y la calidad de vida destacando principalmente la dimensión de la calidad de vida de la relación social. El cuidador inmno proff no sobrecargado (rango promedio de la calidad de vida social según WHOQOL- Bref: 65,97) presenta un 46% más de nivel de relación social que en los sobrecargados (rango promedio de la calidad de vida social según WHOQOL- Bref: 45,03).

### 6.2.2.1.3. La sobrecarga del cuidador inmoproff como variable cualitativa dicotómica frente a los factores cuantitativos de distribución normal.

En este apartado la significación estadística ha sido calculada con test de t-student y la fuerza estadística con diferencia de medias. Los resultados nos muestran que a mayor puntuación en la escala de apoyo social hay menor nivel de sobrecarga, produciéndose esta relación en todas sus dimensiones (afectiva y confidencial). Así mismo, se observa mayor puntuación en la escala de calidad de vida de la salud psíquica y de medio ambiente también hay menor sobrecarga. En cuanto a variables cuantitativas que se refieren a la persona cuidada se observa que el aumento de la edad de la PC se relaciona con niveles más elevados de sobrecarga en el cuidador (Tabla XXIII).

Tabla XXIII. Sobrecarga como variable cualitativa dicotómica sobre factores cuantitativos continuos.

V.I	V.D	$\bar{x}$ de la V.I	Diferencia de medias	Interpretación porcentual de la diferencia de medias	Rango	p valor
Apoyo social	Sobrecargado	36	6,02	17% más apoyo social en no sobrecargado	11 a 55	0,001
	No sobrecargado	42,02				
Apoyo afectivo	Sobrecargado	13,84	1,85	13% más apoyo afectivo en no sobrecargado	4 a 20	0,01
	No sobrecargado	15,69				
Apoyo confidencial	Sobrecargado	22,16	4,16	19% más apoyo confidencial en no sobrecargado	7 a 35	0,002
	No sobrecargado	26,33				
Calidad de vida salud psíquica	Sobrecargado	63,12	8,09	13% más calidad vida psíquica en no sobrecargado	0 a 100	0,01
	No sobrecargado	71,21				
Calidad de vida medioambiental	Sobrecargado	50,90	11,20	22% más calidad vida ambiental en no sobrecargados	0 a 100	< 0,001
	No sobrecargado	62,10				
Número de horas/semana de cuidador	Sobrecargado	53,23	12	29% más horas de trabajo en sobrecargado	0 a 112	0,03
	No sobrecargado	41,23				
Edad de la PC	Sobrecargado	82,31	3,4	4% más edad de la persona cuidada en sobrecargados	60 a 96	0,04
	No sobrecargado	78,91				

(V.I: variable independiente; VD: variable dependiente).

### **6.2.2.2. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa**

#### **6.2.2.2.1. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa frente a factores cualitativos dicotómicos.**

Los resultados de este apartado han sido calculados con test de t-student y diferencia de medias e indican que las puntuaciones de la sobrecarga aumentan cuando el cuidador inmnoiproff vive sin su propio esposo/a, cuando convive con la PC, cuando tienen compromiso económico con su país de origen, cuando disminuye el nivel de ingresos, cuando éste está inquieto por el futuro de la PC, y cuando tiene falta de conocimientos sobre como vestir a la PC. También se ha observado que cuidadores que dicen saber inglés están menos sobrecargados que los que saben otros idiomas extranjeros.

Así mismo, se observa que cuando existe una puntuación mayor de apoyo social (tanto con la escala de Duke como con el dominio de relación social de la escala de vida WHOQOL-Bref) se observan niveles menores de sobrecarga. Para obtener los resultados considerando la calidad de vida social de forma dicotómica, se ha agrupado en torno al 40% de los datos sobre la relación social. Se toma el 40% porque la escala de Duke utiliza de puntuaciones de 1 a 5, siendo los valores 1 y 2 considerados positivos, es decir 2 sobre 5 que supone el 40% de los datos (Tabla XXIV). Se ha encontrado que existe significación entre el tipo de colaboración que tienen los cuidadores inmnoiproff de los familiares y la sobrecarga del cuidador inmnoiproff. Los menos sobrecargados son aquellos cuidadores inmnoiproff que reciben colaboración de familiares para alimentar a la PC, colaboración en reconocer cambios de salud en las personas mayores y cuando la persona mayor recibe colaboración económica de sus familiares ( $\bar{x}$  de 35 de sobrecarga medida con la escala de Zarit). También presentan los niveles más bajos de sobrecarga aquellos cuidadores que reciben colaboración de los familiares en todo lo relacionado con el cuidado de la persona mayor ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 42,1). Los cuidadores inmnoiproff están más sobrecargados cuando no reciben colaboración de los familiares que cuando la reciben con respecto a las siguientes tareas de cuidado: movilizaciones (12% más de sobrecarga), alimentación o vestido (16% más de sobrecarga) y aseo (18% más de sobrecarga); al igual que cuando hace falta reconocer cambios de salud y no saben actuar sobre estos cambios de salud (19% más de sobrecarga) y cuando los familiares no colaboran en todo (27% más sobrecarga) (Tabla XXIV).

Tabla XXIV. Sobrecarga como variable cuantitativa (rango 22-110) sobre factores cualitativos dicotómicos (continua en pág. siguiente).

VI	Cat VI	$\bar{x}$ de sobrecarga	Diferencia de medias	Interpretación porcentual de la diferencia de medias	p valor
Convivencia con esposos	No	48,27	4,83	11% más sobrecarga cuando no convive con su esposo/a	0,032
	Si	43,44			
Convivencia con PC	Si	53,22	8,18	18% más sobrecarga cuando convive con la PC	0,006
	No	45,04			
Compromiso económico con su país de origen	Si	51,19	6,30	14% más sobrecarga cuando tienen compromiso económico con su país	0,01
	No	44,89			
Ingresos del cuidador	Bajo	48,56	6,29	15% más sobrecarga cuando el cuidador tiene ingresos bajos	0,006
	Normal	42,26			
Inquietud futuro PC	Si	49,41	8,34	20% más sobrecarga cuando tiene inquietud sobre el futuro de la PC	< 0,001
	No	41,08			
Falta de conocimientos en vestir	Si	56,11	10,06	23% más sobrecarga cuando tienen falta de conocimientos en vestir	0,08
	No	45,51			
Conocimiento de idiomas	Inglés	42	5,60	12% más sobrecarga cuando no conoce el inglés	0,03
	Otro idioma	47,20			
Relación social	Inferior a 40%	53,33	7,8	17% más sobrecarga cuando la relación social es inferior a 40%	0,027
	Superior 40%	45,53			
Apoyo social	No	52,64	8,4	19% más sobrecarga cuando no tiene apoyo social	0,001
	Si	44,24			
Apoyo afectivo	No	52,39	8,59	20% más sobrecarga cuando no tiene apoyo afectivo	< 0,001
	Si	43,81			
Apoyo confidencial	No	52,13	7,35	16% más sobrecarga cuando no tiene apoyo confidencial	0,006
	Si	44,78			
Frecuencia en el apoyo social	Nunca	57,88	12,39	27% más sobrecarga cuando nunca tienen apoyo social	0,003
	Distinto a nunca	45,48			
Otras personas colaboran en el cuidado en todo	Si	42,10	6,17	27% más sobrecarga cuando otras personas no colaboraran en todo	0,02
	No	48,26			

(V.I: Variable independiente; Cat VI: Categoría variable independiente; PC: persona cuidada).

Tabla XXIV (continuación). Sobrecarga como variable cuantitativa (rango 22-110) sobre factores cualitativos dicotómicos.

VI	Cat VI	$\bar{x}$ de sobre carga	Diferencia de medias	Interpretación porcentual de la diferencia de medias	p valor
Otra persona colabora en	Alimentación	42,07	6,87	16% más sobrecarga cuando no recibe colaboración en la alimentación	0,02
	No colabora en alimentación	48,94			
	Aseo	41,1	7,36	18% más sobrecarga cuando no recibe colaboración en el aseo	0,02
	No colabora en aseo	48,46			
	No colabora en vestir	41,61	6,82	16% más sobrecarga cuando no recibe colaboración en el vestir	0,04
		48,43			
	Movilizar	43,08	4,97	12% más sobrecarga cuando no recibe colaboración en movilizar	0,03
	No colabora en movilizar	48,05			
	Reconocer gravedad de la enfermedad	41,83	7,83	19% más sobrecarga cuando no recibe colaboración en el Reconocer la gravedad de la enfermedad	< 0,001
		No colabora en reconocer gravedad de la enfermedad			
	Saber actuar en problemas de salud	41,32	7,74	19% más sobrecarga cuando no recibe colaboración en actuar frente a problemas de salud	0,001
		No colabora en saber actuar			
	Dar medicación	42,45	5,61	13% más sobrecarga cuando no recibe colaboración en dar medicación	0,01
		No colabora en dar medicación			

(V.I: Variable independiente; Cat VI: Categoría variable independiente; PC: persona cuidada).

#### 6.2.2.2.2. La sobrecarga del cuidador inmno proff como variable cuantitativa frente a diversos factores cualitativos politómicos y ordinales.

Los resultados de este apartado han sido calculados con test de ANOVA con un factor y diferencia de medias. Con respecto a la relación de la sobrecarga y las variables sociodemográficas del cuidador inmno proff, se destaca que la puntuación de la escala de sobrecarga de Zarit aumenta significativamente cuando la convivencia del cuidador inmno proff es con un compatriota (otro inmigrante sin relación familiar) si se compara con la convivencia con el esposo/a o cuando vive solo (Tabla XXV).

En cuanto al apoyo social, cuando los cuidadores inmno proff reciben ayuda frecuentemente están menos sobrecargados que cuando nunca la reciben y lo mismo ocurre cuando al menos reciben apoyo de otros inmigrantes frente a no recibir ayuda de nadie (Tabla XXV).

Al analizar la relación de la calidad de vida con la sobrecarga los resultados indican que aquellos que están muy satisfechos con su salud en global y toman poca medicación tienen menos sobrecarga. Lo mismo ocurre respecto al sentido de la vida, la seguridad, la energía de vivir y la satisfacción consigo mismo. En cuanto a los niveles sobre el disfrute de la vida indica que cuando estos son bajos la sobrecarga es mayor, pero que cuando el nivel de disfrutar de la vida quiere ser total la sobrecarga es mayor que cuando se quiere disfrutar bastante de la vida. Siguiendo con la calidad de vida se observa que cuando se está insatisfecho con las condiciones del lugar de vida aumenta la sobrecarga es más elevada (Tabla XXV).

Los resultados referentes a la integración indican que los niveles de la escala de la sobrecarga son más elevados cuando el trabajador inmoproff trabaja de lunes a viernes más de 16h o entre 1 y 3h frente a si trabaja de 4 a 8h. Igualmente ocurre cuando trabaja más de 16h en el fin de semana, comprobándose que la menor sobrecarga se produce al trabajar menos de 1h el fin de semana. En cuanto al nivel de desconocimiento del catalán los que opinan que no supone una dificultad en el cuidado están más sobrecargados que los que opinan que si es una dificultad. Por otra parte, aquellos cuidadores que no quieren que sus hijos participen en asociaciones catalanas antes que en las propias asociaciones de su país están más sobrecargados frente a los cuidadores que no lo saben. Además, los cuidadores inmoproff que solo desean quedarse en Cataluña durante 3 años están más sobrecargados que los que quieren quedarse indefinidamente. También se observa que los cuidadores que han tenido problemas de discriminación racial están más sobrecargados (Tabla XXV).

Con respecto a los cuidados prestados a la persona cuidada se observa que la sobrecarga del cuidador inmoproff aumenta cuando da de comer totalmente al enfermo, mientras que el vestir o ayudar en la movilización casi totalmente a la persona cuidada supone menos sobrecarga que hacerlo parcialmente (Tabla XXV).

Tabla XXV. Sobrecarga cuantitativa (rango 22-110) sobre factores cualitativos politómicos y ordinales (continua en pág. siguiente).

<b>VI</b>	<b>Cat. V.I</b>	$\bar{x}$ sobre carga	<b>Cat. V.I</b>	$\bar{x}$ sobre carga	<b>Diferencia de medias</b>	<b>Interpretación porcentual de la diferencia de medias</b>	<b>p valor</b>
Convivencia en el hogar	Con algún compatriota	55,50	Solo	37,92	17,58	46% más sobrecarga cuando convive con algún compatriota que cuando vive solo	< 0,001
	Con algún compatriota	55,50	Esposos	41,06	14,44	35% más sobrecarga cuando convive con algún compatriota que cuando lo hace con su esposo	0,01
Estudios del cuidador	Secundaria	49,75	Universitario	40,20	9,55	24 % más sobrecarga cuando tiene estudios secundarios que si universitarios	0,04
Inquietud ante el futuro de la PC	Casi siempre	53,43	Casi nunca	41,14	12,29	30 % más sobrecarga cuando tiene inquietud casi siempre que si no la tiene casi nunca	0,03
	Casi siempre	53,43	Nunca	39,33	14,1	36 % más sobrecarga cuando tiene inquietud casi siempre que si no la tiene nunca	0,001
Opinión que el Carácter catalán	Si dificulta tener amigos	49,85	No dificulta tener amigos	43,88	5,97	14 % más sobrecarga cuando opinan que el carácter catalán si dificulta tener amigos cuando opinan que no	0,04
Opinión que el desconocimiento del catalán dificulta cuidar	No dificulta	48,69	Si dificulta	40,20	8,49	21 % más sobrecargado cuando opinan que el desconocimiento del catalán no dificulta cuidar cuando opinan que si	0,004
Frecuencia apoyo	Nunca	57,88	Mediana	42,81	15,07	35 % más sobrecarga cuando tiene una frecuencia de apoyo de nunca cuando la tiene mediana	0,01
	Nunca	57,88	Frecuente	44,71	13,16	29 % más sobrecarga cuando tiene una frecuencia de apoyo de nunca cuando la tiene frecuente	0,04
Apoyo inmigrante	No apoyo	52,64	Solo Inmigrante	42,39	10,25	24 % más sobrecarga cuando no tiene apoyo cuando lo tiene solo de inmigrantes	0,02

(VI: Variable independiente; Cat VI: Categoría variable independiente; PC: Persona cuidada).

Tabla XXV (continuación). Sobrecarga cuantitativa (rango 22-110) sobre factores cualitativos politómicos y ordinales (continua en pág. siguiente).

<b>VI</b>	<b>Cat. V.I</b>	$\bar{x}$ sobre carga	<b>Cat. V.I</b>	$\bar{x}$ sobre carga	<b>Diferencia de Medias</b>	<b>Interpretación porcentual de la diferencia de medias</b>	<b>p valor</b>
Percepción global de salud	Insatisfecho	51,53	Muy Satisfecho	40,3	11,23	28 % más sobrecarga cuando tiene una percepción global de salud de insatisfecho cuando la tiene de muy satisfecho	0,03
Calidad vida alterada por tratamiento médico	Extremadamente	56,11	Nada	43,17	12,94	30 % más sobrecarga cuando tiene extremadamente alterada la CV por tratamiento médico cuando no la tiene nada	0,01
	Bastante	62,6	Nada	43,17	19,5	45 % más sobrecarga cuando tiene bastante alterada la CV por tratamiento médico cuando no la tiene nada	0,02
Disfruta la vida*	Nada	52,6	Bastante	39,50	13,17	33 % más sobrecarga cuando no disfruta de la vida nada que si lo hace bastante	0,01
	Un poco	49,41	Bastante	39,50	9,91	25 % más sobrecarga cuando disfruta un poco de la vida que si lo hace bastante	0,01
	Lo normal	47,53	Bastante	39,50	8,03	20 % más sobrecarga cuando disfruta normal de la vida que si lo hace bastante	0,02
	Extremadamente	51,81	Bastante	39,50	12,31	31 % más sobrecarga cuando disfruta extremadamente de la vida que si lo hace bastante	0,002
Sentido de vivir*	Poco	58,36	Bastante	47,58	10,79	23 % más sobrecarga cuando tiene poco sentido de vivir que si lo tiene bastante	0,01
	Poco	58,36	Normal	45,09	13,27	29 % más sobrecarga cuando tiene poco sentido de vivir que si lo tiene normal	0,006
	Poco	58,36	Extremadamente	41,72	16,64	40 % más sobrecarga cuando tiene poco sentido de vivir que si lo tiene extremadamente	< 0,001

(VI: Variable independiente; Cat VI: Categoría variable independiente; CV: Calidad de vida; \*ver nota pág 151.)

Tabla XXV (continuación). Sobrecarga cuantitativa (rango 22-110) sobre factores cualitativos politómicos y ordinales (continúa en pág. siguiente).

<b>VI</b>	<b>Cat. V.I</b>	$\bar{x}$ sobre carga	<b>Cat. V.I</b>	$\bar{x}$ sobre carga	<b>Diferencia de Medias</b>	<b>Interpretación porcentual de la diferencia de medias</b>	<b>p valor</b>
Seguridad*	Normal	50,59	Bastante	42,98	7,61	18 % más sobrecarga cuando tiene normal seguridad que si la tiene bastante	0,04
Energía de vivir*	Poca	62	Bastante	43,10	18,9	44 % más sobrecarga cuando tiene poca energía de vivir que si la tiene bastante	0,01
Satisfecho de si mismo*	Normal	54,03	Muy Satisfecho	43,54	10,5	24 % más sobrecarga cuando está satisfecho de si mismo normal que si está muy satisfecho	0,001
	Normal	54,03	Bastante satisfecho	43,7	10,34	24 % más sobrecarga cuando está normalmente satisfecho de si mismo que si está bastante satisfecho	0,003
Sentimientos negativos*	Frecuente	52,17	Nunca	35,67	16,5	46 % más sobrecarga cuando tiene sentimientos negativos frecuentemente que si no los tiene nunca	0,03
	Siempre	53,10	Nunca	35,67	17,43	49 % más sobrecarga cuando tiene sentimientos negativos siempre que si no los tiene nunca	0,02
Condiciones del lugar donde vive*	Insatisfecho	53,09	Bastante satisfecho	43,25	9,84	23 % más sobrecarga cuando tiene está insatisfecho de las condiciones del lugar donde vive que si está bastante satisfecho	0,02
	Insatisfecho	53,09	Muy Satisfecho	42,35	10,74	25 % más sobrecarga cuando está insatisfecho de las condiciones donde vive que si muy satisfecho	0,02
Horas trabajo de lunes a viernes	Más 16h	53	De 4 a 8h	42,35	10,65	25% más sobrecarga cuando trabaja lunes a viernes más de 16horas que de 4 a 8horas	0,004
	De 1 a 3h	50,04	De 4 a 8h	42,35	7,69	18 % más sobrecarga cuando trabaja lunes a viernes de 1 a 3horas que de 4 a 8horas	0,04
Horas trabajo en fin de semana	Más 16h	53,25	De 4 a 8h	42,88	10,37	24 % más sobrecarga cuando trabaja en fin de semana más de 16horas que de 4 a 8horas	0,01
	Más 16h	53,25	< 1h*	40,85	12,4	30 % más sobrecarga cuando trabaja en fin de semana más de 16horas que si < 1horas	0,02

(VI: Variable independiente; Cat VI: Categoría variable independiente; \*ver nota pág 151)

Tabla XXV (continuación). Sobrecarga cuantitativa (rango 22-110) sobre factores cualitativos politómicos y ordinales.

<b>VI</b>	<b>Cat. V.I</b>	$\bar{x}$ sobre carga	<b>Cat. V.I</b>	$\bar{x}$ sobre carga	<b>Diferencia de Medias</b>	<b>Interpretación porcentual de la diferencia de medias</b>	<b>p valor</b>
Desea participen en asociaciones catalanas antes que de su país	No desea	49,86	No saben	42,69	7,17	17 % más sobrecarga cuando no desea participen en asociaciones catalanas antes que de su país que si no lo sabe	0,01
Tiempo que desean estar en Cataluña	3 años	54,23	6 a 10 años	41,33	12,9	31 % más sobrecarga cuando desea estar en Cataluña 3 años que si desea hacerlo entre 6 y 10 años	0,03
	3 años	54,23	Indefinidamente	44,62	9,61	22 % más sobrecarga cuando desea estar en Cataluña 3 años que si desea hacerlo indefinidamente	0,03
Problemas de discriminación racial	Le han prohibido entrar en algún recinto	61,5	Ninguno	44,76	17,26	37 % más sobrecarga cuando le han prohibido entrar en algún recinto que si no ha tenido ningún problema de discriminación racial	0,03
Dar de comer a la PC	Total	50,14	Nada	40,54	9,61	24 % más sobrecarga cuando da siempre de comer que si no da de comer	0,01
	Casi nada	54,88	Nada	40,54	14,34	35 % más sobrecarga cuando apenas da de comer que si no da de comer	0,01
Vestir a la PC	Parcial	51,88	Casi total	47,17	9,71	10 % más sobrecarga cuando ayuda a vestir parcialmente que si lo hace casi totalmente	0,01
Ayudar en la movilización a la PC	Parcial	51,24	Casi total	42,75	8,49	20 % más sobrecarga cuando ayuda a movilizar parcialmente que si lo hace casi totalmente	0,04

(VI: Variable independiente; Cat VI: Categoría variable independiente;

### 6.2.2.2.3. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa discreta frente a factores de relación cuantitativos.

Los resultados de este apartado han sido calculados mediante el coeficiente de correlación de Spearman y con gráficas de tendencia. Al analizar las variables cuantitativas se observa un coeficiente de correlación significativo, aunque bajo, entre la edad del cuidador, el apoyo social en todas sus dimensiones, la calidad de vida en todas sus dimensiones y la integración en Cataluña con la sobrecarga del cuidador inmnoiproff, de forma que sus niveles elevados se relacionan con niveles de sobrecarga bajos. Aunque levemente, se produce algo más de relación entre la sobrecarga y la calidad de vida social y medioambiental del cuidador inmnoiproff, que con el resto de variables (Tabla XXV y Figuras 23 y 24).

Tabla XXVI. Relación entre la sobrecarga (escala Zarit con rango 22-110) con la edad del cuidador, el apoyo social, la calidad de vida y la integración.

Variable Independiente	Coefficiente correlación Spearman	p valor
Edad del cuidador	- 0,21	0,02
Apoyo social	- 0,30	0,001
Apoyo afectivo	- 0,25	0,006
Apoyo confidencial	- 0,23	0,01
Percepción global de la calidad de vida	-0,19	0,04
CV física	- 0,20	0,03
CV psíquica	- 0,25	0,008
CV social	-0,37	< 0,001
CV medioambiental	- 0,34	< 0,001
Integración	- 0,20	0,03

(C V: calidad de vida)

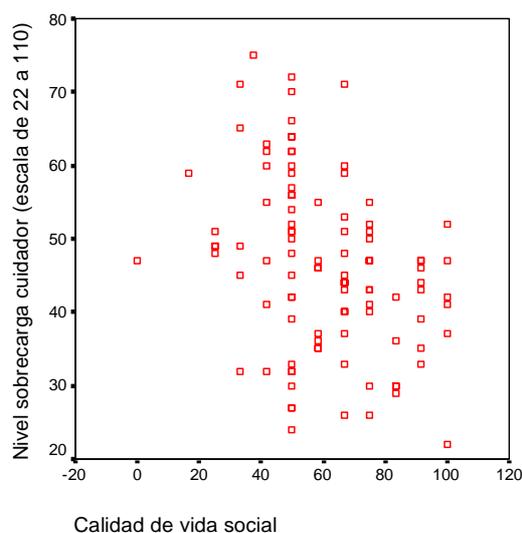


Figura 23. Dispersión sobrecarga del cuidador inmnoiproff y su calidad de vida social.

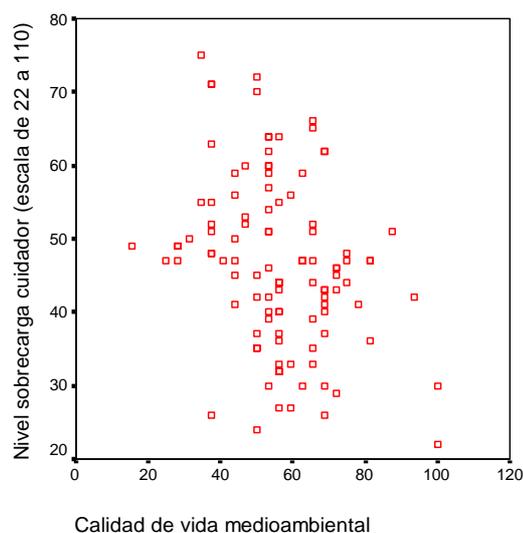


Figura 24. Dispersión sobrecarga del cuidador inmnoiproff y su calidad de vida medioambiental.

### 6.2.3. Análisis multivariable.

#### 6.2.3.1. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cualitativa frente a diversos factores en el análisis multivariable.

Para el estudio multivariable de la regresión logística, se ha escogido el paso número siete del modelo que explica el 60,77% de la varianza de la sobrecarga ( $R^2$ : 0,61), con una especificidad del 90,9% y una sensibilidad del 91,8%. La regresión logística ha reflejado significación entre la sobrecarga del cuidador inmnoiproff y el apoyo social ( $\beta$ : -0,18;  $p$ : 0,04), la calidad de vida medioambiental ( $\beta$ : -0,12;  $p$ : 0,003), trabajar en fin de semana más de 16h/día ( $\beta$ : 7,92;  $p$ : 0,02), la ayuda a la movilización de la PC casi totalmente ( $\beta$ : -4,29  $p$ : 0,02) y cuando el cuidador inmnoiproff espera quedarse en Cataluña entre 4 y 10 años ( $\beta$ : -6,82;  $p$ : 0,03). Así mismo, ha sido significativa cuando el cuidador recibe colaboración de un familiar en “todo o casi todo” ( $\beta$ : -3,86;  $p$ : 0,02) y en “mantener económicamente y en prestar cuidados sanitarios” ( $\beta$ : -5,75  $p$ : 0,01). Por tanto, presentan niveles menos elevados de sobrecarga cuando tienen apoyo social, calidad de vida medioambiental, ayudan casi totalmente en la movilización a la persona cuidada, desean quedarse en Cataluña entre 4 y 10 años, disponen de una persona que colabora en el cuidado de la persona mayor bien en el mantenimiento económico y los cuidados sanitarios o bien en todo o casi todo. En cambio, aquellos cuidadores inmnoiproff que trabajan el fin de semana más de 16h/día presentan niveles de sobrecarga más elevados (Tablas XXVIII).

Tabla XXVII. Modelos de la correlación logística de la sobrecarga del cuidador inmnoiproff.

Paso	-2 lóg. de la verosimilitud	$R^2$ de Cox y Snell	$R^2$ de Nagelkerke
1	135,97	0,14	0,19
2	106,69	0,34	0,45
3	86,13	0,45	0,60
4	76,97	0,50	0,66
5	67,37	0,54	0,72
6	55,86	0,58	0,78
7	49,56	0,61	0,81
8	31,62	0,67	0,89
9	2,77	0,74	0,99
10	2,77	0,74	0,99

Tabla XXVIII. Coeficientes de regresión logística referentes a las variables que explican la sobrecarga del cuidador inmnoiproff.

Paso 7		$\beta$	E.T	Wald	gl	Sig.	Exp( $\beta$ )
Apoyo social		-,18	0,09	4,18	1,00	0,04	0,83
Calidad de vida medioambiental según WHOQOL-Bref		-,12	0,04	9,03	1,00	0,003	0,89
Horas diarias de cuidado realizado en fin de semana	< 1 h/d			6,89	4,00	0,14	
	1 a 3 h/d	2,70	2,26	1,43	1,00	0,23	14,88
	4 a 8h/d	0,60	1,72	0,12	1,00	0,73	1,82
	9 a 16h/d	-1,48	1,71	0,75	1,00	0,39	0,23
	> 16h/d	7,92	3,53	5,05	1,00	0,02	2757,54
Ayuda en la movilización	Nada			7,26	3,00	0,06	
	Parcial	-3,38	1,92	3,12	1,00	0,08	0,03
	Casi total	-4,29	1,84	5,41	1,00	0,02	0,01
	Total	0,51	1,88	0,08	1,00	0,78	1,67
Tipo de colaboración de otras personas en cuidar	No tienen colaboración			7,76	5,00	0,17	
	Vigilar y entretener	16,21	31,77	0,26	1,00	0,61	10912373,34
	Mantenimiento económico	5,74	3,49	2,71	1,00	0,10	311,53
	Cuidados básicos	-0,02	1,18	< 0,001	1,00	0,99	0,98
	Mantenimiento económico y cuidados sanitarios	-5,75	2,27	6,42	1,00	0,01	0,003
	En todo o casi todo	-3,86	1,64	5,54	1,00	0,02	0,02
Tiempo que espera estar en Cataluña	No sabe			6,22	3,00	0,10	
	1 a 3 años	-1,61	2,05	0,62	1,00	0,43	0,20
	4 a 10 años	-6,82	3,13	4,74	1,00	0,03	0,001
	Indefinido	-0,26	1,26	0,04	1,00	0,84	0,77
Nivel estudios del cuidador	Primarios no terminados			8,38	5,00	0,14	
	Primarios	5,45	3,01	3,27	1,00	0,07	232,52
	Secundarios no terminados	2,84	2,60	1,19	1,00	0,28	17,10
	Secundarios	3,19	2,53	1,59	1,00	0,21	24,33
	Universitarios no terminados	5,00	3,10	2,61	1,00	0,11	148,75
	Universitarios	0,86	2,54	0,12	1,00	0,73	2,37
Constante		14,61	5,32	7,55	1,00	0,01	2206039,6

Para seleccionar las variables introducidas en el análisis multivariable, ya que no se podían introducir todas variables, primero se cruzaron entre si todas las variables para comprobar el grado de correlación entre ellas y desde estos resultados se seleccionaron conceptualmente los más representativos del estudio, con mayor relación bivariable con la sobrecarga y que no estuvieran relacionados entre ellos. Cuando fue necesario se elaboraron los ítems Dummy para cada una de ellas. Las variables seleccionadas e introducidas para el cálculo multivariable fueron las siguientes:

1. Tipo de convivencia del cuidador inmnoiproff.
2. Convivencia entre persona cuidada y cuidador inmnoiproff.
3. Nivel de estudios del cuidador inmnoiproff.
4. Apoyo social del cuidador inmnoiproff.

5. Opinión sobre las costumbres catalanas y el cuidado.
6. Opinión sobre las costumbres españolas y el cuidado.
7. Horas trabajadas en fin de semana del cuidador inmnoiproff.
8. La actividad realizada por el cuidador inmnoiproff de movilizar a la persona cuidada.
9. Falta de conocimientos en el cuidador.
10. Tipo de colaboración familiar con el cuidador inmnoiproff.
11. Calidad de vida física del cuidador inmnoiproff.
12. Calidad de vida psíquica del cuidador inmnoiproff.
13. Calidad de vida social del cuidador inmnoiproff.
14. Calidad de vida medioambiental del cuidador inmnoiproff.
15. Integración del cuidador inmnoiproff.
16. Nivel de catalán.
17. Deseo de estancia en Cataluña.
18. Estado físico de la PC.

Una vez introducidas para el análisis multivariable, el propio sistema SPSS las fue introduciendo por pasos, del cual el investigador ha seleccionado el paso 7 (Tabla XXVII), en el siguiente orden:

- a) Variable(s) introducida(s) en el paso 1: Tipo de colaboración de otras personas en cuidar.
- b) Variable(s) introducida(s) en el paso 2: Calidad de vida medioambiental según WHOQOL-Bref.
- c) Variable(s) introducida(s) en el paso 3: Horas de cuidado/día realizado en fin de semana.
- d) Variable(s) introducida(s) en el paso 4: Ayuda en la movilización.
- e) Variable(s) introducida(s) en el paso 5: Tiempo que espera estar en Cataluña.
- f) Variable(s) introducida(s) en el paso 6: Apoyo social.
- g) Variable(s) introducida(s) en el paso 7: Nivel estudios del cuidador.

La significación y fuerza de las variables queda expresada en la Tabla XXIX. Sin embargo, es necesario indicar que casi imperceptiblemente la variable cuantitativa más influye en la sobrecarga es la calidad de vida medioambiental, siendo 1,03 veces más influyente.

Relación del apoyo social con la calidad vida medioambiental =  $\frac{-0,18 \times 9,88(DE)}{-0,12 \times 15,16(DE)} = 0,97$   
(inverso 1,03).

En cuanto a las variables cualitativas que participan significativamente en la regresión logística multivariable podemos decir la fuerza que ejercen en el total de la regresión pero no

se puede decir cual de ellas participa más porque son variables cualitativas frente a la sobrecarga como variable cualitativa dicotómica y no tendría sentido ya que no se pueden comparar entre si distintas variables cualitativas. Sin embargo, dentro de un misma variable cualitativa si que se puede decir cual participa más en la sobrecarga a través de las variables dommy calculadas por la propia regresión logística, éste es el caso del tipo de colaboración que reciben los cuidadores inmnooproff, por ejemplo, donde se observa que los que reciben ayuda en todo o casi todo están menos sobrecargados que los que participan en el mantenimiento económico y los cuidados sanitarios (Tabla XXIX).

Tabla XXIX. Fuerza de las variables independientes sobre la sobrecarga (variable dependiente según regresión logística).

Variable	Valor $\beta$	p valor	Valor Exp ( $\beta$ )	Inverso (Exp $\beta$ )	Fuerza	Sentido
Apoyo social	- 0,18	0,04	0,83	1,20	Cada 10 puntos más de la escala del apoyo social se disminuye 12 puntos en la sobrecarga.	Factor de Protección
CV medioambiental	- 0,12	0,003	0,89	1,11	Cada 10 puntos más de la escala de calidad de vida medioambiental se disminuye 11,1 puntos en la sobrecarga.	Factor de Protección
Ayudar en la movilización (casi totalmente)	- 4, 29	0,02	0,01	100	Los cuidadores inmnooproff que ayudan a movilizar a la persona casi totalmente tienen 4,29 puntos menos en la escala de la sobrecarga. El hecho de movilizar casi totalmente en lugar de parcialmente disminuye 100 veces la sobrecarga.	Factor de Protección
El tiempo deseado en quedarse en Cataluña (4 a 10 años)	- 6,82	0,03	0,001	1000	Los cuidadores inmnooproff que desean quedarse en Cataluña entre 4 y 10 a. tienen 6,82 puntos menos en la escala de la sobrecarga. El hecho de desear quedarse entre 4 y 10 años en lugar de entre 1 a 3 a disminuye 1000 veces la sobrecarga.	Factor de Protección
Disponer de otras personas que colaboran con el cuidador inmnooproff (colaborando económicamente y en los cuidados sanitarios)	- 5,75	0,01	0,003	333	Los cuidadores inmnooproff que reciben colaboración de otra persona en el mantenimiento económico y los cuidados sanitarios a la PC tienen 5,75 puntos menos en la escala de la sobrecarga. El hecho de disponer de la mencionada ayuda en lugar de una ayuda los cuidados básicos disminuye 333 veces la sobrecarga.	Factor de Protección
Disponer de otras personas que colaboran con el cuidador inmnooproff (colaborando en todo o casi todo)	- 3,86	0,02	0,02	50	Los cuidadores inmnooproff que reciben colaboración de otra persona en todo o casi todo a la PC tienen 3,86 puntos menos en la escala de la sobrecarga. El hecho de disponer de la mencionada ayuda en lugar de mantenimiento económico y cuidados sanitarios disminuye 50 veces la sobrecarga.	Factor de Protección
Trabajar en fin de semana (más de 16h)	7,92	0,02	2757,54	-	Trabajar en fin de semana más de 16h aumenta 7,92 puntos la escala de la sobrecarga. El hecho de trabajar en f/s más de 16h en lugar de entre 9 a 16h aumenta la sobrecarga 2757,54 veces	Factor de riesgo

(Exp: exponencial; CV: calidad de vida).

### **6.2.3.2. La sobrecarga del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa frente a factores relacionados en el análisis multivariable.**

En nuestro estudio multivariable de la regresión lineal, se ha escogido el paso número tres del modelo que da una explicación del 68,15% de la varianza de la sobrecarga ( $R^2$ : 0,68). La regresión lineal ha reflejado significación entre la sobrecarga del cuidador inmnoiproff y la relación social ( $\beta$ : -0,17;  $p$ : 0,03), cuando ayuda a la movilización totalmente ( $\beta$ : -11,66  $p$ : 0,01), cuando el nivel de dependencia física de la PC que cuidan presenta grave alteración de las AVD (que deambulan ayudados y presentan incontinencia ocasional) ( $\beta$ : 9,53;  $p$ : 0,03) y cuando cuidan a las personas que precisan ayuda para casi todas las AVD (e incontinencia habitual) ( $\beta$ : 9,93;  $p$ : 0,02). Así mismo, también son significativos los factores como la colaboración que recibe un cuidador inmnoiproff de un familiar en “todo o en casi todo” ( $\beta$ : -7,21;  $p$ : 0,05), (Tabla XXX). Por tanto, los cuidadores inmnoiproff presentan niveles menos elevados de sobrecarga cuando presentan niveles altos de calidad de vida social, ayudan totalmente en la movilización a la persona cuidada, disponen de una persona que colabora en el cuidado de la persona mayor en el mantenimiento económico y los cuidados sanitarios. En cambio, aquellos cuidadores inmnoiproff que cuidan a personas con grave alteración de las AVD (que deambulan ayudados y presentan incontinencia ocasional) y a las personas que precisan ayuda para casi todas las AVD (e incontinencia habitual) están más sobrecargados (Tabla XXX).

Para seleccionar las variables que se han entrado en el análisis multivariable se ha seguido el mismo procedimiento que se ha explicado en el apartado de los resultados de la regresión logística.

Tabla XXX. Coeficientes de regresión lineal referentes a las variables que explican la sobrecarga del cuidador inmnoiproff.

<b>Modelo 3</b>		<b>Coef. no est. <math>\beta</math></b>	<b>Error típ.</b>	<b>Coef. est. <math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
Constante		69,21	14,20		4,87	< 0,001
Apoyo social cuidador		0,13	0,18	0,11	0,72	0,47
Integración		-0,47	1,10	-0,08	-0,43	0,67
Calidad de vida salud física según WHOQOL-Bref		-0,17	0,11	-0,18	-1,49	0,14
Calidad de vida salud psíquica según WHOQOL-Bref		0,07	0,13	0,08	0,51	0,61
Calidad de vida relación social según WHOQOL-Bref		-0,17	0,08	-0,30	-2,13	0,03
Calidad de vida medioambiental según WHOQOL-Bref		-0,04	0,10	-0,06	-0,43	0,67
Tipo de convivencia del cuidador	Con reagrupación familiar	0,63	4,40	0,03	0,14	0,89
	Con un compatriota	6,13	5,34	0,21	1,15	0,26
	Con un hermano	5,99	6,25	0,13	0,96	0,34
	Con la persona que cuida	-2,55	7,07	-0,05	-0,36	0,72
Ayuda a la movilización	Parcial	2,86	4,41	0,11	0,65	0,52
	Casi total	5,89	4,76	0,21	1,24	0,22
	Total	11,66	4,73	0,49	2,47	0,01
Nivel catalán del cuidador	Entiende	-0,87	3,29	-0,04	-0,27	0,79
	Habla	4,92	5,39	0,10	0,91	0,37
	Lee	7,18	4,17	0,19	1,72	0,09
	Escribe	7,34	4,39	0,22	1,67	0,10
Tipo de falta de conocimientos del cuidador	Costumbres e historia catalana y española	-0,48	3,19	-0,02	-0,15	0,88
	Cuidados básicos	-0,71	4,90	-0,02	-0,15	0,88
	Sanitarios	0,60	3,31	0,02	0,18	0,86
Estado físico de la persona cuidada	Alguna dificultad AVD. Deambula con ayuda bastón/similar	9,20	4,84	0,33	1,90	0,06
	Grave alteración AVD. Deambula ayudado .Incontinencia ocasional	9,53	4,38	0,37	2,18	0,03
	Ayuda para casi todas AVD. Incontinencia habitual	9,93	4,45	0,40	2,23	0,02
	Inmóvil cama/sillón. Dependiente total.	7,52	5,26	0,20	1,43	0,16
Tiempo desea estar en Cataluña el cuidador	1 a 3 años	-0,96	4,12	-0,03	-0,23	0,82
	4 a 10 años	3,33	3,91	0,10	0,85	0,40
	Indefinido	-3,29	3,58	-0,14	-0,92	0,36
Tipo de colaboración De otras personas en cuidar	Vigilar y entretener	2,65	4,19	0,07	0,63	0,53
	Económico	0,81	3,94	0,02	0,21	0,84
	Cuidados básicos	-4,78	3,54	-0,15	-1,35	0,18
	En todo o casi todo	-7,21	3,77	-0,30	-1,92	0,05
	Mantenimiento económico y cuidados sanitario	-1,95	4,46	-0,05	-0,44	0,66
Opinión del cuidador sobre si el desconocimiento de costumbres catalanas dificultan cuidar	No sabe	-2,44	3,28	-0,09	-0,74	0,46
Opinión del cuidador sobre si el desconocimiento de costumbres catalanas dificultan cuidar	No es una dificultad	5,00	2,95	0,22	1,69	0,10
	No sabe	4,68	4,22	0,18	1,11	0,27
Horas de cuidado realizado en fin de semana	1 a 3 h	2,07	4,44	0,07	0,47	0,64
	4 a 8h	-5,43	3,93	-0,22	-1,38	0,17
	9 a 16h	-1,02	4,37	-0,03	-0,23	0,82
	> 16h	8,52	4,85	0,28	1,75	0,08
Nivel estudios del cuidador	Primaria no terminada	-1,46	5,42	-0,03	-0,27	0,79
	Primaria	2,98	4,31	0,08	0,69	0,49
	Secundaria no terminados	1,83	4,01	0,06	0,46	0,65
	Universitarios no terminados	3,89	3,72	0,13	1,05	0,30
	Universitarios	-3,56	3,66	-0,12	-0,97	0,34
Convivencia común cuidador y persona cuidada		2,20	4,15	0,07	0,53	0,60
Compromiso económico para su país		-2,07	2,93	-0,08	-0,71	0,48

(Coef.: coeficiente; est.:estándar; Sig: significación; AVD: actividades de la vida diaria.)

No se puede decir que variables participan más significativamente en la regresión lineal multivariable porque son variables cualitativas y solo hay una cuantitativa. Sin embargo, dentro de un misma variable cualitativa si que se pueden hacer comparaciones a través de las variables “Dommy” calculadas por la propia regresión lineal, por ejemplo, este es el caso de la salud física de la persona cuidada donde se observa que los cuidadores inmnooproff que cuidan a personas que precisan ayuda para casi todas las AVD (e incontinencia habitual) están más sobrecargados que los que cuidan a personas con grave alteración de las AVD (que deambulan ayudados y presentan incontinencia ocasional), aunque el hecho de cuidar cualquiera de ambos tipos de pacientes ya provoca sobrecarga (Tabla XXXI).

Tabla XXXI. Fuerza de las variables independientes sobre la sobrecarga según regresión lineal.

<b>Variable</b>	<b>Valor <math>\beta</math></b>	<b>P valor</b>	<b>Fuerza</b>	<b>Sentido</b>
La calidad de vida social	- 0,17	0,03	Cada punto que aumenta en la escala de calidad de vida social disminuye 0,17, es decir cada 10 puntos (en una escala de 0 a 100) disminuye 1,71 puntos (en la escala de la sobrecarga 22 a 110)	Factor de Protección
Ayudar en la movilización (totalmente)	- 11,66	0,01	Cuando se ayuda a movilizar totalmente se produce un descenso de la sobrecarga en 11,66 puntos	Factor de Protección
Disponer de otras personas que colaboran con el cuidadores inmnooproff (colaborando en todo o casi todo)	-7,21	0,05	Cuando se recibe ayuda de personas que colaboran con el cuidadores inmnooproff (colaborando económicamente y en los cuidados sanitarios) se produce un descenso de la sobrecarga en 7,21 puntos.	Factor de Protección
Salud física de la PC con grave alteración de las AVD (que deambulan ayudados y presentan incontinencia ocasional)	9,53	0,03	Cuando se cuida a una persona cuya salud es con grave alteración de las AVD (que deambulan ayudados y presentan incontinencia ocasional) se produce un aumento de la sobrecarga de 9,53 puntos.	Factor de riesgo
Salud física de la PC que precisan ayuda para casi todas las AVD (e incontinencia habitual)	9,93	0,02	Cuando se cuida a una persona cuya salud precisa ayuda para casi todas las AVD (e incontinencia habitual) se produce un aumento de la sobrecarga de 9,93 puntos. Si se realiza este tipo de cuidado en lugar de realizarlo a una persona con grave alteración de las AVD (que deambulan ayudados y presentan incontinencia ocasional) aumenta 0,40 veces la sobrecarga.	Factor de riesgo

(PC: Persona cuidada; AVD: Actividades de la vida diaria)



6.3. Resultados del análisis bivariable tomando el apoyo social, la calidad de vida y la integración del cuidador inmnooproff como variables dependiente frente las variables independientes.



### **6.3. Resultados del análisis bivariante tomando el apoyo social, la calidad de vida y la integración del cuidador inmoproff como variables dependiente frente a las variables independientes.**

Al finalizar el análisis bivariante de la sobrecarga del cuidador inmoproff se realiza también un análisis bivariante considerando como variable dependiente el apoyo social, la calidad de vida y la integración en Cataluña del cuidador inmoproff. El motivo por el que se ha creído importante comprobar las significaciones y fuerzas estadísticas del apoyo social, la calidad de vida y la integración en Cataluña del cuidador inmoproff ha sido que podrían aportar datos paralelos que ayuden a comprender la sobrecarga del cuidador inmoproff.

Se han estudiado el apoyo social y la calidad de vida del cuidador inmoproff como variables dependientes porque según la bibliografía son variables frecuentes en el resto de cuidadores y se quiere valorar su comportamiento en el cuidador inmoproff. Igualmente, se ha estudiado la integración del cuidador inmoproff como variable dependiente porque nos permitirá acercarnos a las variables que favorecen o perjudican su integración y por tanto, su bienestar como cuidador. Para la obtención de estos resultados se han utilizado exactamente las mismas herramientas estadísticas que las empleadas en el estudio de la sobrecarga, tanto para la significación como para la fuerza estadística.

### 6.3.1. Significación estadística entre la variable dependiente del apoyo social y las variables independientes.

#### 6.3.1.1. El apoyo social del cuidador inmoproff como variable cuantitativa frente a diversos factores cualitativos dicotómicos.

Los resultados de este apartado han sido calculados con test de t-student y diferencia de medias. El cuidador inmoproff ha obtenido mayor puntuación en la escala de apoyo social de Duke cuando el cuidador opina que su nivel económico es de nivel normal, cuando se dispone de estabilidad en la vivienda y cuando tiene falta de conocimientos en saber actuar en caso de crisis en la salud de la persona cuidada (Tabla XXXII).

Tabla XXXII. Apoyo social (rango 11-55) sobre factores cualitativos dicotómicos

V.I	Cat. V.I	$\bar{x}$ apoyo social	Dif. de Medias	Interpretación porcentual de la diferencia de medias	p valor
Nivel de ingresos del cuidador	Bajo	37,68	3,85	10 % más apoyo social cuando tiene nivel de ingresos normal-alto que cuando lo tiene bajo	0,04
	Normal-Alto	41,53			
Estabilidad de la vivienda	No	35,53	5,71	16 % más apoyo social cuando si tiene estabilidad de vivienda que cuando no la tiene	0,003
	Si	41,24			
Falta de conocimientos del colaborador en saber actuar en crisis de salud de la PC	No	37,32	4,89	13 % más apoyo social cuando tiene falta de conocimientos en saber actuar en crisis salud de la PC que cuando no lo tiene	0,01
	Si	42,21			

(VI: Variable independiente; Cat VI: categoría variable independiente; dif.: diferencia; PC: persona cuidada.)

### 6.3.1.2. El apoyo social del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa frente a diversos factores cualitativos politómicos y ordinales.

Los resultados de este apartado han sido calculados con test ANOVA con un factor y diferencia de medias. Los datos nos indican que en el cuidador inmnoiproff se aprecian niveles mayores de apoyo social (escala de Duke) cuando opinan que el carácter del catalán y el desconocimiento de las costumbres catalanas o españolas no son una dificultad para tener amigos, cuando el apoyo es más frecuente, cuando aumentan los niveles de la percepción global de calidad de vida y cuando se dan características integradoras como cuando el cuidador inmnoiproff desea que sus hijos sigan las costumbres catalanas y desea quedarse en Cataluña entre 2 y 5 años, así como cuando los cuidadores saben escribir en catalán (Tabla XXXIII).

Tabla XXXIII. Apoyo social cuantitativa (rango 22-110) sobre factores cualitativos politómicos y ordinales (continua en pág. siguiente).

V.I	Cat. V.I	$\bar{x}$ apoyo social	Cat. V.I	$\bar{x}$ apoyo social	Dif. de Medias	Interpretación porcentual de la diferencia de medias	p valor
El cuidador opina que el desconocimiento del catalán dificulta tener amigos	No sabe	28,4	No	39,49	11,09	39 % más apoyo social cuando opinan que el desconocimiento del catalán no dificulta tener amigos que cuando opinan que no lo saben	0,04
	No sabe	28,4	Si	39,55	11,15	29 % más apoyo social cuando opinan que el desconocimiento del catalán si dificulta tener amigos que cuando opinan que no lo saben	0,04
El cuidador opina que desconocimiento de las costumbres catalanas dificulta tener amigos	No sabe	31,79	No dificulta	40,82	9,03	28 % más apoyo social cuando opinan que el desconocimiento de las costumbres catalanas no dificulta tener amigos que cuando opinan que no lo saben	0,006
El cuidador opina que desconocimiento de las costumbres españolas dificulta tener amigos	No sabe	33,58	No dificulta	41,55	7,97	24 % más apoyo social cuando opinan que el desconocimiento de las costumbres españolas no dificulta tener amigos que cuando opinan que no lo saben	0,007
El cuidador opina que el carácter catalán dificulta tener amigos	No sabe	32,13	No dificulta	42,03	9,91	31 % más apoyo social cuando opinan que el carácter catalán no dificulta tener amigos que cuando opinan que no lo saben	0,001
	Si dificulta	36,91	No dificulta	42,03	5,12	14 % más apoyo social cuando opinan que el carácter catalán no dificulta tener amigos que cuando opinan que si	0,03

(VI: Variable independiente; Cat VI: categoría variable independiente)

Tabla XXXIII (continuación). Apoyo social cuantitativa (rango 22-110) sobre factores cualitativos politómicos y ordinales.

V.I	Cat. V.I	$\bar{x}$ apoyo social	Cat. V.I	$\bar{x}$ apoyo social	Dif. de Medias	Interpretación porcentual de la diferencia de medias	p valor
La persona cuidada opina que el desconocimiento de las costumbres españolas dificulta cuidar	Si	34,52	No sabe	40,61	6,09	18 % más apoyo social en el cuidador cuando la PC opina que el desconocimiento costumbres españolas no sabe si dificulta cuidar que cuando opinan que si	0,04
Frecuencia de recibir apoyo	Rara	38,5	Nunca	22,38	16,13	72 % más apoyo social cuando recibe apoyo con rara frecuencia que cuando no recibe nunca	0,001
	Media	37,23	Nunca	22,38	14,86	66 % más apoyo social cuando recibe apoyo con mediana frecuencia que cuando no recibe nunca	< 0,001
	Frecuente	42,57	Nunca	22,38	20,2	90 % más apoyo social cuando frecuentemente recibe apoyo que cuando no recibe nunca	< 0,001
	Siempre	41,58	Nunca	22,38	19,21	86 % más apoyo social cuando siempre recibe apoyo que cuando no recibe nunca	< 0,001
Percepción global de la calidad de vida	Poca	39,21	Muy Mal	21,17	18,04	85% más apoyo social cuando tiene poca percepción global de calidad de vida que cuando tiene muy mala	< 0,001
	Normal	40,68	Muy Mal	21,17	19,51	92% más apoyo social cuando tiene normal percepción global de calidad de vida que cuando tiene muy mala	< 0,001
	Bastante	43,25	Muy Mal	21,17	22,08	104% más apoyo social cuando tiene bastante percepción global de calidad de vida que cuando tiene muy mala	0,002
Deseo que los hijos sigan costumbres las catalanas	No	31,62	Si	40,27	8,65	27 % más apoyo social cuando desea que sus hijos sigan las costumbres catalanas que cuando no lo desea	0,01
	No	31,62	Lo que ellos quieran	39,77	8,15	26 % más apoyo social cuando opina que sus hijos sigan las costumbres catalanas según quieran que cuando no lo desea	0,02
Tiempo que desea quedarse en Cataluña	De 2 a 5 años	43,74	De 5 a 10 años	31,14	12,6	40 % más apoyo social cuando desea quedarse en Cataluña entre 2 a 5 años que cuando quiere quedarse entre 5 a 10 años	0,02
	De 2 a 5 años	43,74	De 2 a 24 meses	36,2	7,54	21 % más apoyo social cuando desea quedarse en Cataluña entre 2 a 5 años que cuando quiere quedarse entre 2 a 24 meses	0,03
Nivel de catalán	Nada	37,06	Escribir	46,44	9,38	25 % más apoyo social cuando escriben catalán que cuando no tiene ningún nivel de catalán	0,01
	Entender	38,16	Escribir	46,44	8,27	22 % más apoyo social cuando escriben catalán que cuando entienden catalán	0,03

(VI: Variable independiente; Cat VI: categoría variable independiente)

### 6.3.1.3. El apoyo social del cuidador inmno proff como variable cuantitativa discreta frente a factores de relación cuantitativos.

Los resultados de este apartado han sido calculados con el Coeficiente de correlación de Spearman y tendencia gráfica. Al analizar el apoyo social frente a otras variables cuantitativas se observa un coeficiente de correlación significativo, aunque bajo, de tal manera que el apoyo social aumenta con una significación estadística cuando aumentan los valores de la calidad de vida en todas sus dimensiones. La correlación es algo más elevada cuando aumenta la puntuación de la integración y la integración básica. Por otra parte, el nivel de apoyo social disminuye con la disminución de los niveles de la sobrecarga (Tabla XXXIV y Figuras 25 y 26).

Tabla XXXIV. Correlaciones entre el apoyo social y factores cuantitativos.

Variable independiente	Coefficiente correlación Spearman	p valor
Sobrecarga	-0,30	0,001
Percepción global calidad de vida.	0,23	0,01
Percepción global de la calidad de salud	0,22	0,01
CV física	0,32	0,001
CV psíquica	0,39	< 0,001
CV social	0,32	< 0,001
CV medioambiental	0,27	0,004
Integración	0,63	< 0,001
Integración básica	0,55	< 0,001

(C V: Calidad de vida).

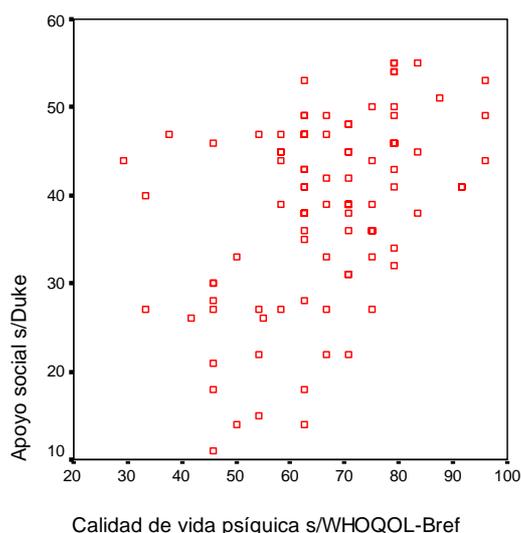


Figura 25. Dispersión entre el apoyo social del cuidador inmno proff y su calidad de vida psíquica.

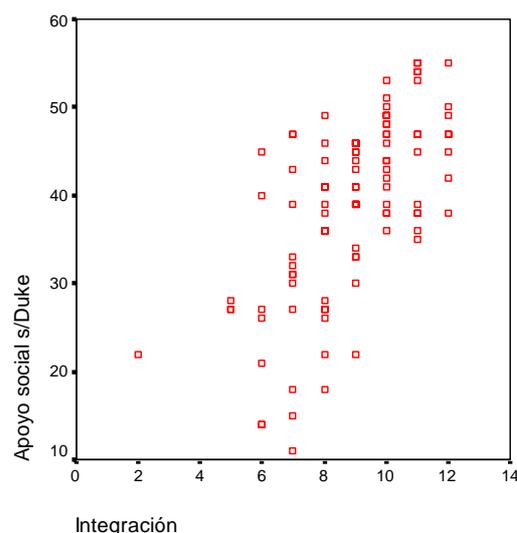


Figura 26. Dispersión entre el apoyo social del cuidador inmno proff y su integración.

### 6.3.2. Significación estadística entre la variable dependiente de la calidad de vida medioambiental y las variables independientes.

#### 6.3.2.1. La calidad de vida medioambiental del cuidador inmoproff como variable cuantitativa frente a factores cualitativos dicotómicos.

Los resultados de este apartado han sido calculados con test de t-student y diferencia de medias. Se observa relación entre cuidadores inmoproff con niveles de calidad de vida medioambiental más elevados y su nivel de ingresos, de forma que se aprecia mayor nivel de calidad de vida cuando el cuidador considera que tiene un nivel de ingresos normal frente a tener un nivel de ingresos bajo. Complementando este resultado, se observa que también hay significación entre la calidad medioambiental y la existencia de compromiso económico con su país, de forma que cuando no hay compromiso hay mayor calidad de vida medioambiental. En el mismo sentido, también se observa que cuando trabajan menos de 20h/s también hay menor calidad medioambiental. Los tres resultados están relacionados con la economía del cuidador inmoproff. También se ha encontrado significación entre la calidad de vida medioambiental y a aquellos cuidadores que tienen apoyo social (Tabla XXXV).

Tabla XXXV. Calidad vida medioambiental cuantitativa (rango 0-100) sobre factores cualitativos dicotómicos.

V.I	Cat. V.I	$\bar{x}$ CV ma	Diferencia de medias	Interpretación porcentual de la diferencia de medias	p valor
Compromiso económico con su país	Si	49,63	8,99	18% más calidad vida cuando no tienen compromiso económico que cuando si lo tienen	0,01
	No	58,63			
Ingresos	Bajos	52,99	10,16	19% más calidad vida cuando consideran sus ingresos normales frente a cuando los consideran bajos	0,001
	Normal	63,15			
Número de horas trabajadas < 20h/s	Si	51,33	5,91	11% más calidad vida cuando trabajan $\geq$ 20h/s que cuando < 20h/s	0,002
	No	57,25			
Apoyo social	No	50,00	8,72	17% más calidad vida cuando si tienen apoyo social afectivo que cuando no	0,02
	Si	58,72			

(VI: variable independiente; Cat VI: categoría de variable independiente; CVma: calidad vida medioambiental)

### 6.3.2.2. La calidad de vida medioambiental del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa continua no normal frente a factores cuantitativos.

Los resultados de este apartado han sido calculados con el Coeficiente de correlación de Spearman y tendencia gráfica. Se observa que la calidad de vida medioambiental presenta un coeficiente de correlación de Spearman significativo con el apoyo social ( $r: 0,27$ ,  $p: 0,004$ ), la integración ( $r: 0,20$ ,  $p: 0,02$ ), el nivel cognitivo ( $r: 0,20$ ,  $p: 0,03$ ) y la sobrecarga ( $r: -0,34$ ,  $p < 0,001$ ). Por tanto, a mayor nivel de apoyo social, integración del cuidador inmnoiproff y nivel cognitivo de la PC se observa mayor nivel de calidad de vida medioambiental. Por otro lado, a mayor nivel de sobrecarga del cuidador inmnoiproff se observa menor nivel de su calidad de vida medioambiental (Tabla XXXVI y Figuras 27 y 28).

Tabla XXXVI. Relación entre la calidad vida medioambiental del cuidador inmnoiproff con su apoyo social, integración, sobrecarga y el nivel cognitivo de la persona cuidada.

Variable independiente	Coefficiente correlación Spearman	p valor
Apoyo social	0,27	0,004
Apoyo afectivo	0,23	0,01
Apoyo confidencial	0,23	0,01
Integración	0,20	0,02
Sobrecarga	-0,34	< 0,001
Nivel cognitivo de la persona cuidada	0,20	0,03

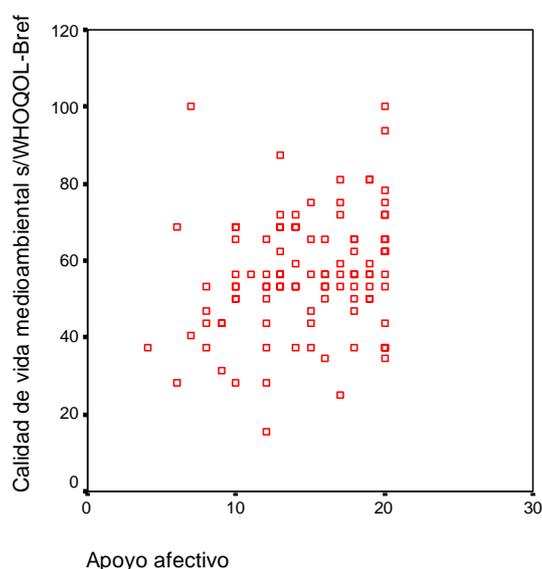


Figura 27. Dispersión calidad de vida medioambiental y apoyo afectivo del cuidador inmnoiproff.

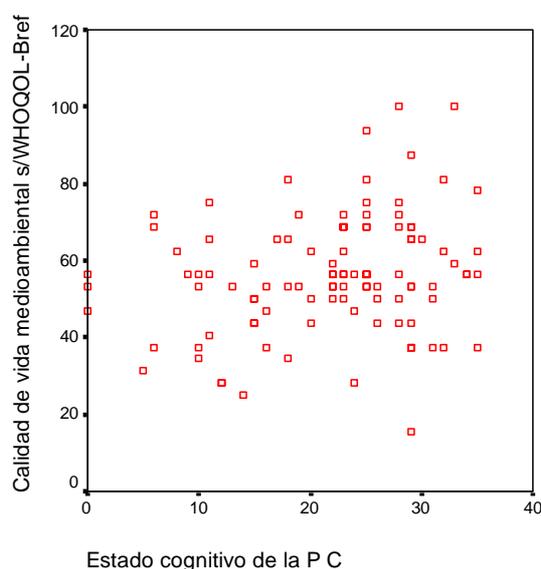


Figura 28. Dispersión calidad de vida medioambiental y estado cognitivo de la persona cuidada.

### 6.3.3. Significación estadística entre la variable dependiente integración en Cataluña y las variables independientes.

#### 6.3.3.1. La integración del cuidador inmnoiproff como variable cuantitativa frente a factores cualitativos dicotómicos.

Los resultados de este apartado han sido calculados con test de t-student y diferencia de medias. Hay que recordar que estos resultados deben ser tomados solo como indicativos porque para medir la integración se ha utilizado el número de características integradoras que se producía en los cuidadores inmnoiproff sobre el total de las 12 características seleccionadas para nuestro estudio.

Los resultados en nuestro estudio indican que la puntuación establecida sobre la integración en Cataluña aumenta levemente cuando el cuidador inmnoiproff no tiene compromiso económico con su país. Así mismo, la puntuación de la integración en Cataluña de los cuidadores inmnoiproff aumenta en mayor proporción cuando el cuidador tiene estabilidad en su vivienda, dispone de tarjeta sanitaria, tiene apoyo social (sobre todo cuando éste es de personas no inmigrantes), así como cuando manifiesta voluntad de integrarse al desear seguir las costumbres, quedarse en Cataluña y entender el catalán (Tabla XXXVII).

Tabla XXXVII. Integración cuantitativa (rango 0-12) sobre factores cualitativos dicotómicos (continua en pág. siguiente).

VI	Cat V.I	$\bar{x}$ Integración	Diferencia De medias	Interpretación porcentual de la diferencia de medias	p valor
Tener compromiso económico en su país.	No	9,28	1,32	12 % más integración cuando no tienen compromiso económico que cuando si	< 0,001
	Si	7,96			
Estabilidad de la vivienda	No	6,56	1,59	24% más integración cuando tiene estabilidad de vivienda que cuando no la tiene	< 0,001
	Si	8,15			
Disponer tarjeta sanitaria	No	7	2,10	30% más integración cuando tienen tarjeta sanitaria que cuando no	0,02
	Si	9,10			
Apoyo social	No	5,50	2,72	49% más integración cuando tiene apoyo social que cuando no lo tiene	< 0,001
	Si	8,22			
Apoyo de personas no inmigrantes	No	7,66	2,41	31% más integración cuando tienen apoyo de personas no inmigrantes que cuando no	< 0,001
	Si	10,07			

(VI: Variable independiente; Cat VI: categoría variable independiente)

Tabla XXXVII (continuación). Inmigración cuantitativa (rango 0-12) sobre factores cualitativos dicotómicos.

VI	Cat V.I	$\bar{x}$ Integración	Diferencia De medias	Interpretación porcentual de la diferencia de medias	p valor
Tener baja relación social s/WHOQOL-Bref	Si	7,09	2,08	29% más integración cuando no tienen baja relación social que cuando si	< 0,001
	No	9,17			
Desear que sus hijos tengan amigos Catalanes	No	7,13	1,98	28% más integración cuando desean que sus hijos tengan amigos catalanes que cuando no	< 0,001
	Si	9,11			
Desear que sus hijos sigan costumbres catalanas	No	7,15	2,06	29% más integración cuando desean que sus hijos sigan las costumbres catalanas que cuando no	< 0,001
	Si	9,21			
Desear quedarse en Cataluña	No/ No Sabe	8,05	2,22	27% más integración cuando desea quedarse en Cataluña que cuando no	< 0,001
	Si	10,27			
Tener amigos Catalanes	No	7,88	1,42	18% más integración cuando tienen amigos catalanes que cuando no	< 0,001
	Si	9,30			
Entender catalán	No	8,06	1,28	16% más integración cuando entienden catalán que cuando no	< 0,001
	Si	9,34			

(VI: Variable independiente; Cat VI: categoría variable independiente)

### 6.3.3.2. La integración del cuidador inmoproff como variable cuantitativa frente a factores cualitativos politómicos y ordinales.

Los resultados de este apartado han sido calculados con test ANOVA con un factor y diferencia de medias. La puntuación obtenida en el presente estudio sobre la integración en Cataluña aumenta con el aumento de la percepción global de la calidad de vida, así como con características relacionadas con la calidad de vida como son disponer de dinero para cubrir sus necesidades\*, la satisfacción con el lugar donde se vive\* y cuando no tiene sentimientos de tristeza\*. Igualmente se observa un incremento en la integración cuando se trabaja entre 4 y 8h/día en lugar de trabajar más de 16h/día y también cuando el nivel de catalán aumenta (Tabla XXXVIII).

Tabla XXXVIII. Integración cuantitativa (rango 22-110) sobre factores cualitativos politómicos y ordinales.

V.I	Cat. V.I	$\bar{x}$ Int.	Cat. V.I	$\bar{x}$ Int.	Dif. de medias	Interpretación porcentual de la diferencia de medias	p valor
Percepción de la calidad de vida global	Muy mala	6,67	Poca	9,70	3,03	45% más de integración cuando tiene poca percepción de CV global que cuando la percibe muy mala	< 0,001
	Muy mala	6,67	Normal	8,99	2,32	35% más de integración cuando tiene una percepción normal de CV global que cuando la percibe muy mala	0,01
	Muy mala	6,67	Bastante	9,75	3,08	46% más de integración cuando tiene bastante percepción de CV global que cuando la percibe muy mala	0,03
Dispone dinero para cubrir sus necesidades*	Nada	7,57	Moderado	9,20	1,63	22% más de integración cuando dispone moderadamente de dinero que cuando no dispone nada	0,01
Condiciones lugar donde viven*	Insatisfecho	8	Normal satisfecho	9,36	1,36	17% más de integración cuando está normalmente satisfecho de las condiciones del lugar donde vive que cuando está insatisfecho	0,02
	Insatisfecho	8	Muy satisfecho	9,65	1,65	21% más de integración cuando está muy satisfecho de las condiciones del lugar donde vive que cuando está insatisfecho	0,02
Sentimientos tristeza*	Siempre	7,2	Raro	9,53	2,33	32% más de integración cuando raramente tiene sentimientos de tristeza que cuando los tiene siempre	< 0,001
	Siempre	7,2	Mediano	9,11	1,91	27% más de integración cuando raramente tiene sentimientos de tristeza que cuando los tiene medianamente	0,01
Horas trabajadas de lunes a viernes	4 a 8h/d	9,40	> 16h	8,10	1,3	16% más de integración cuando se trabaja entre 4 a 8h/d que cuando se trabaja más de 16h/d	0,04
Horas trabajadas en fin de semana	4 a 8h/d	9,55	> 16h	8,05	1,5	19% más de integración cuando se trabaja en fin de semana entre 4 a 8h/d que cuando se trabaja más de 16h/d	0,02
Nivel de catalán	Nada	8,06	Habla	10,71	2,65	33% más de integración cuando hablan catalán que cuando no hablan nada catalán	< 0,001
	Nada	8,06	Escribe	10,38	2,32	29% más de integración cuando escriben catalán que cuando no hablan nada catalán	< 0,001
	Entiende	8,67	Habla	10,71	2,04	24% más de integración cuando hablan catalán que cuando solo lo entienden	0,01
	Entiende	8,67	Escribe	10,38	1,71	20% más de integración cuando escriben catalán que cuando solo lo entienden	< 0,001

(VI: Variable independiente; Cat VI: categoría variable independiente; Int: integración; Dif: diferencia; CV: Calidad de vida; h/d: hora/día; \*ver pág. 151.)

### 6.3.3.3. Integración del cuidador inmoproff como variable cuantitativa discreta frente a factores cuantitativos.

Los resultados de este apartado han sido calculados con el Coeficiente de correlación de Spearman y tendencia gráfica. La puntuación obtenida sobre la integración en Cataluña disminuye con el aumento de la sobrecarga y las horas como cuidador y la integración aumenta con el aumento del apoyo social en todas sus dimensiones, así como con el aumento de la calidad de vida psíquica, social y medioambiental (según WHOQOL-Bref). El Coeficiente de correlación significativo es bajo salvo en el apoyo social que es elevado para el apoyo social general y el confidencial en concreto (Tabla XXXIX y Figuras 29 y 30).

Tabla XXXIX. Integración cuantitativa (rango 0 a 12) discreta sobre factores cuantitativos.

Variable independiente	Coefficiente correlación Spearman	P valor
Sobrecarga	-0,20	0,03
Horas otro trabajo no cuidador	0,19	0,04
Horas como cuidador	-0,30	0,001
Apoyo social	0,63	< 0,001
Apoyo afectivo	0,39	< 0,001
Apoyo confidencial	0,64	< 0,001
Calidad de vida psíquica	0,20	0,02
Calidad de vida social	0,27	0,004
Calidad de vida medioambiental	0,20	0,02

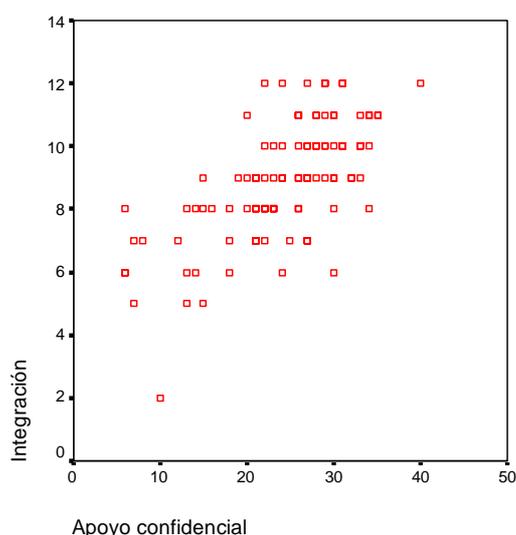


Figura 29. Dispersión integración y apoyo confidencial.

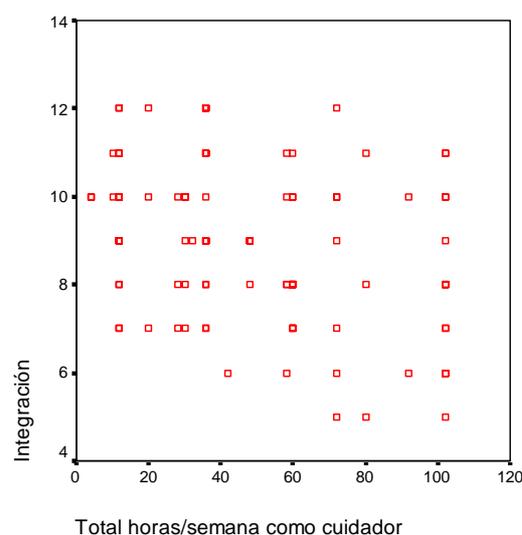


Figura 30. Dispersión integración y total de horas/semana como cuidador



# Capítulo V

## DISCUSIÓN



## 7. Discusión.

La discusión se presenta respecto a los objetivos establecidos para este estudio: el perfil del cuidador inmnooproff y de la persona cuidada y los factores de relación de la sobrecarga en el cuidador inmnooproff.

### 7.1. Perfil del cuidador inmnooproff.

**Género del cuidador.** Los resultados indican que nuestro cuidador es una mujer mayoritariamente (85%). La literatura indica datos similares en donde predomina la mujer como en los estudios de Navaie-Waliser, M. y sus col. (2.002) (67%), Rivera, J. y sus col. (2.003) (67%), Alonso, B. y sus col. (2.004) (83%), López-Pousa, S. y sus col. (2.004) (69%), Rodríguez, A. y sus col. (2.004b) (95%), Paleo, N. (2.005) (83%), Rinaldi, P. y sus col. (2.005) (72%) y Gómez, M. J. (2.006) (73%).

**La edad.** La edad media es de 38 años (DE 9,81). Estos resultados coinciden con el estudio de cuidadores inmnooproff de Gallart, A (2.003) ya que sus edades estaban comprendidas entre 24 y 46 años. El porcentaje de cuidadoras entre 35 y 65 años es del 55,5% con datos similares a los encontrados en Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2.002) donde el 58% de cuidadores tenían edades comprendidas entre 35 a 64 años. También son próximos a los resultados de Navaie-Waliser, M. y sus col. (2.002) en EEUU con 90% entre 35 a 64 años y algo más distantes de los de Gómez, M. J. (2.006) con cuidadoras entre 40 y 50 años. Sin embargo, vemos que la edad media de nuestro estudio con cuidadores inmnooproff presentan una edad más joven que las medias de los estudios de Paoletti, I. (1.999), Rivera, J. y sus col. (2.003) y Berjano, E. (2.004) donde hay principalmente cuidadores informales pero también cuidadores formales (llegando incluso al 31,9%) y que presentan una media de edad próxima a los 50 años. Todavía se observa mayor distancia de edad con los estudios donde habían pocas cuidadoras inmnooproff, este es el caso de las investigaciones de Alonso, B. y sus col. (2.004), López-Pousa, S. y sus col. (2.004) y Paleo, N. (2.005) donde la media de edad son sobre los 57 años. Por tanto, la edad del cuidador inmnooproff parece que estaría un poco por debajo de los estudios donde no solo hay cuidadores informales.

**País de procedencia.** El país de procedencia es del sur y centro de América (incluyendo Méjico) en un 94,5% y principalmente es de Perú (27,27%), Bolivia (20,90%), Ecuador (16,36%) y Colombia (8,18%). Se hace difícil analizar si nuestros datos son representativos ya que no existe un censo por países de cuidadores inmnooproff. Los datos más cercanos

proceden de otras investigaciones que también nombran los mismos países como los más numerosos, así en la investigación previa de Gallart, A. (2.004) se observó una distribución de cuidadores del centro y sur de América incluyendo a Méjico (96,40%), del Perú (44,50%) y de Ecuador (33,60%). Sin embargo, en Italia los cuidadores inmnoiproff provienen de países del este europeo (Rosa, E. y sus col., 2.004). Otra fuente para tener un “posible” censo por países de los cuidadores inmnoiproff, proviene del estudio realizado por Berjano donde analizó las características de las personas que se ofrecen como cuidadores a domicilio de personas mayores a través de anuncios en el periódico. Sus datos indican que estos cuidadores son de Bolivia (25%), Ecuador (56,16%) y Colombia (5,58%). También se puede observar el bajo porcentaje de solicitudes de cuidadores de mayores a domicilio de españoles (3,35%), dato muy significativo (Berjano, E., 2.004). Quizá las cuidadoras del Perú se anuncian poco porque durante el estudio se ha observado que son las que trabajan más en empresas (representan un 35% de las cuidadoras que provienen de empresas). También queremos destacar que la distribución por países de las cuidadoras no es similar al del censo de la población inmigrante de Barcelona donde predominan los ecuatorianos (13%) y después marroquíes y peruanos (8%) (Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona., 2.006b). Seguramente es la diferencia de cultura de las mujeres de Marruecos lo que marca la diferencia. En definitiva, creemos que la nacionalidad del cuidador inmnoiproff es distinta al censo de inmigrantes de Barcelona y que hay que tener presentes estudios similares al nuestro donde se ofrecen datos que muestran un cuidador del centro y sur de América (incluyendo Méjico) con una cultura cercana a la española.

**Estado civil.** El 55% de los cuidadores inmnoiproff están casados y un 64% tienen hijos. Es decir tienen carga familiar al igual que ocurre en el estudio de Alonso, B. y sus col. (2.004) donde un 82,50% tenía carga familiar y de García, R. y sus col. (2.005) con un 67,90%.

**Tipo de convivencia.** El cuidador inmnoiproff convive con su conjugue en un 39% de los casos, con sus hijos en un 32% y con sus padres en un 12%. Vive solo el 12% y con algún compatriota el 18%. Estos datos son similares a los datos de Pereda, C. (2.006) y del Instituto Nacional de Estadística. (2.006a) que indican que vive solo en un 6%, con amigos en un 30% y con familiares en el 61% y donde se observa que el cuidador informal vive más solo y menos con familiares y compatriotas. Otro tipo de dato es el que aporta Rinaldi, P. y sus col. (2.005) que indica que el 78% de los cuidadores conviven con la persona cuidada, mientras en nuestra investigación este dato es solo del 16,36%, así parece que el cuidador inmnoiproff convive con la PC mucho menos que el cuidador informal.

**Nivel económico.** Los cuidadores opinan que su nivel económico es bajo en un 65%, normal 35% y alto en un 0% de los casos. Estos datos coinciden totalmente con Losada, A. y sus col. (2.004) que indican que un 66,70% de los inmigrantes cree que su nivel económico es insuficiente. En nuestra investigación, a la pregunta ¿Crees que tienes suficiente dinero para cubrir tus necesidades? un 47% responde poco o nada.

Al hablar del nivel económico, es necesario indicar la situación económica del país, porque aunque se piensa que España es un país desarrollado, según los datos que manifiesta el Instituto Nacional de Estadística el 20% de los españoles roza la pobreza. Uno de cada cinco ciudadanos gana menos del 60% del ingreso medio anual (7.591 €/año o 632 €/mes, siendo la media del hogar en España de 21.551 €/año -en Cataluña de 24.763 €/año-), es decir no llegan a los 4.554€/año o 379 €/mes. Según Fundación Justicia y Paz, se considera pobreza si la renta no supera los 5.800 €/año o 8.708 €/año en el caso de familias de dos miembros o 12.192 €/año para dos adultos y dos niños. El nivel de pobreza en Andalucía es del 31% y en Cataluña del 12,5% (Instituto Nacional de Estadística., 2.005). Su perfil es el de una mujer (el 60%) y pensionista (un total del 75%), aunque también afecta a los niños, ya que un 13% de estos 1,2 millones son niños. Solo el 60% de las familias consideran que pueden atender gastos no planificados y el 44% no pueden ir de vacaciones (Instituto Nacional de Estadística., 2.005). Es decir, que para poder opinar sobre el nivel de ingresos de los inmigrantes, primero hay que posicionarse en España y aunque nuestros datos son de nivel bajo, como los que indica Pastor, A. (2.006) al afirmar que los inmigrantes son mayoritariamente pobres, hay que pensar que aunque debe mejorar para evitar situaciones de aislamiento y poca integración, no sabemos si es tan dispar de la situación general (20% de población pobre en España y 12% en Cataluña) ya que solo conocemos su opinión pero no la renta real que dispone, aunque si parece que puede ser más baja.

**Compromiso económico en su país de origen.** En nuestro estudio entendemos que un cuidador inmigrante tiene compromiso económico cuando éste envía dinero a su país para colaborar económicamente con algún familiar o allegado. En nuestro estudio se ha observado compromiso económico con su país en un 24% de los cuidadores, mientras que en la investigación de Berjano, E. (2.004) se observa que la mayoría no tiene compromisos ni cargas familiares. En nuestro estudio se ha observado que cuando llevan menos de 3 años tienen mayor compromiso económico. En nuestra opinión es normal que cuanto menos tiempo lleven fuera de su país mayor es su compromiso.

**Nivel de estudios.** Los datos reflejan que tienen estudios secundarios acabados el 25% y no acabados el 21%. Disponen de estudios universitarios acabados el 18,18% y no acabados el 17%. Por tanto, semejante a los datos de López, G. y sus col. (2.005) que indican que el 20,70% de inmigrantes tiene formación universitaria frente al 23,20% de los españoles, aunque los inmigrantes de Europa del Este tienen estudios universitarios en un 33%. También se observa que los africanos son los inmigrantes de más bajo nivel de estudios, pero que los inmigrantes procedentes del sur y centro de América (incluyendo Méjico) incluso pueden superar al nivel de estudios de los españoles (López, G. y sus col., 2.005). Nuestros resultados también se asemejan a los del Instituto Nacional de Estadística. (2.006a) que indican que tienen estudios secundarios en un 44,10% (secundarios y formación profesional no acabados) y estudios universitarios en un 19,20%. Comparado nuestro estudio con los datos del ayuntamiento de Barcelona y de la Generalitat de Catalunya sobre el nivel de estudios de los inmigrantes, pensamos que es semejante. El nivel de estudios de los inmigrantes en el año 2.003 fue de universitarios en el 19,2%, estudios secundarios el 53,80%, estudios primarios el 18,90% y sin estudios el 8,10% (Instituto Nacional de Estadística., 2.006a). El Departament de Benestar de la Generalitat indica que los inmigrantes disfrutan de un buen nivel cultural ya que el 64% tienen estudios de secundaria o universitarios (Gencat.net/premsa., 2.003). En definitiva, nuestros datos no difieren de la mayoría de resultados consultados.

En cuanto a si consideran adecuados sus estudios para realizar el cuidado de las personas mayores, un 55% opina que sí. Aunque en nuestro estudio no lo hemos preguntado, cabe destacar que según Berjano, E. (2.004) los cuidadores disponen de pequeños conocimientos en enfermería, aunque su formación es polivalente; sin embargo, Rosa, E. y sus col. (2.004) dicen de los cuidadores inmigrantes en Italia no disponen de conocimientos específicos.

**Tiempo viviendo en Cataluña.** La media de estancia en Cataluña es de 4 años y el 75% llevan 5 años. Por tanto, coinciden plenamente con los datos del Departament de Benestar de la Generalitat de Catalunya que afirma que el 75% han llegado hace menos de 4 años (Gencat.net/premsa., 2.003) y con los datos de Ortíz, E., Casas S y Cobo C. (2.005) que lo sitúan entre 1 a 4 años.

**Tiempo trabajando como cuidador.** La media de tiempo trabajando como cuidador inmnoiproff es de 2,37 años, el 75% llevan 3 años y la moda es de 2 meses. Son autónomos en el 82% de los casos. Según Ortíz, E. y sus col. (2.005), el tiempo que los inmigrantes

llevan cuidando a personas es entre 1 a 4 años y por tanto bastante similar a nuestros datos. Sin embargo, su situación es muy irregular y se hace difícil cuantificarlo. Según Berjano, E. (2.004) el 82,50% de los inmigrantes irregulares buscan su actividad laboral a través de actividades domésticas y cuidando a ancianos y el Departament de Benestar afirmaba que en el 2.003 solo el 59% estaba en situación legal y el 20% estaba tramitando los papeles (Gencat.net/premsa., 2.003) y según el Ministerio de Trabajo en el 2.005 (tras la regularización) esta cifra rondaría el 50% (Gabinete de Comunicación Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.005b), por tanto los datos son inseguros. En el estudio previo de Gallart, A. (2.004) la media fue de 3 años y también se realizó con cuidadores a los que no se les solicitaba ningún requisito legal para participar en el estudio.

**Horas de cuidado.** Las horas de cuidado de lunes a viernes que presta un cuidador inmnooproff fueron de 4 a 8h en el 39,09% de los casos, de 9 a 16h el 17,27% y de más de 16h el 18,18%. En fines de semana fueron de 4 a 8h en el 30,90% de los casos, 9 a 16h el 13,64% y más de 16h en el 18,18% de los casos. Según indican los anuncios para cuidadores el perfil que se ofrece indica “Disponibilidad horaria (noches y f/s)” (Berjano, E., 2.004), lo que indica que es frecuente trabajar en fines de semana y por la noche con jornadas largas en horario. Así mismo, Rivera, J. y sus col. (2.003) también indican jornadas largas, con jornadas entre 11,50 h/día y 8,20 h/día, así como Losada, A. y sus col. (2.004) con 11,90h /día ya que en nuestro estudio un 35,50% trabajan más de 8h/d.

**Número de personas que han cuidado.** La media del número de personas que han cuidado es de 9, y la moda 1 y 2 personas, pero presenta una gran desviación estándar (DE: 17,67) porque hay 6 cuidadores que han cuidado más de 50 personas. Es decir, parece que tal como indica la moda hay una gran cantidad de cuidadores con poca experiencia ya que el 49% solo han cuidado a 1 o 2 personas. Esta situación es a tener en cuenta porque están cuidando a nuestros mayores.

**Número de personas a las que cuidan en la actualidad.** El cuidador inmnooproff cuida una media de 2 personas y la moda es de 1 persona ya que el 61,80% cuida solo a 1 persona. Esto puede representar que se concentra mucho en el cuidado de esta persona, probablemente por su inexperiencia y por su alta dedicación horaria.

**Actividades que realizan.** Realizan cuidados básicos, ayudando en las actividades de la vida diaria como son: dar de comer (67,28%), ayudar en la eliminación (76,37%), en la

movilización (90%), en vestir y hacer la higiene (93%). También colaboran en actividades de soporte como fomentar reuniones con amigos (35%), acompañar a salir caminando (85%), con medios de transporte (74%), en temas económicos (16%) y religiosos (26%). Forman a la persona que cuidan en un 45% de los casos, no lo hacen en un 19% y no se puede hacer formación por la situación de la persona cuidada en un 16%. Según Rivera, J. y sus col. (2.003) el 24,50% de las personas cuidadas necesitan ayuda en realizar las AVD, porcentaje bajo comparado con nuestros resultados. Esto hace pensar que los cuidadores inmoproff realizan muchas tareas de soporte sobre las AVD o de cuidados básicos. Sin embargo, hay dos datos alarmantes y es que en nuestro estudio se demuestran que hacen actividades de cuidados sanitarios como son preparar medicación (80%) y dar medicación (85%) y además, reconocen que sus estudios no están adecuados al trabajo que realizan (45%). Sin embargo, solo un porcentaje muy bajo, como se verá en las próximas líneas, manifiesta falta de conocimientos sobre la medicación y sobre reconocer y saber actuar ante el empeoramiento de la salud de la persona que cuidan. Los grupos de investigación dirigidos por Brown, J. B. y sus col. (1.997) e Hirono, N. y sus col. (2.002), indican tras sus estudios, que es necesario que se preste información a la persona cuidada para su autocuidado y para el manejo de las redes de apoyo, pero a través de los agentes del sistema de salud, no por cuidadores no profesionales sin formación. Por tanto, consideramos que esta situación es de extrema gravedad ya que casi la mitad de los cuidadores inmoproff considera inadecuados su nivel de estudios al trabajo que realizan y solo un 18,35% reconoce falta de conocimientos en temas de salud y saber actuar, presentando una gran inconsciencia del peligro. Esta situación no solo es grave para ellos, sino también para las personas mayores a las que cuidan y por tanto la administración debería regular estos cuidados, tal como manifiesta la presidenta de la Asociación de Trabajadoras Familiares de Catalunya Blanc, M. (2.003).

Los cuidadores inmoproff tienen dificultad al realizar las actividades de movilizar (14%) y en realizar el aseo (9%) de la PC. En general, el 45% tienen dificultad en alguna tarea, mientras que en el estudio previo de Gallart, A. (2.004) este dato era del 17%, una gran diferencia que quizá se puede atribuir a que en este caso la pregunta ha sido mucho más concreta, es decir anteriormente se le preguntó si en general le faltaban conocimientos y ahora se les ha ofrecido varias alternativas de dificultad de cuidado.

También realizan la compra (66%), preparan la comida (68%), limpian la casa (80%) y limpian la ropa (55%). Es decir, casi 2/3 partes, además de cuidar a la persona mayor, hacen de señora de la limpieza o actividades domésticas. Son autónomas (con o sin contrato) en el

82% de los casos y por tanto pueden ser irregulares en un alto porcentaje. Aunque Ortiz, E. y sus col. (2.005) no indican porcentajes, si que relacionan el tipo de acciones que realizan y vemos que son semejantes a las nuestras. Presentan dos formas de actuación, una es más profesional como es “saber actuar cuando le pase algo a la persona mayor” y otra es más socio-afectiva, con mayor implicación personal y lindando la relación personal “me siento bien porque me tratan como a una más de la familia, hay momentos muy gratificantes, pero en la mayor parte del tiempo me siento muy humillada”.

**Apoyo social.** Tienen apoyo social bajo en un 25% de los casos y su apoyo social es percibido como correcto en un 75% de los casos. La media del apoyo social ha sido de 39,01 en un rango de 11 a 55. Si lo comparamos con Losada, A. y sus col. (2.004) que identifican con apoyo social a un 57% vemos que en nuestro estudio hay mucho más apoyo. Por tanto, se puede pensar que los inmoproff tienen mayor apoyo que los cuidadores informales. Golimbet, V. y sus col. (2.001) señalan que los cuidadores reciben muy pocas ayudas sociales y que desconocen la asistencia social, siendo la visita médica lo que más conocen. En el estudio de Rosa, E. y sus col. (2.004) se ve que con la aparición de los cuidadores inmoproff el apoyo social a los cuidadores informales aumenta. En el estudio de Gómez, M. J. (2.006) los cuidadores opinan que quieren tener más ayuda en un 95% a pesar que el 18% son cuidadores formales y por tanto también solicitan más apoyo. En definitiva, ya que en un 75% de los casos tienen apoyo, se puede pensar que los cuidadores inmoproff tienen más apoyo que los cuidadores informales autóctonos, quizá por ser formales y se sienten con suficiente colaboración y apoyo de la persona que les contrata y del entorno social en Barcelona.

**Religión.** El cuidador inmoproff es Cristiano en un 78,90%, ateo en un 17,43% e Islámico en un 3,67% de los casos. El porcentaje de Cristianos de los cuidadores inmoproff en nuestro estudio se corresponde bastante al porcentaje de Cristianos de los países de origen de los inmigrantes. Si atendemos a los tres países que presentan mayor número de cuidadores inmoproff en nuestro estudio, se observa que el porcentaje de Cristianos en Perú es del 83,10%, en Bolivia del 95% y en Ecuador del 98% (Robertson, P., 2.006), por tanto, datos similares a los de su país y a los de España (78,40%) (Centro de Investigaciones Sociológicas., 2.006). Navaie-Waliser, M. y sus col. (2.002) indican que aunque no disponemos de datos comparativos, sabemos que la religión es un apoyo secundario importante para muchos cuidadores.

**Calidad de vida.** A la pregunta individual sobre “calidad vida global” la media en una escala de 0 a 100 es de 46 y  $\frac{3}{4}$  partes tienen una media de 50. Solo el 25% de los cuidadores están por debajo del percentil 50.

En cuanto a la pregunta individual que hace referencia a su “salud global” la media también es de 55 y  $\frac{3}{4}$  partes tienen una media del 75. El 21% de los casos estaban por debajo del percentil 50 de la escala. Si comparamos estos datos con el total del dominio 1 y 2 de la escala WHOQOL-Bref utilizada en nuestro estudio y que hacen referencia a salud física y psíquica respectivamente, vemos que ambos están alrededor del 70 y por tanto, las preguntas individuales (percepción global de vida global y percepción de salud global) están puntuadas por los cuidadores inmoproff más bajas que el resultado obtenido en los dominios 1 y 2 (salud física y psíquica). Quizá, puede ser porque las preguntas individuales solo admiten cinco respuestas valoradas en porcentajes de 0, 25, 50, 75 y 100% mientras que el resultado de los dominios 1 y 2 son el sumatorio de varias preguntas y pueden alcanzar cualquier porcentaje comprendido entre 0 y 100, pero también puede ser porque su impresión personal de salud o calidad de vida a una sola pregunta sea así de baja y por tanto, porque está condicionada por una visión personal.

**Calidad de vida, dominio salud física.** No presentan enfermedades en el 90% de los casos. La media de la calidad de vida de salud física en una escala de 0 a 100 es de 72,40 y  $\frac{3}{4}$  partes tienen una media de 79. Solo un 4% tienen una calidad de salud inferior al percentil 50. Por tanto, son datos que se corresponden con los estudios de Ford, M. y sus col. (2.000) que hablan de una salud física con el 84 % de salud correcta y de Losada, A. y sus col. (2.004) que indican que los cuidadores consideran su salud mala en un 19,40%, normal en un 67,70% y buena en un 12,90% y por tanto sobre un 81% salud correcta. Finalmente, si las comparamos con los resultados de Golimbet, V. y sus col. (2.001) (con WHOWOL-Bref) se observa que la puntuación de la calidad de vida de salud física es 52,50 y en este caso si que se puede ver una gran diferencia con nuestros resultados. El motivo de esta diferencia creemos es que en el estudio de Golimbet, V. y sus col. (2.001), aunque hay cuidadores formales, predominan los informales y pueden tener un porcentaje de participantes de edad mayor. Esta idea es refrendada por López, G. y sus col. (2.005) que manifiestan que el gasto sanitario de los inmigrantes está por debajo de la media ya que son más jóvenes y tienen mejor salud. Su principal problema de salud es de problemas nutricionales que pueden ser las deficiencias nutricionales y el exceso de grasas y féculas en su dieta. Además, hay que vigilar no sean portadores de enfermedades como la tuberculosis (Balanzó, X., Faixedas, M. y Guayta, R., 2.003), el SIDA y la malaria (Departament de Salut de la Generalitat de

Catalunya., 2.006). En síntesis, creemos que los resultados obtenidos en este estudio no se apartan de los presentados en la literatura y que tienen mayor salud que los cuidadores autóctonos informales.

**Calidad de vida, dominio salud psíquica:** La salud psíquica de los cuidadores inmnooproff tiene una media en una escala de 0 a 100 de 67 y  $\frac{3}{4}$  partes tienen 79 de media. Solo están por debajo del percentil 50 de la escala un 15% de los cuidadores. Por tanto, el cuidador inmnooproff tienen un buen nivel de salud psíquica y están lejos de los datos de Ford, M. y sus col. (2.000) que indica un nivel de depresión del 32,10 % de los cuidadores informales que estudió. Sin embargo, hay que estar muy alerta al síndrome de Ulises ya que es una de las alteraciones psíquicas que más pueden presentar los inmigrantes. El síndrome de Ulises es un estrés que no puede controlar y que se produce al tener muy poco apoyo social. Este síntoma se caracteriza por la aparición de depresión (tristeza, llanto), ansiedad (preocupaciones excesivas, insomnio), síntomas somáticos (cefaleas, fatiga, molestias articulares) y síntomas de tipo disociativos (confusión temporoespacial, despersonalización, desrealización). Además, en muchos casos se añade una interpretación sintomatológica dando un sentido mágico a lo que le ocurre, como el mal de ojo (Atxotegui, J. y sus col., 2.005). Al buscar en nuestro estudio datos que se podrían relacionar con este síndrome, hemos encontrado algunas preguntas de la WHOQOL-Bref que pueden orientar un poco. Entre los participantes observamos que un 37% de los participantes nunca o raramente tenían sentimientos negativos, un 42% tenían sentimientos negativos con una frecuencia mediana, un 20% frecuentemente y un 20% tenían siempre sentimientos negativos. También observamos que un 15% tenían problemas con el sueño, un 10% tenían dolor o molestias importantes, un 11% manifestaban falta de concentración y un 11% encontraban poco o ningún sentido de la vida. Por tanto, parece que no presentan el síndrome de Ulises por las respuestas dadas y también porque presentan apoyo social en un 75% de los casos. En definitiva, no parece que tengan una mala salud psíquica.

**Con respecto al apartado de calidad de vida social** que mide las relaciones sociales, se observa que tienen una media en una escala de 0 a 100 de 61 de la escala y por tanto inferior al 75% de apoyo social detectado por el apoyo social del Duke (que mide un concepto más amplio que las relaciones sociales). Sin embargo,  $\frac{3}{4}$  partes tienen un porcentaje en la escala del 75% y solo un 17% de los cuidadores inmnooproff están por debajo del 50% de la escala, es decir, creemos que tienen bastante buen apoyo y calidad de vida social.

**El dominio de la calidad de vida peor puntuado es la calidad de vida medioambiental** y que tiene que ver con la vivienda. Se obtiene un 57 de media en una escala de 0 a 100 y  $\frac{3}{4}$  partes tienen un 65 en la escala. El 25% tienen un percentil inferior a 50. El motivo puede ser por las malas condiciones de la vivienda ya que un 21% de los cuidadores inmoproff refieren no tener ninguna seguridad o tener poca, un 14% de los cuidadores inmoproff piensan que el lugar donde viven es poco o nada saludable, un 47% de los cuidadores inmoproff creen que tienen poco o nada dinero, un 15% manifiestan tener poca o ninguna información, un 5% de los cuidadores opinan que tienen poco o ningún ocio, un 27% de los cuidadores indican que están insatisfechos o muy insatisfechos con las condiciones del lugar donde viven y un 9% están insatisfechos o muy insatisfechos con el transporte. Parece que el problema está concentrado en disponer de poco dinero, en la seguridad de la vivienda y estar insatisfecho con las condiciones de la vivienda. Como ya se ha visto en el apartado de la discusión referente a la vivienda, aunque ésta era estable en el 60,91% de los casos, no la consideran adecuada y esto les genera una bajada importante de su nivel de calidad de vida. También se ha visto que su nivel económico es bajo. Hay que recordar que la media que se paga anualmente a los cuidadores inmoproff es de 5.000 €/año (Esteve, E., 2.005) y esto les lleva a una situación económica baja, y esto a pesar de que la mayoría no tienen compromisos económicos con su familia en su país.

Si comparamos nuestros resultados con los obtenidos en los cuidadores del estudio liderado por Golimbet, V. y sus col. (2.001), que también utilizó WHOQOL-Bref para medir la calidad de vida, se observa que a la pregunta individual que hace referencia a su “calidad de vida global” la media en una escala de 0 a 100 fue 61,40 y que a la pregunta individual que hace referencia a su “salud global” el resultado que obtuvo fue de 63,40. En cuanto a la puntuación de la calidad de vida del dominio de salud física el resultado fue de 52,5, mientras que para la calidad de vida del dominio de salud psicológica fue de 51,33, para la calidad de vida del dominio social fue de 58,15 y finalmente para la calidad de vida del dominio medioambiental fue de 55,22. Por tanto, se observa que en las respuestas individuales de percepción de la calidad de vida global (46) y de salud global (55), en nuestro estudio son claramente inferiores. El cuidador inmoproff parece tener una tendencia a tener una percepción global baja de su calidad de vida y de la salud, no solo porque es más baja que la de Golimbet (2.001), sino también porque en nuestro estudio se observa que las puntuaciones de las preguntas únicas que se refieren a una percepción global de la calidad de vida (46) y de la salud (55), proporcionan niveles más bajos de calidad que los obtenidos como resultado de la combinación de varias de las preguntas y que se expresan en los dominios 1 y 2 de la escala

WHOQOL-Bref como la calidad de salud física y psíquica (70). Parece haber una tendencia a tener una percepción de la calidad de vida baja, que quizá está provocada por su condición de inmigrante y de vivir en un lugar que no es propio. Sin embargo, con respecto al total de la puntuación de la calidad de vida social y medioambiental los datos son semejantes a los de los cuidadores informales del estudio de Golimbet (2.001). A pesar de ello, opinamos que las causas de los valores bajos en la calidad medioambiental, en el caso de los inmigrantes, pueden basarse más en los problemas de vivienda que se han manifestado durante la investigación.

**Nivel de sobrecarga del cuidador.** En el presente estudio, y aunque no forma parte del mismo, se observó que en el proceso de reclutamiento de los participantes se encontraron antes los cuidadores no sobrecargados que los sobrecargados, de forma que de los 125 cuidadores de donde se han extraído los 110 para nuestro estudio un 56% son no sobrecargados y un 44% sobrecargados, siendo la media de sobrecarga según la escala de Zarit de 46,38. Estos datos son similares a los de Ford, M. y sus col. (2.000) con un 51,20% de sobrecargados, Ríos, M. A. y sus col. (2.001) con un 47,50 % de sobrecargados y Vázquez, M. y sus col. (2.005) con un 50% de sobrecargados (Zarit media:43). Al analizar la causa por la que se han producido resultados tan semejantes observamos que, según Montorio I y sus col. (1.998) el estrés puede ser subjetivo, objetivo y de eficacia y la sobrecarga está dentro del estrés subjetivo principalmente. La causa que puede darnos la explicación de la semejanza de sobrecarga entre cuidador inmnoproff e informal se encuentra en el estrés subjetivo, en la relación emotiva que se produce entre cuidador y la persona cuidada. Es decir, el cuidador suele estar mucho tiempo cuidando a la misma persona y acaba estableciendo un fuerte vínculo afectivo que puede producirle sobrecarga subjetiva (Pereda, C. y sus col., 1.999 y U.S.Department of Health and Human Services., 2.002). De todas formas la existencia de sobrecarga no debe vincularse con un cuidado mal prestado (Greenberger, H. y sus col., 2.003).

Sin embargo, en el estudio de Alonso, B. y sus col. (2.004) el porcentaje de cuidadores sobrecargados es muy superior con un 72,50% (media de sobrecarga según Zarit: 54,76), en el estudio de García, R. y sus col. (2.005) hay un 77,30% de sobrecargados (media de sobrecarga según Zarit: 58,80), de los cuales el 25% tienen sobrecarga moderada y el 53,80% presentan sobrecarga intensa y en el estudio de Gómez, M. J. (2.006) están sobrecargados con niveles altos o muy altos en el 75% de los casos. Entre las posibles causas de este incremento tan grande de sobrecargados, al compararlos con nuestros resultados, podemos

encontrar que el tipo de cuidadores es distinto, así en el estudio de Alonso, B. y sus col. (2.004) solo un 5% de la muestra tiene cuidadores pagados que les alivian la sobrecarga, ya que vimos en el estudio de Rosa, E. y sus col. (2.004) que el tener cuidadores les disminuía mucho la sobrecarga a los familiares. En el estudio de García, R. y sus col. (2.005) el motivo de la diferencia con nuestro estudio quizá es porque solo tienen ayuda formal el 9,40% de los casos, aunque en el estudio de Gómez, M. J. (2.006) hay un 18% de cuidadores formales. Por tanto, se observa que un elemento diferenciador muy importante es el tipo de cuidadores. A continuación, se indican los porcentajes de cuidadores formales no profesionales en diversos estudios. En el estudio de Cox, C. y sus col. (1.996) el 45% de los cuidadores informales africanos trabajan como cuidadores inmoproff y lo mismo ocurría en el 41% de los cuidadores procedentes del sur y centro de América (incluyendo Méjico); en el estudio caso control de Haley, W. y sus col. (2.003) con cuidadores africano-americanos frente a cuidadores anglosajones un 50% de los cuidadores también eran cuidadores formales no profesionales; en el estudio de Rosa, E. y sus col. (2.004) en Italia, un 35% de los cuidadores informales tenían un cuidador inmoproff para que les ayudara y en el estudio de López, G. (2.005) el 12% de las personas cuidadas tenían un cuidador pagado. Finalmente, en el estudio de Ortíz, E. y sus col. (2.005) el 100% de los cuidadores eran cuidadores informales inmigrantes. Otros estudios sobre cuidadores donde hay mayoritariamente cuidadores informales, pero que también hay un porcentaje importante de cuidadores formales no profesionales, sin diferenciar si son o no inmigrantes, son el estudio de Losada, A. y sus col. (2.004) con un 9,70%, de Alonso, B. y sus col. (2.004) con un 5%, de Rinaldi, P. y sus col. (2.005) con un 17% y el de Gómez, M. J. (2.006) con un 18%.

**Integración.** El 61% de los cuidadores inmoproff cumplen 9 de las 12 características determinadas como fundamentales para estar integrados en nuestro estudio: poseer tarjeta sanitaria, vivienda estable, trabajar más o igual a 20h/s, entender el catalán, tener apoyo social, que el apoyo social sea tanto de autóctonos como de inmigrantes, mantener relaciones sociales, tener amigos barceloneses, desear que sus hijos tengan amigos catalanes y que se adapten a las costumbres catalanas, así como participar en asociaciones catalanas y desear quedarse a vivir en Cataluña. El 80% de los cuidadores inmoproff cumplen 4 de las 5 características básicas según se ha definido en nuestro estudio: tener de tarjeta sanitaria, vivienda estable, trabajar más o igual a 20h/s, entender el catalán y tener apoyo social distinto a otras personas inmigrantes. Por tanto, podemos decir que el 61% de los participantes cumplen el 75% de las características de integración y el 80% de los participantes cumplen con las características de integración básicas determinadas en ambos casos para nuestro

estudio en el apartado de variables independientes. Tiene amigos catalanes (75,45%), desea que sus hijos tengan amigos catalanes (92,66%) y no desean que sus hijos se adapten a las costumbres catalanas (11,82%). Relacionado con la integración, manifiestan que tiene falta de conocimientos en costumbres catalanas (16%) y en costumbres españolas (11%). Todos estos datos son muy semejantes a los del estudio previo de Gallart, A. (2.004) con un 75% de integración y un 80% de amigos catalanes. Donde se ha producido un mayor avance ha sido en el deseo que sus hijos tengan amigos catalanes ya que entonces fue de un 65% y ahora del 91,8%. Según un estudio de la Universidad de Barcelona los inmigrantes piensan quedarse en Cataluña en un 75% de los casos (Gencat.net/premsa., 2.003), mientras que en nuestro estudio piensan quedarse indefinidamente el 40,90% y no saben que harán el 25,45%. Esta diferencia quizá se deba a que hay un porcentaje que no ha contestado o no sabe que contestar, presuntamente porque este porcentaje se corresponde con el 25% de cuidadores inmnoiproff que acaban de llegar.

**Tarjeta sanitaria.** Disponen de la tarjeta sanitaria el 94% de la muestra. Todo parece indicar que este es uno de los primeros beneficios que consiguen inmediatamente después de que se empadronan (Balanzó, X. y sus col., 2.003), sin embargo, Borrell, C. y sus col. (2.005) alertan que según un estudio realizado por la Fundación Bofill disponer de la tarjeta no siempre es suficiente para frenar las desigualdades en salud en función de la clase social, sexo y lugar. En este mismo estudio se recomienda profundizar en las condiciones de las viviendas de los inmigrantes y en como la vivienda repercute en su salud.

**Vivienda.** Los cuidadores inmnoiproff tienen una vivienda estable en un 60,91% de los casos. Este dato varía mucho según los autores, así por ejemplo el Departamento de Bienestar y familia indica que los inmigrantes viven de alquiler en condiciones aceptables y que el 80% no ha cambiado de localidad (Gencat.net/premsa., 2.003), en cambio Pereda, C. (2.006) indica que los inmigrantes en España, al igual que en Cataluña y Barcelona, viven en condiciones hacinadas y que además, ésto provoca que sean lugar de maltrato a los inmigrantes (Institut Català de la Dona., 2.005). En nuestra opinión, creemos que el dato de casi el 61% de vivienda estable obtenido en este estudio es quizás demasiado alto o quizá se explica por el alto grado del cumplimiento de las características de integración (9 sobre 12) y del tiempo que llevan viviendo en Cataluña (el 75% lleva 60 meses).

**Otros trabajos a demás de cuidador.** El 55,45% de los participantes no tienen ningún otro trabajo. Los que desarrollan otro trabajo lo hacen con una media de 15,80h/s (DE 9,50).

Nuestros datos son muy similares a los de Alonso, B. y sus col. (2.004) cuando dicen que son amas de casa en un 54,30%. Por tanto, no encontramos grandes diferencias, pero algo inferiores a los de Gómez, M. J. (2.006) que indica que un 70% no trabajan en ningún otro trabajo. Hay que recordar que según Pajares, M. (2.005) el 87% de los inmigrantes están ocupados y que según datos del Instituto Nacional de Estadística. (2.006d) sus principales sectores ocupación son el servicio doméstico 28% y la construcción 17,80%. Además, no parece que la administración ponga muchas facilidades a trabajar en otros campos ya que el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España ha eliminado, en contra del posicionamiento de la Generalitat de Catalunya, del catalogo de empleos de difícil cobertura profesiones como médicos e informáticos. El hecho de constar en este catalogo permite a los empresarios contratar un trabajador extranjero directamente desde su país de origen. El 26,30% de los inmigrantes en el primer trimestre del 2.006 están en situación regular en España (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.006d) e (Instituto Nacional de Estadística., 2.006c).

**Idioma.** Hay que destacar que para participar en nuestro estudio era necesario entender y leer el castellano y por tanto, a este respecto no se podrá analizar ningún resultado. Con respecto al catalán, diremos que entienden el catalán el 70%, lo habla el 6,36%, lo lee el 10% y lo escribe el 14,55%. Un 59% de los cuidadores inmoproff no cree que la falta de conocimiento del catalán dificulte tener amigos en Cataluña. Un 48% no cree que desconocer el catalán dificulte cuidar a personas mayores. En el trabajo previo de Gallart, A. (2.004) se obtuvieron los siguientes resultados: entiende el catalán un 55,45%, lo habla el 4,54%, lo lee el 13,64%, escriben el 13,64%, un 67% de los cuidadores inmoproff no creía que la falta de conocimiento del catalán dificultara tener amigos en Cataluña y un 73% no creía que dificultase cuidar a personas mayores. A este respecto, hay que decir que parece haber una tendencia en los tres últimos años al aumentar el porcentaje de los que lo entienden y hablan, así como de los que creen que es necesario conocerlo para cuidar. Quizá esto tenga que ver con los datos de Sanz RM. (2.005) que indican que las clases de catalán han aumentado un 40% en el 2.005. Al comparar los datos del Departamento de Bienestar de la Generalitat sobre el nivel de catalán de los inmigrantes, observamos que un 50% de los inmigrantes comprenden el catalán, mientras que en nuestro estudio se produce en un 70% de los participantes (Gencat.net/premsa., 2.003). Quizá sea debido al mayor nivel de estudios que antes citábamos en los cuidadores inmoproff de nuestro estudio. El Departament de Benestar de la Generalitat indica que hablan el catalán un 27 % de inmigrantes, mientras que en nuestro estudio solo se produce en un 6%. La verdad es que el dato que proporciona el

Departament de Benestar en cuanto a que el 27% de inmigrantes saben hablar el catalán parece un poco alto si tenemos en cuenta los datos de la Generalitat de Catalunya, que indican que sólo el 29,8% de los habitantes del área metropolitana de Barcelona tienen el catalán como idioma básico (Generalitat de Catalunya., 2.006). Es decir, se hace raro pensar que un 27% de los inmigrantes hablan el catalán cuando solo un 29,80% de los residentes autóctonos de Barcelona tienen el catalán como idioma básico. En definitiva, creemos que un porcentaje elevado de cuidadores de nuestro estudio entienden el catalán, tal como ocurre en la literatura, pero lo hablan muy poco comparado con los datos de la Generalitat de Catalunya, el motivo podría ser que a los cuidadores inmigrantes les es más necesario entender en catalán que hablarlo.

**Costumbres catalanas o españolas.** En nuestra investigación se ha conocido cual es la opinión de los cuidadores inmnoiproff respecto a las costumbres catalanas o españolas. El 33% de los cuidadores inmnoiproff opinan que desconocer las costumbres catalanas o españolas puede disminuir tener amigos, el 31% opina que desconocer las costumbres catalanas pueden dificultar el cuidado de las personas mayores y el 22% cuando se desconocen las costumbres españolas. El 31% de los cuidadores inmnoiproff piensa que el carácter catalán puede afectar el tener amigos y el 23% que el carácter catalán puede dificultar el cuidado de las personas mayores. Según estos datos, se puede sintetizar que aproximadamente una tercera parte de la muestra piensa que desconocer temas relacionados con las costumbres catalanas les puede dificultar su actividad de trabajo o convivencia. Estas son opiniones que coinciden con las expresadas por Sanz RM. (2.005) donde explica que el ayuntamiento de Barcelona cree que es necesario que los inmigrantes conozcan las costumbres catalanas y por esto han creado cursos para explicarlas. También en términos generales hay autores que indican que los cuidadores inmigrantes tienen la necesidad de conocer las costumbres autóctonas para realizar los cuidados a las personas dependientes (Dilworth , P. y sus col., 2.002).

**Tiempo que desea quedarse en Cataluña.** El 40% de los cuidadores inmnoiproff desean quedarse siempre en Cataluña y el 25% no lo saben. El Departament de Benestar de la Generalitat de Catalunya indica que el 75% de los inmigrantes desean quedarse en Cataluña (Gencat.net/premsa., 2.003), mientras que en el estudio previo de Gallart, A. (2.004) se observa que desearían quedarse indefinidamente en Cataluña en casi la mitad de los casos. Por tanto, nuestros datos son muy distintos a los de la Generalitat de Catalunya y se debería estudiar porque hay esta diferencia.

**Discriminación racial.** El 75% de la muestra indica que no ha tenido problemas de discriminación racial. Los datos son menores al estudio de Gallart, A. (2.004) de hace tres años que presentaron un 88% y si tenemos en cuenta los datos de la organización no gubernamental “S.O.S Racismo” que indican que las demandas han aumentado de 116 casos en el 2.003 a 131 casos en el 2.004 (S.O.S Racismo., 2.005), todo parece indicar que se está empeorando la situación de discriminación racial en España, ya que ahora ya encontramos una cuarta parte que si han tenido problemas de discriminación racial. Según el Observatorio Español del Racismo y Xenofobia. (2.006) los españoles manifiestan un rechazo a la xenofobia, pero siguen modalidades encubiertas como cuando no se quiere alquilar una vivienda en una zona determinada o en la elección de colegio para los hijos. Sin embargo, hay consenso en que deben tener los mismos derechos sociales y de ciudadanos, derecho al cobro de subsidio de desempleo e incluso derecho a votar en las municipales. El 65% de los españoles valora positivo la existencia en España de personas de origen racial, religiosa y cultural diferentes. El 62% de españoles no creen que los inmigrantes quiten el trabajo a los españoles, pero si que piensan que al aceptar sueldos inferiores están haciendo bajar los sueldos medios.

Los datos proporcionados por el Observatorio Español del Racismo y Xenofobia (2.006), indican que un 38% de los españoles piensa que los inmigrantes quitan el trabajo y un 35% no ve positivo a los inmigrantes. Estos datos son preocupantes para el apoyo social e integración de los cuidadores inmnooproff.

A pesar de estos datos que no son positivos, vemos que si existen datos positivos hacia la integración como los resultados publicados por el Ministerio de Trabajo que indica que el 63% de los 173.038 extranjeros que se casaron entre 1.996 y el 2.004 lo hicieron con personas españolas (Instituto Nacional de Estadística., 2.006b). Por tanto, y a pesar de que hay datos positivos y negativos, se hace necesario estar alerta y trabajar firmemente para evitar situaciones de discriminación racial.

## 7.2. Perfil del de la persona cuidada.

**Género.** El 63,64% de las personas cuidadas eran mujer, aunque en la franja de 65 a 80 años llega a representar el 91% de los casos, mientras que éstas son el 66% en la franja de 60 a 64 años y el 72% en los mayores de 80 años. No creemos destacable la diferencia con los estudios de López-Pousa, S. y sus col. (2.004) (71%) y Gómez, M. J. (2.006) (75%) y es casi igual al de Rinaldi, P. y sus col. (2.005) (63%). Según el Instituto Nacional de Estadística las mujeres mayores de 65 años en Cataluña representan el 58,27% (Institut d'Estadística Generalitat Catalunya., 2.006c), con datos similares a los nuestros.

Según el libro blanco de la dependencia, en su Volumen I (Rodríguez, A y col., 2.004b) el porcentaje de personas que precisan cuidados con cuidador pagado por ser dependientes es en el caso de los hombres de un 17,13% y para las mujeres de un 82,87%. Al compararlos con nuestro estudio observamos que el porcentaje de mujeres es bastante más bajo al dado por el libro de la dependencia. Volvemos a creer que probablemente, muchas mujeres que precisarían de una ayuda no lo hacen por un tema cultural, pero también por falta de recursos económicos.

**Edad.** La edad media de la persona cuidada es de 80,61 años. Un 5% tienen entre 60 a 64 años, un 55,45% tienen de 65 a 80 años y un 34,55% son mayores de 80 años. Son datos cercanos a Navaie-Waliser, M. y sus col. (2.002) (74 años), Losada, A. y sus col. (2.004) (80,40 años), López-Pousa, S. y sus col. (2.004) (75,20 años), Rinaldi, P. y sus col. (2.005) (75,80 años) y Gómez, M. J. (2.006) (82,40 años).

Según el libro blanco de la dependencia, en su Volumen I, cuando los mayores tienen entre 60 a 64 años recibirán cuidados de un cuidador remunerado en el 15,90% de los casos; cuando los mayores tienen entre 65 a 80 años en el 41,30% y cuando los mayores son mayores de 80 años en el 42,70% de los casos (Rodríguez, A. y sus col., 2.004b). Al comparar los datos de Rodríguez y sus col. (2.004) con nuestro estudio observamos que son semejantes con la excepción que en nuestro estudio la población entre 60 y 64 años con cuidador inmnoproff es más bajo (5%), probablemente porque personas de esta edad, aún ya teniendo en parte necesidad de ayuda, se pueden resistir a solicitarla por el coste económico o porque quieren valerse por si mismos.

**Estado civil:** Las PC eran viudas en el 50% de los casos (27,50% si eran viudos) y estaban casadas en 38,57% de los casos (60% si eran hombres casados). Estos datos no están lejanos

a los de Rodríguez, A. y sus col. (2.004f) donde la mujer esta viuda (66%) y el hombre casado (55,70%).

**Convivencia.** La persona mayor convive con sus hijos (32,72%), con su esposo/a (29,09%) o solo (31,54%). Al comparar estos datos con los del Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona donde se señala que viven solas el 25,32% de las personas mayores de 65 años (82.000 personas) (Ayuntamiento Barcelona., 2.005) se observa que son datos bastante semejantes. También, son datos similares a los del libro blanco de la dependencia donde el 28,5% viven con sus hijos. Sin embargo, la diferencia está en que según el libro blanco de la dependencia viven con su pareja el 48% Rodríguez, A. y sus col. (2.004f) y en nuestro estudio solo el 29%, precisamente este dato puede justificar la presencia de cuidadores inmoproff que complementen a la hija como cuidadora.

**Tiempo viviendo en Cataluña.** La media del tiempo que llevan viviendo en Cataluña es de 60,16 años. Según datos de la investigación previa de Gallart, A. (2.004) la media fue de 60 años, con plena coincidencia con los datos actuales.

**Idioma.** Catalano parlante en un 55,45% de los casos. Si observamos los datos de la Generalitat de Catalunya, que indican que los habitantes del área metropolitana de Barcelona que tienen el catalán como idioma básico son sólo el 29,80% y cuando lo combina con el castellano sube hasta el 43,40% (Generalitat de Catalunya., 2.006), se obtiene un dato aproximado a nuestro estudio, aunque no es específico para este rango de edad.

**Nivel de estudios.** Un 11,93% de las personas cuidadas de la muestra no han tenido escolarización. Un 21,10% no han finalizado la primaria, un 33,94% tienen la primaria, un 9,17% tienen la secundaria acabada y un 5,50% tienen estudios superiores. Los porcentajes son similares a los de la población catalana mayor de 65 años: analfabetos (10%); sin finalizar primaria (35,70%); primaria (41,90%); con secundaria acabada (8,40%) y con estudios superiores (4%) (Fundació Institut Català de l'envelliment., 2.004).

**Nivel de ingresos.** Atendiendo a los criterios de exclusión no se han tenido en cuenta las respuestas que hacen referencia a este apartado cuando en el test Mini-Mental de Lobo la puntuación obtenida ha sido menor a 24 en las personas menores de 65 años y menor a una puntuación de 28 en los igual o mayores de 65 años. Las respuestas válidas fueron solo de 29 personas si tampoco se consideran cuando ha contestado que no saben su nivel de ingresos.

Con estas particularidades se observa un nivel bajo en 31%, medio en 44,83% y alto en 24,14%. Si tenemos en cuenta los datos del ayuntamiento de Barcelona que indican que una de cada tres mujeres dispone menos de 360 €/mes (Ayuntamiento Barcelona., 2.005), es decir por debajo de los niveles de pobreza de 483 €/mes, así como las del Instituto Nacional de Estadística que señalan que en Cataluña la pobreza se da en un 12,5% y que el perfil es el de una mujer (60%) y pensionista (75%) (Instituto Nacional de Estadística., 2.005), pensamos que probablemente, el perfil de la persona mayor que tienen un cuidador pagado es fácilmente comparable con el de Cataluña en general, ya que la población con pobreza no realiza esta contratación. Sin embargo, el hecho que el 31% de las PC en nuestro estudio se declararon con nivel bajo, indica hasta que punto las familias hacen un esfuerzo por cuidar a sus mayores, aunque sea pagando un cuidador a pesar de tener un nivel económico bajo.

**Salud física.** El nivel de salud física de la PC ha sido calculado según la escala de la Cruz Roja. Presentan dependencia física baja ya que realiza actos de la vida diaria y deambula con alguna dificultad en un 7,27% de los casos. Tienen dependencia física media un 50% ya que el 22,73% de las personas tiene alguna dificultad en las AVD y deambula con bastón y además un 27,27% tienen grave dificultad en las AVD, deambula ayudado y presenta incontinencia ocasional. Finalmente tienen dependencia física alta un 42,73%, precisando ayuda para casi todas AVD e incontinencia habitual en el 32,73% y estando inmóvil en cama/sillón, siendo dependiente total y precisando cuidados continuados en un 10% de las personas mayores.

Los datos de Gallart, A. (2.004) obtenidos con la escala de Cruz Roja, en su investigación previa sobre el cansancio de cuidadores inmigrantes indicaron que las PC presentan dependencia física baja ya que realiza actos de la vida diaria y deambula con alguna dificultad en un 21,82% de los casos. Tienen dependencia física media un 47,28% ya que el 13,64% tiene alguna dificultad en las AVD y deambula con bastón y además un 33,64% tienen grave dificultad en las AVD, deambula ayudado y presenta incontinencia ocasional. Finalmente tienen dependencia física alta en un 30,91%, precisando ayuda para casi todas AVD e incontinencia habitual en el 21,82% y estando inmóvil en cama/sillón, siendo dependiente total y precisando cuidados continuados en un 9,09% de las personas mayores.

Si se comparan los datos del presente estudio con los del estudio previo sobre el cansancio de Gallart, A. (2.004) que utilizó la misma escala, se observa un descenso del porcentaje de la dependencia baja, un mantenimiento de la media y un aumento de la dependencia física alta.

En este sentido ha empeorado la salud de las personas que cuidamos. Quizá esto ha permitido identificar mejor su relación con la sobrecarga. Al igual que ocurre en nuestro estudio, Ríos, M. A. y sus col. (2.001) señalan como mediana el valor de 3 (3 es nivel que corresponde a grave dificultad en las AVD, deambula ayudado y presenta incontinencia ocasional) de la escala de la Cruz Roja de salud física (rango de 0 a 5). También Rinaldi, P. y sus col. (2.005) indican 3,4 (en una escala de salud de 0 a 6). Por tanto, en ambos casos, se observan semejanzas.

Un dato interesante lo ofrece Gómez, M. J. (2.006) que indica el grado de deterioro físico grave en el 65%, moderado en el 25% y leve en el 10%. Por lo tanto, observamos que nuestros resultados (grave en el 42,73%, moderado en el 50% y leve en el 7,27%) son algo menores en gravedad.

Si se tienen en cuenta los datos proporcionados por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), (2.002) donde se identifica como dependientes a un 33% de los mayores de 65 años y se compara con los datos de nuestro estudio, se observa que aunque solo se contabilizara la dependencia media y alta se obtendría que un 92,73% de las personas de nuestro estudio son dependientes y por tanto, resultados muy superiores. Es normal que nuestros resultados sean superiores, porque nuestra población estudiada necesita un cuidador y casi toda es dependiente, por lo que no se pueden comparar ambos resultados al ser poblaciones diferentes. Por otra parte, los datos del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (2.004) con respecto a la Percepción de salud de los mayores (60 a 74 años), muestran muy buena salud en un 16% de los mayores, normal en el 56% y no buena en el 27%. Estos datos se acercan a los nuestros de nuevo, pero hay que tener en cuenta que sus datos son de la población mayor en general y no de la que necesita el cuidador.

En cuanto al tiempo que las personas mayores de nuestro estudio hace que sufren una enfermedad, se observa una media de 12,73 años y un percentil 50 de 4 años, datos cercanos a Gómez, M. J. (2.006) que indica un tiempo de enfermedad mayor de 4 años en el 55% de los casos. En definitiva, y tras analizar todos los datos, creemos que nuestros resultados pueden ser válidos y no presentan desviación respecto a las características de las personas cuidadas en nuestro país.

**Salud mental:** El nivel de salud mental de la PC ha sido calculado según la escala de la Cruz Roja. Los resultados que muestran son los siguientes. No tienen ninguna alteración de la

capacidad mental en un 8,18% de los mayores del estudio. Presentan alteración de la capacidad mental leve en un 43,64% ya que tienen ligera desorientación. Tienen capacidad mental moderada en un 34,55% ya que el 30% tiene desorientación temporal y el 4,55% tiene desorientación, conversación ilógica, confunde y presenta incontinencia frecuente. Y finalmente tienen incapacidad mental grave en un 13,64% ya que un 11,82% presentan desorientación, alteraciones mentales e incontinencia habitual y un 1,82% tienen vida vegetativa.

Ríos, M. A. y sus col. (2.001) también utilizaron la escala de la Cruz Roja de salud mental con un rango de 0 a 5 y encontraron una mediana con valor de 1 (1 es nivel que corresponde a ligera desorientación), resultado igual que la mediana encontrada en nuestro estudio, es decir parece que la alteración mental de las personas que son cuidadas a domicilio no presentan gran alteración mental, probablemente porque cuando ocurre esto necesitan de cuidados más especiales fuera del domicilio.

Los datos de Gallart, A. (2.004) obtenidos con la escala de Cruz Roja de salud mental, en su investigación previa sobre el cansancio de cuidadores inmigrantes son los siguientes. No tienen ninguna alteración de la capacidad mental en un 18,18% de los mayores del estudio. Presentan alteración de la capacidad mental leve en un 41,82% ya que tienen ligera desorientación. Tienen capacidad mental moderada en un 30,91% ya que el 26,36% tiene desorientación temporal y el 4,55% tiene desorientación, conversación ilógica, confunde y presenta incontinencia frecuente. Y finalmente tienen incapacidad mental grave en un 9,09% ya que presentan desorientación, alteraciones mentales e incontinencia habitual.

Si se comparan los datos del presente estudio con los del estudio previo sobre el cansancio de Gallart, A. (2.004) se observa un descenso de las personas sin ninguna alteración y un aumento en el resto de alteraciones mentales leve, moderada o grave.

En nuestro estudio solo indicaron que tenían depresión un 1,82%. Por otra parte Kenneth, L. y Marcia, V. (2.004) señalan que el 62% de las personas mayores cuidadas por cuidadores informales presentan alguna alteración de la salud mental, mientras que en nuestro estudio un 48,19% de las PC tenían alteración de su salud mental.

Al comparar nuestros resultados con los de Gómez, M. J. (2.006) vemos que en su estudio la demencia es del 33% y que el deterioro psíquico es grave en un 60%, moderado en un 30% y

leve en un 10%, manifestándose una gran diferencia con nuestros resultados ya que en nuestro estudio no hay relación entre la sobrecarga del cuidador y el nivel psíquico de la PC y en Gómez si que hay relación con la sobrecarga, aunque en su estudio existía un 18% de cuidadores formales no indicó si eran inmigrantes.

Según el test Mini-Mental el grado cognitivo en nuestro estudio presenta una media de 22 (en un rango de 0 a 35), resultado por debajo, pero muy cercano al mismo, del corte de normalidad de 24 de la escala. Al relacionar los valores de esta escala con los niveles de salud mental de la Cruz Roja se observaron resultados significativos (calculada con ANOVA  $p < 0,001$ ), de tal forma que a mayor grado cognitivo mejor estado de salud mental. Así las personas mayores con nivel de salud mental de 0 y 1 de la escala de la Cruz Roja (nivel 0 corresponde a normalidad mental y nivel 1 a ligera desorientación) están ambos por encima de los valores normales cognitivos (24) según la escala Mini-Mental. Los grupos de personas mayores con nivel 0 y de nivel 1 de salud mental, según la escala de Cruz Roja, suponen casi al 52% de nuestra muestra. Por tanto, nuestra muestra presenta una salud mental poco alterada. En cuanto al grupo de mayores con nivel 2 de salud mental en la escala de la Cruz Roja (nivel 2 se corresponde a desorientación temporal) tiene un valor cognitivo de 22,48 muy cercano al corte de normalidad de 24. Finalmente para los niveles de peor salud mental se observó que disminuía su nivel cognitivo. Así, el nivel 3 de salud mental (que corresponde con desorientación y conversación ilógica) presenta un valor cognitivo de 12,40 y el nivel 4 (desorientación y alteraciones mentales) un valor cognitivo de 9,15. Por tanto, esto indica que probablemente las alteraciones mentales de nuestro grupo no son muy importantes.

**Apoyo familiar.** Los familiares de las PC colaboran con el cuidador inmnoproff en un 80,91% de los casos. Este dato no dista mucho del resultado de Rodríguez, A. y sus col. (2.004f) cuando afirman que el 95% de personas mayores dependientes reciben cuidados no profesionales, aunque solo el 10% tienen ayuda social y también a los resultados de López, G. (2.005) cuando dicen que en el 83% de los casos el cuidado está proporcionado por cuidadores informales.

**Religión.** Atendiendo a los criterios de exclusión no se han tenido en cuenta las respuestas que hacen referencia a este apartado cuando en test de Mini-Mental de Lobo ha sido menor a 24 para personas cuidadas menores de 65 años y de 28 personas igual o mayores de 65 años. Las respuestas válidas han sido solo de 33 personas y muestran que las PC son Cristianas en un 96,97% de los casos. Según datos del INE son Cristianos el 78,40% de los españoles y por

tanto, datos próximos a los nuestros, sobre todo considerando que con la edad puede haber aumentado el porcentaje (Centro de Investigaciones Sociológicas., 2.006).

### **7.3. Factores relacionados con la sobrecarga del cuidador inmnoiproff.**

Una vez realizada la discusión con respecto al perfil del cuidador inmnoiproff y de la persona cuidada, pasamos a desarrollar la discusión que hace referencia a los factores de la sobrecarga relacionados con los objetivos del estudio, por este motivo, se analizará inicialmente la relación entre la sobrecarga del cuidador inmnoiproff y las principales variables como son su apoyo social, la calidad de vida e integración, así como los factores relacionados con la sobrecarga del cuidador inmnoiproff y la salud de la persona cuidada. Seguidamente se realizará la discusión sobre el resto de factores que están relacionados con la sobrecarga, nos referimos a distintas variables sociodemográficas y a su vez variables relacionadas con el cuidado propiamente dicho. Es necesario señalar que tras realizar la discusión sobre los factores relacionados con la sobrecarga, se realizará la discusión del apoyo social, la calidad de vida medioambiental y la integración como variables dependientes.

#### **7.3.1. El apoyo social del cuidador inmnoiproff frente a la sobrecarga.**

Los resultados del estudio identifican al apoyo social en el cuidador inmnoiproff como una de las variables más destacables en la relación con la sobrecarga tanto en el análisis bivariable como en el multivariable, ya sea considerándola cualitativa como cuantitativamente. Nuestro estudio ha medido el apoyo social tanto con la escala de Duke como con la tercera dimensión de la escala de WHOQOL-Bref que se refiere a la calidad de vida social. La escala de Duke proporciona datos relacionados con el apoyo confidencial y afectivo, mientras que el tercer dominio de la escala de WHOQOL-Bref, que trata la calidad de vida social, se centra más en las relaciones sociales. Según O'Carroll, R. y sus col. (2.000) los resultados del tercer dominio de la escala WHOQOL-Bref son correctos pero su sensibilidad es menor que la de la escala de Duke y O'Carroll y sus col. (2.000) recomiendan consolidar sus resultados con otra escala, motivo por lo que hemos utilizado ambas escalas.

Los resultados de nuestro estudio con la escala de Duke muestran que los cuidadores inmnoiproff que no tienen apoyo social presentan un 19% más de sobrecarga frente a cuando si tienen apoyo social (p: 0,001). La escala de Duke presenta dos dimensiones que son el apoyo afectivo (se refiere a conceptos como disponer de personas con quien hablar de los problemas y que se preocupan de uno) y el apoyo confidencial (se refiere a recibir ayuda en el domicilio, trabajo o al enfermar) y en ambos casos están relacionadas con niveles bajos de

sobrecarga. Así hemos encontrado que existe un 20% más de sobrecarga si no hay apoyo afectivo y un 16% más de sobrecarga si no hay apoyo confidencial. En realidad, valoramos que el porcentaje no es muy distinto entre ambos y por tanto, no podemos destacar uno del otro. Para reforzar estos resultados se puede también comprobar que en nuestro estudio los cuidadores inmnooproff “no sobrecargados” presentan un 17% más de apoyo social que los sobrecargados ( $p: 0,001$ ), un 13% más de apoyo afectivo y un 19% más de apoyo confidencial. Igualmente se ha observado que el coeficiente de correlación de Spearman muestra una relación moderada entre el apoyo afectivo y el confidencial frente a la sobrecarga (respectivamente  $r: -0,25, p < 0,006$  y  $r: -0,02, p < 0,01$ ) y aunque son correlaciones bajas si muestran una tendencia que indican que a mayor apoyo social menor sobrecarga. Todos estos datos coinciden con diversos autores que también han señalado la relación entre el apoyo social y la sobrecarga. Así, en el estudio desarrollado por Rivera, J. y sus col. (2.003) se llega a la conclusión que aumentar el apoyo formal disminuye la sobrecarga del cuidador. Igualmente, Albar, M. (2.004) manifiesta que a mayor apoyo social hay menor sobrecarga en los profesionales y que por tanto, aumentar el apoyo social puede participar en la prevención de la aparición del “sentimiento de quemado”. Es decir, los cuidadores que tienen un apoyo formal están menos sobrecargados.

En el estudio de López, S. y sus col. (2.005) para validar el índice de esfuerzo del cuidador se comprobó que había una correlación de Spearman negativa ( $r: -0,38, p < 0,001$ ) de forma que a medida que aumenta el apoyo social disminuye la sobrecarga. Este dato reafirma nuestros resultados ya que es muy similar a nuestro índice de correlación de Spearman del apoyo social frente a la sobrecarga ( $r: -0,30, p: 0,001$ ) en donde se observa que a menor nivel de apoyo social se encuentra mayor nivel de sobrecarga. Sin embargo, García, R. y sus col. (2.005) documentan que la carga del cuidado no solo depende del apoyo con el que cuenta sino que también depende de sus estrategias de afrontamiento. Por tanto, será necesario valorar otros elementos además del apoyo social, a pesar que este apoyo es una variable muy importante.

Finalmente se ha observado que el apoyo social según la escala de Duke es una de las cinco variables que participa en la regresión logística de la sobrecarga ( $\beta : -0,18; p: 0,04$ ) disminuyendo la sobrecarga con una  $\beta$  exponencial de 0,83 de forma que por cada 10 puntos más en la escala de apoyo social se disminuye 12 puntos en la sobrecarga. También la calidad de vida social como indicador de apoyo social ha obtenido en la regresión lineal, un valor  $\beta -0,17$  ( $p: 0,03$ ) de forma que por cada 10 puntos que disminuye la escala de calidad social se

aumenta la sobrecarga en 1,71 puntos. Estos resultados de nuestro estudio están apoyados por numerosos autores Washio, M. y sus col. (2.001), Rivera, J. y sus col. (2.003), Albar, M. (2.004) y López, S. y sus col. (2.005) que indican como el apoyo social y las relaciones sociales son variables muy importantes para disminuir la sobrecarga.

Tras analizar individualmente el apoyo social, cabe estudiar otras variables que tienen que ver con el apoyo social y que también han presentado significación estadística con la sobrecarga. Nos referimos a la frecuencia con que los cuidadores inmnoiproff reciben apoyo social de otras personas, al acceso a organismos que prestan apoyo formal y a la colaboración de los familiares en el cuidado. Otro grupo de factores próximo al apoyo social que también se ha estudiado es el que se refiere a valorar la opinión de los cuidadores inmnoiproff sobre si el desconocimiento de las costumbres catalanas y españolas o el carácter de la persona catalana pueden influir en la facilidad de obtener apoyo social, hacer amigos y como elemento social facilitador para realizar correctamente los cuidados a la persona mayor.

**Frecuencia con que recibe apoyo el cuidador inmnoiproff.** Durante nuestro estudio se ha observado que generalmente la menor frecuencia de apoyo social a los cuidadores inmnoiproff se asocia significativamente con niveles mayores de su sobrecarga (p: 0,009). Este resultado no hace más que evidenciar objetivamente aquello que ya creíamos antes del estudio, es decir que cuando una persona recibe apoyo social frecuentemente entonces la persona se encuentra mejor para afrontar el cuidado de otras personas. Distintos autores como Cox, C. y sus col. (1.996) señalaron que las barreras culturales dificultan la frecuencia del apoyo. Más tarde otros autores lo complementaron como es el caso de Wallace, S. y sus col. (2.002), Katbamma, S. y sus col. (2.002) y Haley, W. y sus col. (2.003) que indicaron que los cuidadores inmigrantes tienen dificultades para disponer del apoyo social con la frecuencia deseada por ellos y que además, están menos satisfechos con el soporte que reciben de sus redes informales. Es decir, los cuidadores de minorías culturales, y especialmente las africano americanas, creen que no reciben el soporte suficiente de las personas que les rodea. En definitiva, se cree que es necesario trabajar para asegurar que el apoyo a los cuidadores inmnoiproff se produzca frecuentemente.

**El acceso de los cuidadores inmnoiproff a organismos que prestan ayuda formal.** Los cuidadores inmnoiproff de nuestro estudio que acuden siempre a organismos que prestan ayuda formal presentan casi seis veces (odds ratio 5,85) más sobrecarga que aquellos que acuden raramente a los organismos que prestan ayuda formal y además los cuidadores

inmnoproff que acuden siempre a organismos que prestan apoyo formal también presentan mayor nivel de apoyo social ( $p < 0,001$ ). Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Washio, M. y sus col. (2.001) donde se comparaban dos grupos de cuidadores, uno poco sobrecargado y otro altamente sobrecargado y donde se obtuvo que los sobrecargados asistían un 40% más a las organizaciones de apoyo formal que los no sobrecargados ( $p = 0,03$ ). Por tanto, estos datos refuerzan los resultados de nuestro estudio, que indican que a mayor sobrecarga se acude más a los organismos formales para disminuir la sobrecarga. Además, nuestros resultados presentan la misma orientación que la opinión de Rivera, J. y sus col. (2.003) que muestran que acceder a las organizaciones de apoyo formal disminuye la sobrecarga. Así mismo, los datos proporcionados por los servicios sociales del ayuntamiento de Barcelona sobre el uso de las organizaciones por parte de los inmigrantes, en donde uno de cada cuatro usuarios de los servicios sociales de Barcelona es inmigrante, apoyan la idea que los inmigrantes acceden a organismos que prestan apoyo formal para buscar solución a sus problemas. El servicio de atención social de Barcelona recibió en el 2.005 a 38.500 personas, de las que 9.237 eran inmigrantes (24%), siendo el principal motivo de consulta el empadronamiento, la escolarización de los hijos o la solicitud de la tarjeta sanitaria, todas ellas para recibir y formalizar apoyo social (Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona., 2.005). Sin embargo, cuando un cuidador acude a un organismo que presta apoyo formal no siempre representa una mejora en su sobrecarga tal y como ocurrió en el estudio del programa educativo ALOIS, liderado por Alonso, B. y sus col. (2.004) donde se observó que la sobrecarga en los cuidadores no varió después de realizar una acción formativa. Los datos de Alonso, B. y sus col. (2.004) y del Servei Social de Barcelona (2.005), como el apoyo social que buscan los cuidadores en las organizaciones puede tener el objetivo de recibir formación, pero también recibir ayuda en el cuidado y en otros temas sociales como el empadronamiento. Un ejemplo claro de la búsqueda de formación en el cuidado, pero también de la búsqueda de información social, son varios de los centros o instituciones que han participado en nuestro estudio como son la Asociación Católica Internacional de Juventudes Femeninas o Probens.

**El tipo de colaboración familiar.** Cuando el cuidador inmnoproff recibe colaboración de un familiar de la persona que cuida en “todo o casi todo” y en “mantener económicamente y prestar cuidados sanitarios” se observa una disminución estadísticamente significativa de la sobrecarga de los cuidadores inmnoproff ( $\beta$ : -3,86;  $p$ : 0,02 y  $\beta$ : -5,75  $p$ : 0,01 respectivamente). Este tipo de colaboración del familiar puede significar para el cuidador inmnoproff un sentimiento de seguridad y apoyo en el cuidado de la persona mayor, es decir

que el cuidador no se siente solo y con toda la responsabilidad del cuidado de la persona mayor, sino que el familiar está directamente implicado, preocupado y motivado por el buen cuidado de la persona mayor, trabajando en equipo por el bienestar de la persona mayor y por tanto, el cuidador se siente respaldado y motivado. En este estudio no se ha analizado en que grado esta colaboración puede sobrecargar a la familia, aunque los estudios actuales dicen que la sobrecarga de los cuidadores informales o de la familia disminuye con el cuidador inmnoiproff y ambos cuidadores se benefician mutuamente. Según la investigación de Rosa, E. y sus col. (2.004) en Italia el 35% de las familias tienen un colaborador formal. Rosa y sus col. (2.004) han realizado una investigación que estudia la sobrecarga en el cuidador informal cuando hay un cuidador inmnoiproff y han llegado a la conclusión que cuando hay una colaboración entre cuidador informal y un cuidador inmigrante se produce un descenso de la sobrecarga subjetiva del cuidador informal, pasando de una puntuación total de 38,91 a 24,50 en la escala Caregiver Burden Inventory ( $p < 0,005$ ). Por tanto, este estudio considera que los cuidadores inmigrantes son muy positivos al disminuir la carga subjetiva del cuidador informal.

Debido a la importancia de la colaboración familiar con respecto a la sobrecarga del cuidador inmnoiproff, se ha creído oportuno estudiar otras características de la colaboración familiar. Entre ellas destaca las horas que trabaja el colaborador familiar. En nuestro estudio se ha observado que cuando el cuidador inmnoiproff recibe colaboración de un familiar que trabaja más de 40h/semanales presenta casi diez veces más sobrecarga (odds ratio 9,50) que cuando trabaja menos de 40h/semanales ( $p: 0,01$ ). Por tanto, cuando el familiar trabaja más de 40h/semanales y colabora con el cuidador inmnoiproff en el cuidado de la persona mayor, parece que no está en las mejores condiciones de colaborar y se asocia a sobrecarga en el cuidador inmnoiproff, probablemente porque el familiar que colabora en el cuidado está tan cansado que aunque quiere ayudar lo debe hacer en malas condiciones y por tanto, más que ayudar puede aumentar el nivel de sobrecarga del cuidador inmnoiproff y probablemente la del propio cuidador informal. Además, hemos observado que el hecho de trabajar por parte del colaborador familiar también influye en otros aspectos del cuidador inmnoiproff como es el nivel de catalán del cuidador inmnoiproff y que puede influir en las relaciones sociales y apoyo social que tenga. Al analizar el número de horas que trabaja el familiar que colabora se observa que en el cuidador inmnoiproff aumenta significativamente ( $p: < 0,001$ ) el nivel de catalán en los que tienen un colaborador que trabaja menos de 40h/semanales y también se observa que el tiempo que los cuidadores desean quedarse a vivir en Catalunya aumenta ( $p: 0,006$ ). Por tanto, parece que la combinación cuidador inmnoiproff y familiar que trabaja

menos de 40h/semanales facilita dos elementos de apoyo social e integración y beneficia a todos, más aún teniendo en cuenta los datos de la investigación de Paleo, N. (2.005) que indican que los cuidadores de su estudio (formales o informales) se apoyan en otro cuidador en un 18% de los casos, es decir probablemente esta mejora de la sobrecarga del cuidador informal y del cuidador inmnoiproff se traduce en un alto porcentaje de familias que ya cuentan con cuidadores inmnoiproff. Además, los datos de Gómez, M. J. (2.006) indican que la media de colaboradores familiares con el cuidador familiar principal es de 1,62 personas (DE 1,09), es decir son muy insuficientes y no es de extrañar que los cuidadores informales busquen ayuda en los cuidadores inmnoiproff.

Diversos estudios nos indican que tanto los cuidadores informales como los cuidadores inmigrantes presentan sobrecarga. Así, Martín, M. (2.005) señala que todos los cuidadores presentan sobrecarga pero en una graduación distinta según el grado familiar o proximidad a la persona cuidada, de esta forma Martín, M (2.005) encontró que la tensión emocional es menor en los hijos cuidadores que en los esposos cuidadores y también que es menor la tensión emocional en los cuidadores no familiares que en los familiares. Es decir, se observa menor tensión emocional cuanto más lejana es la relación entre el cuidador y la persona cuidada. En este mismo sentido Rinaldi, P. y sus col. (2.005) han encontrado que la colaboración de las esposas tiene una odds ratio 6,70 frente a otros cuidadores y los hijos una odds ratio 5,02 frente a otros cuidadores. Es decir, los cuidadores familiares principales están más sobrecargados que otros cuidadores pero, como antes hemos indicado, Rosa, E. y sus col. (2.004) dicen que esta sobrecarga disminuye con la ayuda de cuidadores inmigrantes. Por tanto, como en nuestro estudio se observa que cuando el cuidador inmnoiproff recibe colaboración de un familiar se produce una disminución de la sobrecarga del cuidador inmnoiproff, y al mismo tiempo se observa que cuando el familiar trabaja menos de 40h/semanales, además de mejorar el nivel de sobrecarga del cuidador inmnoiproff, también mejoran elementos de su integración en Cataluña, podemos pensar que la combinación del cuidador inmnoiproff y la colaboración en el cuidado de los familiares parece positiva en todos los aspectos. Es decir, la colaboración del familiar con el cuidador inmnoiproff puede ser positiva tanto como respiro del familiar, como disminución de la sobrecarga del cuidador inmnoiproff, de sus relaciones sociales e integración.

Nuestros datos de colaboración familiar en el cuidado y de acceso a organismos para recibir apoyo social y formación sobre el cuidado se refuerzan con el planteamiento señalado por la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de

Dependencia, conocida como la Ley de Dependencia en España aprobada el 30 de Noviembre del 2006 y que ha entrado en vigor el 1 de Enero de 2007 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales., 2.006a). La ley regula tres posibles vías para atender a las personas que no pueden valerse por sí mismas: 1- servicios domiciliarios; 2- ayudas económicas para comprar el servicio en el mercado y 3- ayudas económicas y de otros tipos para prestar el servicio en el seno familiar (Boletín Oficial del Congreso de Diputados., 2.006). Además, en el libro verde de la dependencia se indica que el modelo del cuidador familiar o informal será al principio el más común y en el futuro el menos (Sánchez, J., 2.004).

Los servicios domiciliarios, centros de día o residencias públicos que se quieren prestar deben contemplar en todo momento su carácter de complementariedad con el sistema de apoyo informal. Ello implica la necesidad de elaborar planes de cuidados con la participación de la familia cuidadora, buscando que las intervenciones y servicios complementen, y no eliminen o sustituyan, el inestimable papel que desempeñan los cuidadores/as familiares. El incremento de personas con dependencia, llevará consigo la necesidad de desarrollar un sistema de Atención a la Dependencia que cubra los aspectos de cuidado social y los relacionados con la cobertura de las necesidades sanitarias que las personas con dependencia puedan presentar (Rodríguez, A. y sus col., 2.004c). Esta primera vía de la Ley de Dependencia señala claramente la colaboración familiar y de los cuidadores formales a domicilio, tal como plantean nuestros resultados. También indica la importancia de ofertar organismos de apoyo como pueden ser centros de día, residencias donde puedan apoyarse los cuidadores, también tal como indican nuestros resultados.

La segunda vía de la Ley de Dependencia consiste en que, donde no llegue la red pública, se asignen ayudas para obtener el servicio en el mercado existente. Y así facilitar que la mujer se incorpore al mercado laboral, y pueda financiar un servicio en lugar de darlo totalmente ella misma. En esta categoría están los cuidadores formales privados y los cuidadores formales no profesionales (entre los que destacan principalmente los cuidadores inmnoiproff). El propio libro blanco de la dependencia en España indica que el grupo de personas inmigrantes que están trabajando en España en el sector del servicio doméstico, como cuidadoras de personas en situación de dependencia, debe ser tenido muy en cuenta a la hora de determinar el futuro de los cuidados de larga duración, tanto para la vía de provisión formal de servicios como por la vía de prestación económica (Rodríguez, A. y sus col., 2.004c). Por tanto, esta segunda vía también coincide plenamente con los resultados de nuestro estudio que indican que la colaboración entre familiares y cuidadores puede ser una buena solución al cuidado de los

mayores. En este sentido hay que indicar que en Italia el 33% de las mujeres que trabajan tienen un cuidador inmoproff (Rosa, E. y sus col., 2.004).

La tercera vía de la Ley de Dependencia es la ayuda para prestar el servicio en el seno familiar. En este caso se piensa en las mujeres que no desarrollan una actividad laboral por cuenta ajena porque están cuidando a sus familiares. La ley establecerá que en función del grado de dependencia de su familiar, estas personas reciban una ayuda, cuya cuantía se especificará en los decretos de desarrollo y que se estima rondará los 370 €/mes. La formación del cuidador y el alta en la seguridad social también se financiarán con cargo al estado, garantizando el acceso a una pensión, se contarán como ocupados y reducirán los índices del paro (Rodríguez, A. y sus col., 2.004c). Todos los estudios apuntan que es una inversión productiva, por cada euro que se invierte se produce un retorno importante, entre 0,30 y 0,70 €. Por otra parte, la formación del cuidador no siempre es sinónimo de disminuir la sobrecarga, aunque si parece que mejora la satisfacción de los mismos (Alonso, B. y sus col., 2.004). Se propone la elaboración de una Carta de cuidadores/as en la que se subrayen sus derechos y necesidades, así como los fines que cumple la prestación de estos apoyos. Se debe medir la "carga" del cuidador/a principal mediante instrumentos validados. Ello es garantía tanto del compromiso familiar en el plan de cuidados, como de la detección de posibles "tratos inadecuados por parte de la familia" (Sánchez, J., 2.004). En definitiva, también esta vía incluye nuestros resultados porque vuelve a señalar la importancia de la familia en el cuidado.

La Ley de Dependencia entró en el Congreso para iniciar su aprobación el 5 de Octubre del 2.006 (Boletín Oficial del Congreso de Diputados., 2.006) y se aprobó que la financiación del Sistema Nacional de Dependencia será de copago, como ocurre en la mayoría de los países donde existe este sistema nacional de dependencia. Un 33% del coste provendrá del usuario según su renta y un 66% del estado y de las comunidades autonómicas. Se calcula que en el 2.015, cuando la ley este a pleno rendimiento, podrían haber entre 300.000 y 400.000 personas que reciban ayuda por atender a sus familiares dependientes. También existirán 275.000 plazas de residencias (casi tres veces más que ahora) y 104.000 plazas en centros de día. Esta tercera vía también apoya el cuidado de los familiares y por tanto, podrían ser complementados por otros cuidadores inmigrantes, tal como indica nuestro estudio.

**Carácter de los catalanes.** En nuestro estudio se ha encontrado que los niveles de sobrecarga del cuidador inmoproff disminuyen significativamente ( $p: 0,009$ ) cuando el cuidador opina que el carácter de los catalanes no dificulta hacer amigos. Cuando los

cuidadores opinan que el carácter catalán si es una dificultad para tener amigos están casi tres veces más sobrecargados (odds ratio 3,16) que cuando no creen que el carácter catalán es una dificultad para la amistad. Por tanto, es importante saber que opinan los cuidadores inmnoiproff sobre la adaptación al carácter catalán, no porque los catalanes pudieran cambiarlo, sino para valorar si los inmigrantes lo comprenden y aceptan, situación necesaria para tener apoyo social de las personas que viven en Cataluña y probablemente para poder cuidar a sus personas mayores.

**Conocimiento de las costumbres catalanas y españolas por parte de los cuidadores inmnoiproff.** Los cuidadores que piensan que desconocer las costumbres catalanas y españolas representa una dificultad para cuidar presentan niveles menores de sobrecarga (p: 0,02), quizá porque ya conocen las costumbres y por tanto, pueden realizar el cuidado de la persona mayor mejor, aunque no podemos demostrar esta afirmación con los datos de nuestro estudio y se deberían ampliar los estudios en este sentido.

### **7.3.2. La calidad de vida del cuidador inmnoiproff frente a la sobrecarga.**

La variable de la calidad de vida del cuidador inmnoiproff es una de las más importantes a desarrollar en nuestro estudio ya que significaría que mejorar sus niveles de calidad de vida podría disminuir sus niveles de sobrecarga en el cuidado a la persona mayor. Para cuantificarla, como ya se indicó en la metodología, se ha utilizado la escala de la Organización Mundial de la Salud –la WHOQOL-Bref- y ciertamente se ha encontrado que está relacionada significativamente con la sobrecarga.

Al analizar la **percepción global de calidad de vida** (primera pregunta de la escala WHOQOL-Bref con valor independiente para ser analizada) se observa un coeficiente de correlación de Spearman que muestra una relación moderada y negativa ( $r: -0,19$ ,  $p: 0,03$ ) entre la sobrecarga y la percepción global de calidad de vida, por tanto cuando el cuidador tiene el sentimiento que su calidad de vida empeora, entonces aumenta su sobrecarga. Este dato es interesante porque con el análisis de esta sola pregunta ya se podría obtener una aproximación a la situación de la sobrecarga del cuidador inmnoiproff, apoyando la opinión de Rivera, J. y sus col. (2.003) que manifiestan que controlar la calidad de vida de los cuidadores puede ayudar a conocer su sobrecarga. Diversos grupos de investigación dirigidos por Álvarez, F. y sus col. (2.004), Argimon, J. M., Limon, E., Vila, J. y Cabezas, C. (2.004) y Badía, X. y sus col. (2.004) ya indicaban que los cuidadores informales españoles presentaban niveles más bajos de calidad de vida que la población en general, pero no había hasta el

momento ningún estudio que nos indicaba que esta relación también se observa en cuidadores inmnoiproff, tal como se observa en nuestro estudio.

Al intentar analizar otras variables que pueden influir en la percepción global de la calidad de vida de los cuidadores inmnoiproff a través de la literatura, se puede observar a autores como Li, L. y sus col. (2.004) que han encontrado que hay relación entre la calidad de vida del cuidador y la enfermedad o salud de la persona que cuidan. Los que menos calidad de vida tienen son cuando cuidan a personas con problemas de esquizofrenia. En nuestro estudio no se ha encontrado relación entre la calidad de vida global y las enfermedades de la persona cuidada, pero si con su salud física de forma que cuando se cuida a una persona con buen nivel de salud, el cuidador tiene mejor calidad de vida y cuando menos calidad de vida del cuidador hay es cuando la persona cuidada necesita ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria (según escala de Cruz Roja). Por el contrario, Alonso, B. y sus col. (2.004) no han encontrado ninguna relación entre la sobrecarga y la calidad de vida. En nuestra opinión, hacen falta más investigaciones para apoyar la hipótesis de que la calidad de vida global de los cuidadores esta relacionada con su sobrecarga, tal como indican los datos de nuestro estudio y los grupos de investigación liderados por Álvarez (2.004), Argimon (2.004) y Badía (2.004).

**La calidad de vida física (dominio 1 de la escala WHOQOL-Bref).** El coeficiente de correlación de Spearman muestra una relación moderada y negativa ( $r: -0,20$ ,  $p: 0,03$ ) entre la sobrecarga y la calidad de vida física del cuidador inmnoiproff. Aunque la relación es baja, indica que a menor calidad de vida física se observa mayor sobrecarga. Nuestros datos apoyan los resultados de los grupos de investigación dirigidos por Morimoto, T. y sus col. (2.003) y Álvarez, F. y sus col. (2.004), aunque son contrarios a Rinaldi, P. y sus col. (2.005) que no han encontrado relación de la sobrecarga con el estado físico del cuidador.

Si consideramos que si existe una relación entre la sobrecarga y la calidad de vida física del cuidador inmnoiproff será necesario indicar posibles factores de riesgo de la salud de los inmigrantes para facilitar una buena calidad de vida de los cuidadores inmnoiproff y disminuir su sobrecarga. Aunque en nuestro estudio no se ha encontrado ninguna relación entre la sobrecarga del cuidador con la presencia de enfermedades de los cuidadores y tampoco con su género, hay que destacar que Golimbet, V. y sus col. (2.001) si encontraron que las mujeres y las hijas presentaban niveles menores de calidad de vida física que el resto de cuidadores. Por otra parte, Li, L. y sus col. (2.004) encontraron que los que tienen mayor calidad de vida física son los que cuidan a personas con HTA frente a los que cuidan a personas mayores con

enfermedades crónicas y demencia. Por tanto, será necesario tener en cuenta la presencia de enfermedades y del género del cuidador para prevenir más activamente su salud y/o valorar su grado de sobrecarga con mayor prioridad. Entre otros factores de riesgo destaca la alimentación que puede llevar a problemas en la salud física y la calidad de vida física del cuidador inmnoproff. Así, se observa que los cuidadores inmnoproff presentan alteraciones en su alimentación por exceso de lípidos y fécula, y se les recomienda que sigan una dieta mediterránea (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya., 2.006). Finalmente, también se tendrá que tener en cuenta el grado de esfuerzo físico percibido al realizar el cuidado porque, según Gómez, M. J. (2.006), el mayor factor de relación con la sobrecarga es el gran esfuerzo físico necesario. Por tanto, se tendrán que tener en cuenta los factores que puedan estar relacionados con la salud del cuidador como son la alimentación, las enfermedades que presenta y el grado de esfuerzo físico.

En definitiva, nuestros resultados apoyan los de Morimoto, T. y sus col. (2.003) y Álvarez, F. y sus col. (2.004) de forma que se observa mayor nivel de sobrecarga a menor calidad de vida física y no se han encontrado ninguna relación con la enfermedad de las personas que cuidan y tampoco con el género del cuidador.

Con respecto a la **calidad de vida psíquica (dominio 2 de la escala WHOQOL-Bref)** se observó que los cuidadores inmnoproff no sobrecargados presentaban un 13% más de calidad de vida psíquica que los sobrecargados ( $p: 0,01$ ). Además, se observó un coeficiente de correlación de Spearman significativo ( $r: -0,25$ ,  $p: 0,008$ ), por tanto a peor calidad de vida psíquica más sobrecarga. Aunque algunos autores como Rinaldi, P. y sus col. (2.005) no han encontrado relación entre la sobrecarga y el estado psíquico del cuidador, son más los autores que apoyan nuestros resultados. Álvarez, F. y sus col. (2.004) señalan que encontraron niveles de sobrecarga menor al aumentar la calidad de vida psíquica del cuidador.

Distintos autores apuntan como factor de riesgo de la alteración de la salud psíquica de los cuidadores la depresión. Washio, M. y sus col. (2.001) afirman que los cuidadores tienden a estar deprimidos (70% sobrecargados frente a 42,90% no sobrecargados,  $p: 0,08$ ). Ríos, M. A. y sus col. (2.001) encontraron que la depresión estaba relacionada significativamente con la sobrecarga ( $p: 0,003$ ). Por otra parte, Haley, W. y sus col. (2.003) indican en un estudio sobre minorías que la población autóctona cuidadora tiene más depresión que las minorías. Por tanto, en los cuidadores inmigrantes sobrecargados que pueden tener su calidad de vida psíquica disminuida, se tendrá que tener especial atención para detectar signos de depresión.

Además, otro factor a tener en cuenta es el observado es la salud física de la persona cuidada. En nuestro estudio se ha observado una relación significativa entre la calidad de vida psíquica del cuidador y el nivel de salud de la persona cuidada, de forma que cuanto peor es el nivel de salud física de la persona cuidada menor es la calidad de vida psíquica del cuidador apoyando los resultados de Li, L. y sus col. (2.004) que encontraron que los cuidadores que tienen mayor calidad de vida psíquica son los que cuidan a personas con HTA frente a los que cuidan pacientes con mayor patología física. Además, Golimbet, V. y sus col. (2.001) indican que las hijas cuidadoras tienen menor calidad de vida psíquica que el resto de cuidadores como son hijos, esposas y otros familiares, igual ocurre en nuestro estudio, donde se ha encontrado diferencia en el género, específicamente la mujer cuidadora tiene menor calidad de vida psíquica que los varones cuidadores. Por tanto, se tendrá que vigilar especialmente que no empeore la salud física de los cuidadores cuando sean mujeres y cuiden a personas con peor estado de salud. Además, el mejor estado de salud psíquico de los cuidadores inmnoiproff también puede influir en la salud psíquica de los cuidadores familiares ya que Rosa, E. y sus col. (2.004) documentan que los cuidadores informales que tienen una colaboración de un cuidador inmnoiproff tienen menor nivel de depresión.

En definitiva, en nuestro estudio niveles bajos de calidad de vida psíquica del cuidador inmnoiproff se relacionan con niveles bajos de su sobrecarga apoyando a Álvarez, F. y sus col. (2.004) y merecen especial atención los cuidadores cuando sean mujeres y cuando cuidan a personas con salud física muy alterada.

**Calidad de vida social (dominio 3 de la escala WHOQOL-Bref).** En nuestro estudio se ha encontrado relación significativa negativa entre la calidad de vida social y la sobrecarga con el coeficiente de correlación de Spearman ( $r: -0,37, p < 0,001$ ) y la prueba U de Mann-Whitney ( $p < 0,001$ ). Sin embargo, en nuestro estudio no se han encontrado diferencias entre la calidad de vida social frente al género del cuidador, mientras que Golimbet, V. y sus col. (2.001) si las encontró, ya que las cuidadoras hijas presentaban niveles menores de calidad de vida social. En cambio, si que se ha encontrado relación estadística significativa (ANOVA  $p: 0,004$ ) entre la calidad de vida social del cuidador inmnoiproff y el nivel de salud física de la persona cuidada (factor relacionado positivamente con la sobrecarga) de forma que a peor nivel de salud física de la persona cuidada menor es la calidad de vida social del cuidador, apoyando los resultados de Li, L. y sus col. (2.004) que encontraron que los que tienen menor calidad de vida social son porque cuidan personas con un salud física alterada, especialmente los que sufrían un accidente vascular cerebral (AVC).

En definitiva, en nuestro estudio niveles bajos de calidad de vida social del cuidador inmoproff se relacionan con niveles bajos de su sobrecarga y con niveles bajos de salud física de la persona cuidada apoyando a Li, L. y sus col. (2.004).

Al referirnos a la **calidad de vida medioambiental (dominio 4 de la escala WHOQOL-Bref)** observamos significación estadística negativa entre la calidad de vida medioambiental y la sobrecarga del cuidador con el coeficiente de correlación de Spearman ( $r: -0,34, p < 0,001$ ) y el test de t-student ( $p < 0,001$ ), es decir cuando un cuidador presenta niveles bajos de calidad de vida medioambiental se encuentran mayores niveles de sobrecarga. Sin embargo, no se ha encontrado significación entre la calidad de vida medioambiental y el tipo de cuidador familiar, mientras que Golimbet, V. y sus col. (2.001) si las encontró en la cuidadora hija que presentó menor calidad de vida medioambiental.

En la regresión logística se observó que por cada 10 puntos que se aumente el nivel de vida medioambiental se disminuye 11,10 puntos el nivel de la sobrecarga del cuidador. Por tanto, mejorar la calidad de vida medioambiental disminuiría la sobrecarga del cuidador inmoproff. Una de las formas de mejorar la calidad de vida medioambiental sería mejorando la vivienda ya que después de la regularización, uno de los principales problemas de los inmigrantes es conseguir una vivienda. Así, en el 2.004 el 11,30% de las denuncias puestas por inmigrantes en la oficina para la no discriminación del ayuntamiento de Barcelona tenían motivo en actitudes de discriminación racial en el alquiler de viviendas. Todo esto, en un momento en que la demanda de alquiler pisos en las ciudades ha aumentado un 40% (Ayuntamiento Barcelona y Oficina para la no discriminación., 2.005). El hecho es que muchos inmigrantes están buscando piso de alquiler sin éxito. En el mejor de los casos subarriendan una habitación de forma que cada inmigrante paga entre 150 y 350 €/mensuales, esto sin contar con el fenómeno de las camas calientes según informe de Vivienda e Inmigración. El fenómeno de camas calientes consiste en que varias personas utilizan la misma cama por horas, es decir, una persona por la mañana, otra por la tarde y otra por la noche. El ayuntamiento de Barcelona ha detectado en el primer semestre del 2.006 un total de 52 pisos con más de 29 personas y 1.464 apartamentos con 11 a 20 personas en cada uno de ellos. La proyección de la compra de la vivienda en los próximos 10 años indicaría que el 33% de la demanda será de inmigrantes (Bosch, J., 2.004 y Pereda, C., 2.006).

También asociado al tema de la vivienda se encuentra la violencia. El tipo de pisos de los inmigrantes favorecen el maltrato, violaciones y agresiones. Los apartamentos sobreocupados son el escenario del 22% de las violaciones a las inmigrantes. Casi siempre son hombres que

conviven en los pisos hacinados u otras veces es el propio propietario de la vivienda. Las personas maltratadas suelen ser las mujeres más jóvenes que pasan muchas horas en el domicilio solas y las más maltratadas son mujeres ecuatorianas pero hay el temor que las marroquíes no lo denuncien (Institut Català de la Dona., 2.005).

Checa, F. y sus col. (2.003) afirman que el espacio es donde se manifiesta la vida humana y las actividades interpersonales y socioeconómicas, en definitiva que no es neutro. Los cambios de la globalización añaden complejidad ambiental, sobre todo en las ciudades donde se altera su morfología y estructura, complicando su funcionamiento. El espacio refleja el acumulo de capital en un marco que se construye sobre las relaciones de clase. Aparecen guetos, ciudades fragmentadas y polarizadas con ocupación de infraviviendas. Para valorar estas situaciones se está utilizando el índice de "disimilaridad", este índice señala que cuanto mas bajo es su valor más segregación existe en la población, pero cuanto mayor es el índice significa que la población es más homogénea. En EEUU la relación de este índice entre caucasianos y africano-americanos es de 63,80 a 80,10 en las ciudades del norte. En España, en la ciudad de El Ejido, cuando se produjeron los incidentes de violencia racial entre inmigrantes y la población autóctona en el año 2.001, el índice de disimilaridad presentaba la media de 54, por tanto, peor índice que en EEUU. Las personas que disponían de mejor índice eran los ingleses y los que menor índice presentaban eran los marroquíes con una media 42,90. Disponer de índices bajos, como los marroquíes, puede comportar consecuencias negativas, ya que disminuye su participación y crea desempleo por falta de contactos sociales. Por tanto, debe haber una intervención política para favorecer viviendas dignas (Checa, F. y sus col., 2.003).

Pereda, C. (2.006) indica que casi la mitad (47,20%) de los inmigrantes no comunitarios viven realquilados de forma que en una misma casa suelen cohabitar una media de 3 familias que disponen de una habitación con derecho a utilizar la cocina y el baño. El coste de vivir realquilado es de unos 200 €/mes frente a los 500 €/mes que supone un alquiler o hipoteca (gasto medio de los inmigrantes). En el mismo informe se indica que el 19% de los inmigrantes viven hacinados con menos de 10 m<sup>2</sup>/persona (mientras que entre los españoles se produce en un 2,5% de los casos), aunque solo el 0,40% sufre el fenómeno de las camas calientes. El 1,7% no gasta nada en vivienda porque vive gratis con familiares o amigos pero este porcentaje aumenta al 36% durante el periodo de llegada. El origen está en los altos precios y en la disposición de documentación reglada, solo el 15% está adquiriendo una vivienda.

En cuanto a la opinión de la casa que tienen, el 84% piensa que la que tenían en su país era más grande y el 72% más tranquila (Pereda, C., 2.006). En nuestro estudio el 61% de los casos manifestaron tener vivienda estable, pero también es cierto que conviven con un compatriota o hermano un 25% de ellos y además se ha visto que la convivencia con los compatriotas esta relacionado con niveles elevados de sobrecarga (ANOVA p: 0,01). En nuestro estudio no se ha podido determinar el empleo de camas calientes o si vivían subarrendados porque la pregunta sobre la vivienda estable era demasiado inespecífica y por tanto no conocemos bien esta realidad. A pesar de ello, parece muy claro que hay que mejorar las condiciones de las viviendas de los inmigrantes para mejorar su calidad de vida, apoyo social, integración y sobrecarga como cuidador.

Para finalizar la discusión de la calidad de vida del cuidador inmnoiproff relacionada con su sobrecarga se van a analizar distintas características de la escala de calidad de vida de WHOQOL-Bref frente a la sobrecarga. Aunque no se puedan considerar concluyentes para la inferencia de resultados las significaciones obtenidas en algunos ítems de la escala de la calidad de vida al tratarlos individualmente, si nos pueden orientar, en nuestro estudio en particular, sobre la relación de cada uno de ellos y la sobrecarga, tal como en la literatura indican Renom, J. (1.992) y Gómez, J. (1.997). Este es el caso de las preguntas de la escala WHOQOL-Bref que hacen referencia a las relaciones personales, relaciones con sus amigos, sentimientos negativos, sentido de la vida, ocio, sueño, salubridad y condiciones del lugar donde viven.

En nuestra muestra, los cuidadores inmnoiproff que perciben estar insatisfechos con sus **relaciones personales** presentan niveles de sobrecarga casi seis veces mayores que cuando están satisfechos con sus relaciones. En el mismo sentido los cuidadores muy insatisfechos con las **relaciones con sus amigos** tienen 19 veces más nivel de sobrecarga que cuando está bastantes satisfechos. Estos datos coinciden con los de Gómez, M. J. (2.006) que indica que un 95% de los cuidadores manifiestan que les ha cambiado la vida y esto les ha hecho aumentar la sobrecarga, quizá esta afirmación podría relacionarse con el hecho de que la pobreza de relaciones con los amigos y de la relaciones personales aumente la sobrecarga, tal y como ocurre en nuestro estudio, por tanto, será necesario potenciar amistades y buenas relaciones personales entre ellos y con los cuidadores autóctonos.

Aquellos cuidadores que en nuestro estudio indican tener siempre **sentimientos negativos** presentan un 49% más de sobrecarga frente a los que nunca los tienen. Por tanto, y aunque

sea un solo factor, cuando el cuidador manifiesta continuamente tener sentimientos negativos podría hacernos pensar en la necesidad de valorar su nivel de sobrecarga y así evitar su desarrollo o plantear alguna solución a esta situación. Los cuidadores que en nuestro estudio encuentran poco **sentido a la vida** tienen un 40% más de sobrecarga que los que encuentran sentido extremadamente. Encontramos aquí proximidad con Albar, M. (2.004) cuando señala que el apoyo familiar y de los amigos se asocia al sentimiento de realización personal. Por otro lado, hay que recordar que el sentido de la vida puede darse en el propio cuidado a los mayores, así Paoletti, I. (1.999) indica que mientras que cuidar a mayores produce sobrecarga, también se ha encontrado que puede producir satisfacción en cuidadores pagados. Por tanto, puede ser muy importante para la sobrecarga del cuidador y para la persona que está siendo cuidada, que el cuidador esté satisfecho con el cuidado que presta y éste tenga un sentido en su vida.

Aquellos cuidadores que no están nada satisfechos con su **ocio** están casi diez veces más cargados que los que están bastante satisfechos. Será necesario que los cuidadores inmigrantes puedan disponer de jornadas de trabajo que les permita divertirse y evadirse. No se puede obligar a los cuidadores inmigrantes, quizá un tanto solos a que dediquen la mayoría de su tiempo al cuidado. Los cuidadores que están insatisfechos con su **sueño** están siete veces más sobrecargados que los que están muy satisfechos. Como ya es conocido los problemas del sueño son muy numerosos cuando las preocupaciones existen, bien por problemas de apoyo social o integración pero también por sobrecarga. McKibbin, C. (2.005) indica que los cuidadores de personas con Alzheimer son los que presentan más problemas de sueño y Gómez, M. J. (2.006) afirma que el 97% de los cuidadores tienen alterado el sueño, sin embargo en nuestro estudio a pesar de ser estadísticamente significativo, el porcentaje de cuidadores con problemas en el sueño es bajo (14,50%).

En cuanto a si el **lugar o zona donde vive el cuidador inmigrante es saludable** se ha observado que los cuidadores que piensan que el lugar donde viven es poco saludable están 13 veces más sobrecargados que los que piensan que es bastante saludable. Sin embargo, se ha observado que los cuidadores inmigrante de nuestro estudio que piensan que el lugar donde viven es extremadamente bueno tienen niveles de sobrecarga más elevados que los anteriores. Para buscar una explicación a esta situación, se ha observado que los cuidadores inmigrante que piensan que el lugar o zona donde viven es extremadamente bueno cuidan a personas mayores con un nivel de incapacidad física mayor que el resto (ANOVA p: 0,004). Es decir, creemos que favorecer una vivienda en buenas condiciones ayudará a que el

cuidador pueda desarrollar el cuidado con menor posibilidad de sobrecarga ya que actualmente el domicilio, el hogar representa para los individuos un lugar de descanso personal.

En definitiva, con respecto a la relación de la calidad de vida del cuidador inmnoiproff y de su sobrecarga y después de analizar la percepción global de la calidad de vida y de la salud, la calidad de vida física, psíquica, social y medioambiental, así como diversas variables particulares, podemos afirmar que cuando aumenta cualquier dominio de la escala de calidad de vida de WHOQOL-Bref, la sobrecarga disminuye. Es necesario estar en alerta a percepciones globales de mala calidad de vida o de salud, porque simplemente esto puede estar indicando que hay sobrecarga en el cuidador inmnoiproff. También hay que potenciar su salud física y psíquica con una alimentación correcta, vigilar la medicación que toman, el nivel de complejidad o gravedad física de la persona a la que cuidan, los signos de depresión, la aparición de sentimientos negativos, el sentido a la vida o de no disfrute de ella. También hay que facilitar la calidad de vida social con buenas relaciones personales y amistades, así como disponer de espacios de ocio. Finalmente, creemos que mejorar la calidad de vida medioambiental, sobre todo las condiciones de la vivienda, hará que también mejore la sobrecarga de este cuidador.

### **7.3.3. La integración del cuidador inmnoiproff frente a la sobrecarga.**

Este estudio ha encontrado relación significativa entre los niveles de la sobrecarga y los niveles de integración del cuidador inmnoiproff. Para cuantificar el nivel de integración, como ya se indicó en los apartados de variables independientes y de instrumentos de medida, no se ha utilizado una escala sino que se han utilizado una serie de características que la literatura indica como muy importantes para la integración (Solé, C., 1.991), Solé, C., 1.995) y Alonso, X. y sus col., 2.003). Esta serie de 12 categorías no es una escala de integración, pero si nos permite saber cuantas categorías integradoras disponen los cuidadores inmnoiproff sobre el total. Se recuerdan aquí las categorías que se han considerado, porque además de analizar los resultados de la integración (como total de estas 12 características), también se discutirá sobre los resultados de estas características en particular. Hay que recordar que los resultados referentes a este apartado deben ser solo tomados como indicativos al no utilizar una escala validada. A continuación, se indican las características de integración que han presentado significación con la sobrecarga como son trabajar al menos 20h/semanales; entender el catalán (no se considera el castellano porque fue un criterio de inclusión); tener apoyo social según escala de Duke; disponer de calidad de vida social según WHOQOL-Breff por encima

del 40% y desear quedarse en Cataluña. No han presentado significación con la sobrecarga las características integradoras como son tener tarjeta sanitaria; disponer de vivienda estable, aunque si que ha presentado significación estadística la calidad de vida medioambiental que incluye la salubridad y las condiciones de la vivienda; disponer de apoyo social distinto al de otras personas inmigrantes; tener amigos barceloneses; desear que sus hijos tengan amigos catalanes; desear que sus hijos se adapten a costumbres catalanas y participar en asociaciones catalanas.

La integración ha sido estadísticamente significativa en pocas relaciones, en parte, porque no se puede decir cuando “si está integrado” y cuando “no está integrado” al no haber una escala válida y fiable que lo mida (Solé, C., 1.991). Por tanto, solo se ha podido cruzar como variable cuantitativa discreta.

Al analizar la sobrecarga como cualitativa dicotómica, es decir si tienen o no sobrecarga, frente a la integración como cuantitativa discreta no se ha encontrado significación estadística (test de T-Student, p: 0,06) aunque su valor ha estado próximo. En cambio, si se ha encontrado que la integración como variable cuantitativa discreta participa moderadamente en explicar el grado de sobrecarga del cuidador medida con la escala de Zarit (coeficiente de correlación de Spearman r: -0,2, p: 0,03). Por tanto, en nuestro estudio la mayor integración se relaciona con un menor nivel de sobrecarga del cuidador inmnoiproff.

A continuación, se va a realizar la discusión sobre las características de la integración que han presentado significación estadística, ello nos ayudará a mejorar la comprensión del papel de la integración sobre la sobrecarga.

En cuanto al **número de horas trabajadas por el cuidador inmnoiproff de lunes a viernes**, se ha observado que aquellos que trabajan más de 16h/día están casi siete veces más sobrecargados que los que trabajan de 4 a 8h/día. Aunque hay autores como García, R. y sus col. (2.005) y Vázquez, M. y sus col. (2.005) que dicen que no hay relación entre el número de horas trabajadas y la sobrecarga pero nuestros datos son próximos a los del estudio realizado en Japón por Kuwahara, Y. y sus col. (2.001) que documentan que las horas/día empleadas en el cuidado influyen en la sobrecarga de forma que trabajar de 10 a 24h/día sobrecarga 5,35 veces más que si trabaja de 0 a 9h/día. Para entender mejor la situación laboral de los cuidadores inmnoiproff en nuestro estudio, se analizaron los porcentajes de las horas que trabajan como cuidadores. Un 76,36% trabajan más de media jornada de los cuales

un 40,01% trabajan más de 8h/día. La media de horas como cuidador es para los no sobrecargados de 41,23h/semana y para los sobrecargados de 53,23h/semana (p: 0,03). Además, hay un 29% más de horas trabajadas cuando los cuidadores inmnoiproff están sobrecargados. En definitiva, se observa que más de una tercera parte de estos cuidadores trabajan más de 8h/día y que los sobrecargados trabajan como media más de 40h/día. Por tanto, coincidiendo con otros autores López-Pousa, S. y sus col. (2.004) parece que trabajar muchas horas está relacionado con la sobrecarga. Además, existe el peligro que se exija a los cuidadores inmnoiproff un número muy alto de horas/día de cuidado si se tienen en cuenta los datos de Rosa, E. y sus col. (2.004) que indican que cuando hay un cuidador inmnoiproff hay un descenso muy significativo de las horas de cuidado por parte del cuidador familiar ya que sin cuidador inmnoiproff hay una media de 18,85h/día de cuidador familiar y con cuidador inmnoiproff hay una media de 6h/día de cuidador familiar y por tanto, un descenso de la sobrecarga del cuidador familiar. Más, cuando según Wino, A. y sus col. (2.002) el tiempo medio del cuidador informal es de 299h/mes y el de los formales de 35h/mes y por tanto, el número de horas de cuidador inmnoiproff puede crecer mucho al ir disminuyendo el cuidador informal. Si atendemos a Washio, M. y sus col. (2.001) lo que más sobrecarga es el número alto de horas de cuidado. En su estudio los sobrecargados realizan una media de cuidado de 17,90h/día y los no sobrecargados una media de 11,80h/día (p: 0,01), de las cuales para cuidados físicos presentan una media de 14h/día en sobrecargados y una media de 8,60h/día en los cuidadores no sobrecargados (p: 0,04). Por tanto, hay que evitar estas situaciones y al calcular el número de horas de cuidador se debería tener en cuenta las recomendaciones de Kenneth, L. y sus col. (2.004) que indican que el número de horas de cuidado varía según la salud de la persona cuidada y que cuando no hay alteración mental de la persona cuidada, el total de horas de cuidador informal es de 2,90h/semana, frente a las 4,30h/semana para las PC que tienen de uno a tres síntomas psíquicos y frente a las 6h/semana de cuidador informal cuando la persona mayor tiene de cuatro a ocho síntomas psíquicos.

Sin embargo, también se observa que trabajar menos de media jornada sobrecarga un 18% más frente a trabajar entre 4 a 8h/día (ANOVA p: 0,04) Por tanto, trabajar poco también parece que sobrecarga. Muchas veces para poder trabajar más buscan otro empleo. El 55,45% de los cuidadores solo trabaja como cuidador inmnoiproff, mientras que el 18,37% emplea menos de 10h/s en otro trabajo y el 81,63% hasta 2.0h/s. Sin embargo, se ha observado que trabajar en otro trabajo no influye en la sobrecarga.

**El número de horas trabajadas durante el fin de semana** también ha presentado significación estadística (Chi-cuadrado  $p: 0,001$ ), así cuando el cuidador inmnoiproff trabaja muchas horas, y además lo hace en fin de semana, se produce un aumento muy elevado del nivel de la sobrecarga, ya que al trabajar en fin de semana más de 16h/día se observa 31 veces más sobrecarga que si se trabaja menos de 1h/día. Aunque este resultado puede parecer el esperado, nos debe hacer pensar sobre la necesidad de que las jornadas de cuidado en los fines de semana deberían programarse evitando jornadas excesivas para evitar la sobrecarga del cuidado. Sin embargo, también se observa que solo por el hecho de trabajar en fin de semana, aunque sea solo 1h/día, ya se produce sobrecarga y por tanto se deberán programar suficientes libranzas en fines de semana. El número de horas trabajadas en fin de semana ha sido uno de los factores significativos en la regresión logística, de forma que en la formula multivariable que explica la sobrecarga, trabajar más de 16h/día en fin de semana aumenta en 7,92 puntos el nivel de la sobrecarga y trabajar más de 16h/día en lugar de 9 a 16h/día aumenta la sobrecarga 2.757,54 veces. Por tanto, es uno de los puntos más importantes encontrados. ¿Significa esto que no se debe trabajar en fin de semana?, lo que indica es que sería conveniente que aunque trabajen los fines de semana lo hagan pudiendo descansar un periodo correcto para poder disponer de tiempo de ocio, ya que los que trabajan más de 16h/día son los que peor puntúan su tiempo de ocio. Por otro lado, los que trabajan más de 16h/día también son los que perciben la menor calidad de vida global y más sentimientos negativos. Por tanto, existen claramente razones para pensar que trabajar más de 16h/día en fin de semana aumenta la sobrecarga por descenso de ocio y calidad de vida y por aumento de sentimientos negativos. Trabajar largas jornadas en fin de semana no permite realizar el ocio necesario en las personas que les permitiría relajarse y tener un respiro en sus preocupaciones. Esta situación puede conllevar un descenso en la calidad de vida de los cuidadores y un aumento de sentimientos negativos de los cuidadores, porque pueden pensar que su vida solo la emplean para trabajar.

**El nivel de catalán.** En nuestro estudio los cuidadores inmnoiproff entienden el catalán el 70%, lo habla el 6,36%, lo lee el 10% y lo escriben el 14,55%. Estos datos son próximos a los aportados por la Generalitat de Catalunya, en cuanto al porcentaje de inmigrantes que entienden el catalán (Generalitat de Catalunya., 2.006). Así, los porcentajes en cuanto al nivel de catalán en Cataluña indican que entienden el catalán el 94,50%, saben hablarlo el 74,50%, saben leerlo el 74,40% y saben escribirlo en el 49,80% de los casos (Institut de sociolingüística catalana., 2.004), mientras que los habitantes del área metropolitana de Barcelona que tienen el catalán como idioma básico son sólo el 29,80% y cuando es en

combinación con el castellano un 13,50% más, llegando al 43,40% de la población. Por tanto, la realidad idiomática en Cataluña es la dualidad lingüística con un nivel en que solo la mitad lo saben escribir. Esta es la base para poder realizar la discusión sobre el idioma catalán y los inmigrantes.

El nivel de catalán en nuestra investigación ha presentado estar significativamente relacionado con la sobrecarga ( $p: 0,005$ ), dato que apoya otros autores como Roca, N. (2.001) y Moreno, M. y Martín, T. (2.003) que manifiestan que el conocimiento de las costumbres y el idioma del lugar de trabajo influyen en la sobrecarga. En nuestro estudio, los cuidadores que escriben catalán o que no lo entienden son los que menos sobrecarga presentan. Los motivos que pueden explicar el descenso de la sobrecarga cuando se tiene un nivel para escribir el catalán puede ser que los que escriben son los que tienen más amigos catalanes y más apoyo social (que por si ya disminuye la sobrecarga). El conocimiento de la escritura del catalán permite estar menos sobrecargado que el de la lectura, habla, y entendimiento del catalán, por lo que parece que llegar al nivel de escribir disminuye la sobrecarga. Así, los cuidadores inmoproff que hablan catalán están casi 11 veces más sobrecargados que los que escriben el catalán. Autores como Morano, C. y sus col. (2.002) indican que los problemas de idioma en los cuidadores provenientes de minorías puede dificultar el acceso a los recursos sociales para disminuir su sobrecarga y por tanto aumentarla. Según nuestro estudio, el conocimiento del catalán favorece la integración y disminuye el nivel de sobrecarga del cuidador inmoproff y por tanto, se debe potenciar el aumento del nivel de catalán.

**El tiempo que desean quedarse a vivir en Cataluña.** En el análisis multivariable con la regresión logística se observa que el tiempo que espera vivir en Cataluña el cuidador inmoproff es un elemento que participa protegiendo significativamente la sobrecarga cuando desea quedarse entre 4 a 10 años ( $p: 0,03$ ), pero no cuando desea quedarse indefinidamente. Si desean quedarse a vivir en Cataluña entre 4 y 10 años tienen 6,82 puntos menos en la sobrecarga (medida con la escala de Zarit) y 1.000 veces menos sobrecarga que si desean quedarse a vivir en Cataluña entre 1 a 3 años. Estos resultados pueden significar que cuando el inmigrante lleva pocos años (1 - 3) viviendo fuera de su país, todavía no se ha adaptado completamente, añora su país de procedencia y esto puede repercutir en mayores niveles de sobrecarga. En conclusión, cuando los cuidadores inmoproff desean quedarse un tiempo prolongado, especialmente entre 4 y 10 años, parece que disminuye la sobrecarga. En este sentido es importante facilitarles su estancia prolongada en Cataluña.

**Tipo de apoyo a los inmigrantes.** Esta variable incluye las características de no recibir apoyo, recibir apoyo solo de inmigrantes y recibir apoyo de otras personas de distinto origen al de los inmigrantes. En este caso los menos sobrecargados son los que han recibido apoyo solo de otros inmigrantes ( $\bar{x}$  sobrecarga con Zarit: 42,39). Mientras que los cuidadores inmnooproff que no tienen apoyo (ni de inmigrantes ni de autóctonos) tienen una gran sobrecarga ( $\bar{x}$  sobrecarga con Zarit: 52,64) y presentan un 24% más de sobrecarga que si el apoyo es solo de los inmigrantes, así como una odds ratio de 6,85 frente a si el apoyo es solo de los inmigrantes (p: 0,02). Por tanto, lo más importante es recibir algún tipo de apoyo y no de quién se recibe. Sin embargo, vemos que cuando el apoyo se recibe de los propios inmigrantes se observa un nivel de sobrecarga menor que cuando el apoyo es facilitado por las personas u organizaciones del país autóctono. Quizá, esto nos indica la importancia que dan los inmigrantes a estar arrelados a su cultura y país, situación que debería reforzar el hecho de respetar la cultura de los países de origen, aunque también sea necesario la integración en la cultura del país receptor.

**Discriminación racial.** Los cuidadores inmnooproff que menos sobrecarga presentan son los que no han tenido problemas de discriminación racial. Aquellos a los que han insultado presentan una odds ratio 4 frente a los que no han tenido problemas de discriminación racial, es decir presentan cuatro veces más sobrecarga y cuando a los cuidadores inmnooproff les han prohibido entrar en algún recinto tienen un 37% mas de sobrecarga frente a los que no han tenido problemas de discriminación racial (p: 0,03). Ya sabíamos que la discriminación racial es un problema social, pero ahora lo relacionamos con la sobrecarga del cuidador inmnooproff señalando factores como son el insulto y el daño físico. Además, no hemos encontrado ningún otro factor que pudiera enmascarar en la discriminación racial para aumentar la sobrecarga. Por tanto, en nuestro estudio la discriminación racial por si solo ha aumentado los niveles de sobrecarga, reforzando la opinión de los grupos de investigación dirigidos por Cox, C. y sus col. (1.996) y Haley, W. y sus col. (2.003) que indican que los problemas culturales aumentaban la sobrecarga.

### **7.3.4. La salud de la persona cuidada frente a la sobrecarga del cuidador innoproff.**

Durante nuestra investigación se ha observado que el empeoramiento de la salud física de la persona cuidada (PC) presenta significación ( $p: 0,008$ ) frente a la sobrecarga. Numerosos autores como Ríos, M. A. y sus col. (2.001) y Gómez, M. J. (2.004) también lo han señalado. Así mismo, López-Pousa, S. y sus col. (2.004) afirman que cuando aumenta el deterioro funcional de la PC aumenta la sobrecarga objetiva o el coste (número de horas de cuidado) y cuando disminuye la salud física funcional de la PC aumenta la sobrecarga del cuidador. Sin embargo, otros autores documentan lo contrario como es el caso de Castel, A. y sus col. (2.003) que estudiaron tres grupos de cuidadores de personas mayores con demencia, accidentes vasculares cerebrales y distintas enfermedades crónicas. En los tres grupos encontraron niveles altos de sobrecarga y observaron que el grado de deterioro cognitivo o dependencia física por sí solos no son elementos esenciales para aumentar la sobrecarga y sugirieron que se deberían hacer nuevas investigaciones para determinar otros factores de relación. Así mismo, en el estudio de Vázquez, M. y sus col. (2.005) se determinó que no había asociación con el tiempo de cuidados, ni el grado de discapacidad de la persona cuidada y que los factores que sí influían eran el deterioro de la salud de la cuidadora, el comportamiento desviado o aberrante del receptor de cuidados, el aislamiento social de la cuidadora y la falta de descanso y de distracción de la cuidadora.

En nuestra investigación se ha observado que niveles altos de sobrecarga se relacionan cuando el nivel de salud física de la persona cuidada es menor, sobre todo cuando ya presenta grave alteración en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y cuando necesita ayuda para casi todo. Por este motivo es recomendable valorar mediante escalas el estado físico de la persona cuidada ya que así se podrá plantear una rotación suficientemente ágil de cuidadores. Esta situación es especialmente importante en los cuidadores innoproff porque hay la tendencia a proponerles jornadas demasiado largas que son otro elemento más en su sobrecarga.

También en el estudio multivariable se observó que cuando la PC tiene un nivel de salud de total dependencia y no se puede movilizar no hay relación con la sobrecarga del cuidador innoproff. El motivo puede ser que estas personas al estar en la cama son más controlables y el cuidado está más programado. Estos datos refuerzan nuestros resultados que relacionan sobrecarga y la ayuda a la movilidad que presta el cuidador a la PC, ya que recordaremos que hay menos sobrecarga cuando se ayuda totalmente a la movilización y por tanto se puede

programar o realizar la movilización sin depender tanto de la PC. Estos resultados coinciden con los aportados por Miyamoto, Y. y sus col. (2.002) que manifiestan que tener movilidad aumenta la sobrecarga porque hay que estar pendientes de que cuando las PC caminen lo hagan sin interferir en las ayudas que puede recibir del cuidador. Es decir, que no oponga resistencia a la ayuda que le puede prestar el cuidador. También Gómez, M. J. (2.006) indica que la mayor movilidad de la PC supone un mayor esfuerzo físico en el cuidador inmoproff y aumenta su sobrecarga.

Los que presentan menor sobrecarga son los que cuidan a personas con el primer grado de salud física alterado (realiza AVD con alguna dificultad). Al calcular la fuerza estadística se observa que si el cuidado se presta a una persona dependiente total (quinto y máximo nivel de dependencia) el cuidador inmoproff tiene hasta 27 veces más sobrecarga cuando cuida a una persona que casi no es dependiente (p: 0,008). En nuestro estudio solo se han estudiado a 8 personas cuidadas con poca alteración de la salud y no se ha obtenido significación. Los resultados en el fondo indican lo mismo, es decir a peor salud de la PC hay mayor sobrecarga. Aunque Castel, A. y sus col. (2.003) afirman que la sobrecarga no depende de la discapacidad física de la PC, Rinaldi, P. y sus col. (2.005) afirman lo contrario, al señalar que el grado de dependencia y el tipo de enfermedades si repercuten en la sobrecarga e indican que los cuidadores de personas con alteración severa en las AVD presentan hasta 6,55 veces más sobrecarga que los cuidadores que atienden a PC con poca alteración en las AVD. Como se puede apreciar en nuestro estudio las odds ratio son mayores, pero para poder afirmar el porque se deberían realizar nuevas investigaciones.

Aunque la edad de la PC no ha presentado significación con el estado de salud de la misma en este estudio, si que la bibliografía indica que influye en el grado de alteración de salud. Sin embargo, en nuestro estudio si que se observa -al igual que en la bibliografía- que la edad de las personas mayores es un 4% mayor en los sobrecargados que en los no sobrecargados. Así los cuidadores no sobrecargados atienden a personas de 78,90 años y cuidadores sobrecargados atienden a personas de 82,31 años, apoya la idea de Gómez, M. J. (2.006) que afirma que la edad de la PC tiene un valor predictivo del 95% de la sobrecarga.

En nuestro estudio se ha observado que la salud mental de la PC no presentó relación con la sobrecarga del cuidador inmoproff. Sin embargo, si que se encontró relación entre el nivel cognitivo de la PC según la escala cognitiva Mini-Mental de Lobo y los niveles de su salud mental (p < 0,001), de tal forma que a mayor grado cognitivo se observó mejor estado de

salud mental. Es importante señalar que en el 69,09% de los casos del estudio el nivel cognitivo de las PC está alterado, a pesar de no tener graves alteraciones mentales. Sin embargo, el nivel cognitivo de la PC tampoco ha sido significativo frente a la sobrecarga. Nuestros datos no están muy lejanos a los de Rinaldi, P. y sus col. (2.005) donde solo encontraron significación entre el nivel cognoscitivo y la sobrecarga en un 12% de las personas cuidadas. En este caso, se coincide también con los resultados de García, R. y sus col. (2.005) que dicen que la sobrecarga no varía cuando hay demencia, enfermedades neurodegenerativas y personas dependientes en general, pero estas aportaciones son contrarias a las conclusiones de diversos autores. Washio, M. y sus col. (2.001) afirman que tener dependencia está asociada a sobrecarga en un 60,90% frente al 39,10% cuando el cuidador no está sobrecargado (p: 0,08). López-Pousa, S. y sus col. (2.004) señalan que si se disminuye la función cognitiva de la PC aumenta la sobrecarga del cuidador y además que cuando disminuye el nivel cognitivo de la PC aumenta la sobrecarga objetiva del cuidador y el coste mensual del cuidado (número de horas cuidado). Cuando el nivel cognitivo de la PC (según el Mini-Mental) es mayor de 19 el coste es de 419,30 €/mes; cuando la puntuación del Mini-Mental disminuye a valores entre 11 y 19 entonces el coste aumenta a 641,90 €/mes y cuando el Mini-Mental disminuye aún más hasta valores inferiores a 11, entonces el coste aún aumenta hasta 1.150,60 €/mes. Gómez, M. J. (2.006) observó en su estudio que hay relación entre la sobrecarga del cuidador y el deterioro mental de la PC, de forma que a mayor deterioro mental de la PC se produce mayor sobrecarga del cuidador. Rinaldi, P. y sus col. (2.005) encontraron que cuanto mayor agitación, irritabilidad y comportamientos motores aberrantes tenían las PC se observaba mayor nivel de sobrecarga en los cuidadores, llegando incluso a tener hasta casi cuatro veces más de sobrecarga (p: 0,001). Sin embargo, el equipo liderado por Rinaldi no encontró relación entre los niveles de demencia de la PC y la sobrecarga del cuidador. Por tanto, creemos que probablemente las diferencias entre nuestros resultados y los citados autores se producen porque la media del nivel cognoscitivo de la escala Miniexamen de Lobo en nuestra investigación ha sido de 22 (y el corte de normalidad está en 24 y en 28 si son menores de 65 años) y además porque el 51,80% de las personas cuidadas tenían la capacidad mental no alterada o solo levemente alterada. Es decir, en nuestro estudio a pesar de que la media del nivel cognitivo fue algo inferior a la normalidad, las personas cuidadas tenían poco alterada su salud mental y por tanto, no podemos establecer afirmaciones de ningún tipo.

### **7.3.5. Variables sociodemográficas y variables relacionadas con el cuidado propiamente dicho frente a la sobrecarga del cuidador inmoproff.**

**Género del cuidador inmoproff.** No se ha encontrado ninguna relación del género con la sobrecarga coincidiendo con García, R. y sus col. (2.005) que indican que no hay relación entre la sobrecarga y el género. Sin embargo, Navaie-Waliser, M. y sus col. (2.002) señalaron que el género femenino presenta mayor cansancio crónico y que Rinaldi, P. y sus col. (2.005) que encontraron que la mujer cuidadora presentaba mayor sobrecarga que los varones. Intentando buscar una causa de porqué en este estudio no hay relación entre género y sobrecarga cuando la mayoría de autores si lo indican puede ser porque el hecho de ser cuidadores inmigrantes formales y tener una remuneración económica hace más homogéneo el grupo de cuidadores.

**Edad del cuidador inmoproff.** En nuestro estudio se ha encontrado un coeficiente de correlación que muestra una baja relación negativa (Spearman  $r:-0,21$   $p: 0,02$ ) entre la edad y la sobrecarga. Es decir, a mayor edad del cuidador inmoproff presenta menos nivel de sobrecarga, datos contrarios a los del estudio de Rinaldi, P. y sus col. (2.005) que muestran que los cuidadores de mayor edad tienen más sobrecarga, así sus resultados indican que los cuidadores mayores de 70 años presentan más de tres veces nivel de sobrecarga que en los cuidadores menores de 50 años y los cuidadores con edades entre 51 años y 69 años presentan dos veces más sobrecarga que los cuidadores menores de 50 años ( $p: 0,003$ ). El motivo de la gran diferencia de resultados entre nuestra investigación y los de Rinaldi puede ser que en su estudio los cuidadores mayores de 50 años representaron el 68,98%, mientras que en nuestro estudio fue solo del 10,91%. Es decir, creemos que como la muestra de su estudio era muy mayor en edad, ya que el 41,52% tenían entre 50 y 69 años y el 27,46% eran mayores de 70 años, podían tener dificultades físicas asociadas a la edad y por tanto, es normal que en su estudio se observe que a mayor edad mayor sobrecarga. Sin embargo, en nuestro estudio, con una muestra eminentemente joven, ya que el 50% tienen entre 21 años y 35 años, puede ocurrir que a los más jóvenes les cueste más psicológicamente cuidar a las personas mayores. Además, autores como García, R. y sus col. (2.005) han encontrado que no hay relación entre la sobrecarga y la edad del cuidador. Por tanto, en nuestra opinión parece lógico que los más jóvenes tengan más sobrecarga ya que no disponen de la madurez necesaria para el cuidado y además, en nuestro estudio los cuidadores inmoproff manifestaron que su formación no era adecuada para su trabajo como cuidadores. Pero también opinamos que cuando los cuidadores inmoproff vayan aumentando su edad podrán encontrarse con los problemas señalados por Rinaldi, P y col. (2.005).

**País de procedencia del cuidador inmnoiproff.** En nuestro estudio se ha observado significación entre la sobrecarga y el país de origen del cuidador, pero solo se ha concretado en los cuidadores procedentes de Bolivia quizá debido a que la gran mayoría de cuidadores del centro y sur de América tienen una cultura muy próxima a la española. Al buscar otros autores que hayan estudiado la diferencia entre países en cuidadores encontramos que nuestros resultados apoyan los de Schneider, J. y sus col. (1.999) ya que en su investigación el país explicó el 11,4% de la varianza del nivel de sobrecarga. También refuerzan nuestros resultados Haley, W. y sus col. (2.003) que si encontraron diferencias, pero no tanto por países y si por sus culturas. Contrariamente Ríos, M. A. y sus col. (2.001) no obtuvieron significación entre los países de los cuidadores y la sobrecarga, quizá porque su estudio se realizó con cuidadores informales que eran españoles y africano-españoles con una cultura muy próxima. Al intentar analizar porque ha sido Bolivia el único país que ha dado significación frente a la sobrecarga del cuidador no se ha encontrado ningún motivo significativo, pero si que es cierto que durante las entrevistas a los cuidadores, estos tuvieron más dificultad en contestar los cuestionarios que los cuidadores inmnoiproff de otros países.

**Estado civil del cuidador inmnoiproff:** Nuestro estudio no ha encontrado relación entre el estado civil y la sobrecarga coincidiendo con García, R. y sus col. (2.005) y con en el estudio de Alonso, B. y sus col. (2.004) que tampoco obtuvieron dicha relación.

**Tipo de convivencia del cuidador inmnoiproff:** Al estudiar la relación entre la convivencia y la sobrecarga que tiene el cuidador inmnoiproff se ha encontrado que existe significación. Los que menos sobrecargados están son los que viven solos, quizá porque tienen que trabajar menos y convivir menos con otras personas, fenómeno que puede representar un esfuerzo de adaptación y coordinación pero también podrían presentar mayor sentimiento de soledad. Los que presentan mayor sobrecarga son los que conviven con compatriotas superando incluso a los que conviven con la persona cuidada. Cuando el cuidador inmnoiproff convive con un compatriota tiene un 46% más de sobrecarga que cuando vive solo ( $p < 0,001$ ) y un 35% más que cuando vive con su esposo o esposa ( $p: 0,019$ ). Esto indica que puede ser que vivan con un compatriota por obligación, pero lo que preferirían sería vivir con su familia reagrupados.

Vivir con los esposos o hijos supone más sobrecarga que vivir solo porque conlleva mayores preocupaciones, ya que convivir con los esposos presenta una odds ratio 1,33 frente a vivir solo y convivir con los hijos una odds ratio de 2,67 frente a vivir solo. Sin embargo, es

importante destacar que los cuidadores casados que no conviven con sus esposos tienen un 12% más de sobrecarga que cuando conviven con sus esposos, y por tanto, a pesar que convivir con los esposos está más sobrecargado que cuando vive solo, también es cierto que los cuidadores casados que no conviven con sus esposos están más sobrecargados. Este dato anima a impulsar el reagrupamiento familiar. Otro dato que apoya esta afirmación es que la percepción de la calidad de vida de los cuidadores casados que viven juntos es la mayor y en consecuencia, aunque estén sobrecargados por el trabajo también tienen un alto porcentaje de calidad de vida, este razonamiento puede estar apoyado por el sentimiento de pertenencia a la familia y apoyo recibido.

Sin embargo, la mayor fuerza estadística entre la sobrecarga y el tipo de convivencia se produce cuando el cuidador inmnoiproff convive con la PC ya que presenta casi 11 veces más sobrecarga que si viven solos y representan un 18% más de sobrecarga cuando conviven con la PC que si no lo hacen. Estos datos apoyan los obtenidos por Rinaldi, P. y sus col. (2.005) que indican que hay más sobrecarga si el cuidador inmnoiproff convive con la persona cuidada (p: 0,008).

En definitiva, pensamos que lo mejor sería favorecer la convivencia familiar por los refuerzos de amor y soporte que se pueden prestar y evitar las convivencias forzadas con otros compatriotas ya que quizá por problemas de vivienda pueda ser contraproducente. Además, lo preferible sería que los cuidadores inmnoiproff no convivieran permanentemente con la PC para que así se produjeran los momentos de descanso necesarios y probablemente mejorando el cuidado de la PC.

**Nivel de ingresos de los cuidadores inmnoiproff:** Cuando los ingresos son bajos hay un 15% más de sobrecarga y están casi tres veces más sobrecargados que cuando su nivel de ingresos es normal. Parece lógico que aquellos que tienen menos capacidad económica presenten mayor sobrecarga por no poder disponer de recursos para atender a sus necesidades. Durante el estudio se ha observado que hay muchas variables ajenas al cuidado propiamente dicho que influyen en la sobrecarga, reforzando la idea holística de la persona. Es decir, la persona es un todo y cuando no tiene cubierta sus necesidades básicas entonces esto repercute en su totalidad, por ejemplo en la capacidad de desarrollar su trabajo. En nuestra opinión, aunque el nivel de ingresos no es lo más importante, si que puede repercutir en muchos aspectos como son la posibilidad de la calidad de vida de la vivienda, el ocio, los periodos de descanso, las condiciones de trabajo, el nivel de formación e incluso en el sentido del cuidado en ocasiones.

La necesidad de cuidar a las personas mayores dependientes ha llevado a que no solo sean las familias de nivel económico alto las que precisan de cuidadores inmnoiproff, sino que cada vez más las familias de nivel económico medio e incluso bajo, también lo tienen que hacer y por tanto, disponen de menor capacidad para pagar sueldos adecuados. Pero, ¿cuál es el sueldo adecuado del cuidador inmnoiproff?, ¿el sueldo adecuado viene determinado por la capacidad económica que la familia dispone para poder atender a su familiar, o es el que corresponde por el nivel formativo que tienen los cuidadores inmnoiproff? o ¿es el que marca la ley de la oferta y la demanda?. En nuestra opinión, es necesario que el gobierno, después de un consenso con los agentes implicados, determine un sueldo mínimo para los cuidadores inmnoiproff y controle su cumplimiento, evitando la clandestinidad de este tipo de trabajo. De esta forma, se mejorarán las condiciones para disminuir la sobrecarga de los cuidadores inmigrantes y también el cuidado de las personas mayores dependientes.

**Compromiso económico en su país de origen:** Los cuidadores inmnoiproff que tienen compromiso económico en su país de origen presentan un 14% más de sobrecarga frente a no tenerlo. Parece normal que aquellos cuidadores inmnoiproff que tienen que enviar una cantidad económica a personas que están en su país de origen puedan estar más sobrecargados, ya que significa que sienten tener una responsabilidad por ellos para ayudarlos económicamente, aunque sea disminuyendo su propio nivel económico aquí.

**Nivel de estudios del cuidador inmnoiproff:** Todo parece indicar que a mayor nivel de estudios se observa mayor nivel de sobrecarga, excepto en los cuidadores universitarios que son los menos sobrecargados. Intentando buscar una explicación a los resultados obtenidos se ha analizado la relación entre el nivel de estudios y diversas variables observándose que existe significación entre el nivel de estudios y si consideran adecuados sus estudios para ser cuidadores de personas mayores ( $p: 0,004$ ). Hay que recordar que considerar adecuados los estudios no ha sido significativa frente a la sobrecarga del cuidador inmnoiproff, pero sí frente a su calidad de vida. Sin embargo, el resto de variables que podrían relacionar la sobrecarga del cuidador inmnoiproff con su nivel de estudios como son el apoyo social, su calidad de vida y la salud de la persona cuidada no han presentado significación. En este sentido se ha comprobado que los cuidadores inmnoiproff universitarios no se consideran preparados para cuidar y esto les podría causar peor calidad de vida pero no más sobrecarga. Quizá los cuidadores universitarios están menos sobrecargados ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 40,20) porque trabajan como cuidadores esperando que en un futuro puedan tener un trabajo más adecuado a sus estudios. Los cuidadores que tienen estudios universitarios sin acabar ( $\bar{x}$  de

sobrecarga con Zarit: 50,47) presentan una gran sobrecarga que puede provenir de la obligación de tener que hacer un trabajo para el cual opinan que no están preparados y como no tienen los estudios acabados pueden sentirse encerrados en este tipo de trabajo sin ver como poder salir de él. Por otra parte, aquellos cuidadores que disponen de estudios secundarios ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 49,75) son el grupo más numeroso con 28 cuidadoras y son las más preparadas para este cuidado, según opinan ellas mismas, pero esto no quita que estén sobrecargadas por la dureza del trabajo. Los cuidadores con estudios primarios terminados ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 49,64) presentan una sobrecarga muy similar al grupo anterior, en cambio los cuidadores con estudios secundarios no acabados tienen un nivel inferior de sobrecarga ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 44,52). Finalmente, el grupo de cuidadores con los estudios primarios no terminados ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 41,78) son los que consideran que sus estudios son adecuados al trabajo que realizan y los que tienen menos sobrecarga, quizá porque piensan que es una de las posibles salidas laborales que tienen sin disponer de estudios previos. En definitiva, creemos que es necesario que el nivel de estudios del cuidador inmoproff este adecuado al cuidado de las personas mayores. Aunque tradicionalmente el cuidado a las personas mayores se ha realizado por las familias que no disponían de estudios específicos, esto no implica que el gobierno debería indicar un nivel de conocimientos y aptitudes básicos para el desempeño de este cuidado.

Nuestros resultados apoyan las conclusiones de Peón, M. J. (2.004) que indica la necesidad de que los cuidadores deben estar específicamente formados para cuidar adecuadamente y para que puedan liderar la ayuda familiar. Hay que formar e informar al cuidador además de valorar su nivel de la sobrecarga, promover el autocuidado de la persona cuidada pero también atender y adaptar su domicilio y potenciar el uso de las ayudas externas como son los centros de día, talleres de estimulación cognitiva, guías de ayuda, redes familiares y recursos socioeconómicos. Según Rhoades, D. R. y sus col. (2.000) los cuidadores pagados hacen que los cuidadores familiares reactualicen sus cuidados. Pero además de adecuar los estudios de los cuidadores al trabajo que realizan, se debe contemplar las recomendaciones que diversos autores hacen a los cuidadores para intentar disminuir su sobrecarga. Según el manual de soporte elaborado por el Social Work Service. (1.990) se recomiendan cinco estrategias para mejorar la carga: 1) objetivos realistas, 2) establecer los propios límites, 3) pedir y aceptar ayuda, 4) cuidar de si mismo y 5) implicar en el cuidado a otras personas. Siguiendo las indicaciones de Engel, G. (2.005) también se pueden seguir las siguientes recomendaciones: 1) reconocer que se necesita ayuda, 2) aceptar que puede aparecer sobrecarga, 3) no ponerse siempre en segundo lugar como sacrificado, 4) pedir ayuda , 5) acudir a un profesional

psiquiatra o psicólogo si es preciso, 6) aprender técnicas de relajación, 7) solicitar información sobre la enfermedad, 8) delegar tareas, 9) no solo fijarse en los problemas sino también en los éxitos, 10) cuidar los propios descansos, 11) tener tiempo para asuntos propios, 12) realizar ejercicios físicos cada día, 13) evitar el aislamiento, 14) saber decir no, 15) permitirse un escape emocional, 16) planificar y priorizar las tareas, 17) favorecer la independencia de la persona cuidada y 18) usar centros de día de respiro. El libro verde de la dependencia indica que es necesario que el cuidador desarrolle habilidades para el seguimiento del cuidado de los mayores dependientes (Sánchez, J., 2.004). En definitiva, en este apartado se ha querido mencionar diversos autores que indican como debe ser la adecuación de los estudios que se precisa para cuidar a las personas mayores, ya que gran parte de los cuidadores inmnooproff (el 44,5% en nuestro estudio) no consideran adecuados sus estudios. Por tanto, se deberá comprobar que existe una adecuación de los estudios de los cuidadores inmnooproff, pero teniendo en cuenta como se realiza este control, porque si se hace en demasía, se puede llegar a crear tensión y desconfianza que sea perjudicial. Es decir, lo correcto es llegar a un equilibrio en este control que asegure un correcto cuidado de los mayores pero sin que los cuidadores formales se sientan tan controlados que les llegue a crear un sentimiento de desconfianza (Stone, D., 1.999).

Diversos autores indican que no existe relación entre el nivel de estudios y la sobrecarga del cuidador informal Alonso, B. y sus col., (2.004) y García, R. y sus col., (2.005). Sin embargo, los datos de Rinaldil, P y sus col. (2.005) indican que los cuidadores con más de cinco años de estudios presentan menor sobrecarga que los que tienen estudios de menos de cinco años de duración. Además, a mayor nivel de estudios hay menor sobrecarga (Rinaldi, P. y sus col., 2.005), datos que coinciden con los nuestros en cuanto al nivel universitario, pero que discrepan con el resto de niveles, probablemente por el carácter formal de nuestros cuidadores.

### **Tareas que realizan los cuidadores inmnooproff.**

Empezaremos con la acción de **“dar de comer”** a la PC que ha mostrado significación estadística respecto a la sobrecarga del cuidador inmnooproff. Dar de comer al anciano cuando éste es totalmente dependiente con respecto a esta necesidad supone un 24% más de sobrecarga que cuando la PC se nutre independientemente. Como ésta es una actividad que no se podrá evitar cuando sea preciso, será necesario valorar el nivel de sobrecarga del cuidador cuando se tenga que realizar para así adecuar los recursos necesarios.

La tarea de **“ayudar en las movilizaciones”** a la PC es muy importante, porque se ha observado como una de las variables significativas en el análisis multivariable logístico, lineal y en el estudio bivariable con la sobrecarga de tal forma que los menos sobrecargados son los cuidadores que ayudan total o casi totalmente a moverse a la persona cuidada. La bibliografía indica también esta relación cuando se observa que los cuidadores prefieren mover a las personas totalmente o casi totalmente frente a mover a los pacientes que ayudan mal o parcialmente (Miyamoto, Y. y sus col., 2.002).

Con respecto a realizar tareas de **“limpiar la ropa”** a la PC también se ha observado que existe significación (Chi-cuadrado, p: 0,01) entre los cuidadores que realizan la limpieza de la ropa de la persona que cuidan y la sobrecarga. Los menos sobrecargados son los que no realizan las tareas de limpieza de la ropa ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 39,67). Claramente muchos cuidadores inmoproff deben pensar que no es una tarea que deban hacer ellos porque se están mezclando dos tipos de trabajos, cuidar y labores del hogar, por esto no les debe gustar realizar esta tarea. Hay que señalar que cuando el cuidador inmoproff lava la ropa parcialmente (es decir en alguna ocasión) presenta 20 veces más sobrecarga que cuando casi no lava la ropa. Por tanto, tan solo con lavarla en alguna ocasión ya se produce un incremento de sobrecarga.

Hay que señalar que en nuestro estudio no se ha encontrado significación estadística entre la sobrecarga y la variable de **“dificultad en realizar las tareas del cuidado a la persona mayor”**. Sin embargo, diversos autores si lo han documentado. Ríos, M. A. y sus col. (2.001) observaron que un 30,50% de los cuidadores presentaban dificultad en realizar los cuidados y Navaie-Waliser, M. y sus col. (2.002) indican que el hecho de tener dificultad en la realización de cuidados representa tener dos veces más sobrecarga que si no tienen dificultad en realizar los cuidados. En nuestro caso se ha encontrado que hay un 44,50% de cuidadores que manifiestan tener dificultad en realizar los cuidados, porcentaje próximo al del equipo de Ríos.

Por otra parte, no se ha encontrado relación entre la sobrecarga y **“el tiempo que llevan realizando el cuidado”**. En la literatura encontramos autores con posiciones contradictorias. Así Paleo, N. (2.005) y Gómez, M. J. (2.006) indican que a mayor tiempo realizando el cuidado se observa mayor nivel de sobrecarga, mientras que García, R. y sus col. (2.005) tampoco encontraron relación con la duración del cuidado. Por lo tanto, será necesario realizar más investigaciones para clarificar esta relación.

**Falta de conocimientos.** La falta de conocimientos de los cuidadores ha presentado significación estadística sobre su sobrecarga. La significación se ha producido entre la sobrecarga y los distintos tipos de falta de conocimientos. La menor sobrecarga se produce cuando los cuidadores inmoproff tienen falta de conocimientos en aseo ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 38), falta de conocimientos en historia catalana ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 39,17) y falta de conocimientos sobre como actuar si la salud de persona mayor empeora ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 40,80). Los que más sobrecarga presentan son los cuidadores con falta de conocimientos en movilizaciones ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 56,33) observándose casi siete veces más sobrecarga frente a no tener falta conocimiento en movilizar, en el vestir ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 56,11) y en la falta de conocimientos sobre las costumbres españolas y catalanas ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 50,90). Si agrupamos las diversas faltas de conocimiento en conceptos comunes, encontramos que la mayor sobrecarga se produce ante la falta conocimientos en cuidados básicos ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 50,35), mientras que la menor sobrecarga se produce ante la falta conocimientos en cuidados sanitarios ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 40,60). Los cuidadores que no tienen falta de conocimientos ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 46,62) tiene más sobrecarga que los cuidadores que tienen falta de conocimientos en cuidados sanitarios ( $\bar{x}$  de sobrecarga con Zarit: 40,60) pero la diferencia de la sobrecarga entre estos dos grupos de cuidadores no es significativa. Estos resultados indican, probablemente, que para los cuidadores inmoproff es más importante conocer bien los cuidados básicos (como movilizar, vestir...) que no tanto los cuidados sanitarios (saber actuar frente a problemas) porque consideran que avisarán a la familia y ésta lo resolverá. Además, coincide que los cuidadores inmoproff que menos se sienten sobrecargados son aquellos que tienen una familia que colabora precisamente en la actuación frente al empeoramiento de la salud de la persona mayor. Por tanto, la familia continua siendo elemento clave del cuidado a personas mayores.

Al calcular la fuerza estadística entre distintos tipos de falta de conocimientos se observa que la falta de conocimientos en costumbres españolas y catalanas presenta una odds ratio 7,6 frente a la falta de conocimientos en el saber actuar si empeora. Es decir, no disponer de conocimientos sobre las costumbres sobrecarga casi ocho veces más que la falta de conocimientos en saber actuar al empeorar la salud de la PC. Probablemente esto indica que a los cuidadores les preocupa mucho más conocer las costumbres ya que delegan en la familia los problemas de salud graves de la persona que cuidan, porque tampoco están muy preparados para ello.

En definitiva, creemos que se debe insistir en la formación de los aspectos que más sobrecargan, es decir sobre los cuidados básicos del cuidado (movilizar, vestir) y sobre las costumbres. Sin embargo, autores como Goodman y sus col. (1.990) afirman que la formación dada a los cuidadores no siempre disminuye la sobrecarga y Losada, A. y sus col. (2.004) inciden al afirmar que las actuaciones de formación sobre los cuidadores para disminuir la sobrecarga depende del contenido que se les proporciona. Autores como Alonso, B. y sus col. (2.004) explican que dar formación aumenta la satisfacción de los cuidadores en un 96% de los casos y que la consideran útil para mejorar la eficacia del cuidado en un 66% de las ocasiones, aunque no disminuye la sobrecarga significativamente.

En nuestro estudio los cuidadores con falta de conocimientos son el 24,50%, poco distante a los resultados de Ríos, M. A. y sus col. (2.001) con un 36,30%. La necesidad de formación es un hecho solicitado por los cuidadores porque demuestran interés por mejorar el cuidado prestado. Esta idea está totalmente validada por investigaciones donde las acciones formativas sobre el cuidador han disminuido la sobrecarga (Marriott, A., Donaldson, C., Tarrier, N. y Burns, A., 2.000 y Greenberger, H. y sus col., 2.003). Aunque otros autores dicen que mejora la satisfacción pero no disminuye realmente la sobrecarga (Chase C y sus col., 1.990).

**Inquietud sobre la persona cuidada:** Los cuidadores inmnoiproff que no tienen inquietud sobre la persona cuidada son los menos sobrecargados. Los cuidadores que si presentan inquietud están un 20% más sobrecargados los que no están inquietos. Estar inquietos por la persona cuidada suele relacionarse con preocuparse por su salud, bien directamente por el sufrimiento o bien por la posibilidad de una futura muerte de la persona a la que cuidan. Cuando se valora con que frecuencia se presenta está inquietud se observa que aquellos que presentan inquietud casi siempre tienen un 36% más de sobrecarga frente a los que nunca tienen inquietud. En el estudio efectuado en el programa ALOIS el 67 % de los cuidadores manifestaban sentir incertidumbre sobre el futuro de la persona que cuidaban (Alonso, B. y sus col., 2.004) y estos datos coinciden con los de nuestro estudio (64,4%).

**El cansancio** de los cuidadores inmnoiproff. Después de haber analizado las tareas que realizan los cuidadores inmnoiproff, sus dificultades, la falta de conocimiento y la inquietud que puede sentir el cuidador inmnoiproff sobre la persona que cuida, se reúnen los requisitos para analizar del Cansancio del cuidador. Como ya se ha tratado en los apartados 4.4.2 variables independientes y 4.5 instrumentos de medida de la tesis, se ha considerado que existe cansancio atendiendo a la definición de la NANDA: North American Nursing

Diagnosis Association. (2.002), es decir se considera que un cuidador presenta cansancio cuando tiene dificultad en realizar los cuidados, falta de conocimientos e inquietud por la persona que cuida. Atendiendo a estos datos, se ha comprobado que el cuidador inmnoiproff está cansado en una proporción del 80%, pero no ha presentado significación estadística con la sobrecarga. Estos datos difieren de Atance, J. (1.994) y Hare, J. y sus col. (1.988) que manifiestan que el cansancio es una de las manifestaciones del sentimiento de carga. Sin embargo, otros autores como Zarit, S. H. y sus col. (2.001) no relacionan el cansancio con la sobrecarga. En definitiva, en nuestro estudio no hemos encontrado relación entre cansancio y sobrecarga, probablemente debido a que la sobrecarga es un término más amplio que el cansancio.

**El tipo de cuidador:** diversos autores indican que los distintos tipos de cuidadores presentan niveles de sobrecarga diferente. Así, Rinaldi, P. y sus col. (2.005) manifiestan que los cuidadores “distintos” a la esposa o hijos, pueden presentarse en un porcentaje del 17% y éstos tienen una sobrecarga inferior a los familiares, de tal manera que la esposa está cerca de siete veces más sobrecargada que los “otros tipos de cuidadores” y los hijos están cinco veces más sobrecargados que los “otros tipos de cuidadores”. Sin embargo, este grupo de “otros cuidadores” también presenta sobrecarga. Dentro del grupo de altamente sobrecargados hay un 7% de “otros cuidadores” y dentro de los poco sobrecargados hay un 23% de “otros cuidadores” ( $p < 0,001$ ). En el estudio de Rinaldi, P y sus col. (2.005) se observa que del total de cuidadores un 40,80% están sobrecargados altamente y un 59,20% están poco sobrecargados, otros estudios como el de Ríos, M. A. y sus col. (2.001) muestra un 47,50% de sobrecargados. Rinaldi, P y sus col. (2.005) señalan distintos porcentajes de nivel de sobrecarga según el tipo de cuidador: 1) esposa un 52% de sobrecargadas altamente y un 48% con poca sobrecarga; 2) hijo un 39% de sobrecargados altamente y un 61% con poca sobrecarga; 3) “otros cuidadores” un 18% de sobrecargados altamente y un 82% poco sobrecargados. En definitiva, se puede observar que el porcentaje de sobrecargados en los “otros cuidadores” es porcentualmente inferior a la de los cuidadores familiares, pero existe sobrecarga. En cambio, en nuestro estudio sobre cuidadores inmnoiproff, los porcentajes son de un 44% de cuidadores sobrecargados y un 56% de cuidadores no sobrecargados. Quizá la diferencia está en que en nuestro estudio el corte se hace entre sobrecargados y no sobrecargados, mientras que en el de Rinaldi, P y sus col. (2.005) se hace entre sobrecargados y poco sobrecargados. Sin embargo, al distribuir nuestros resultados como en el estudio de Rinaldi, P y sus col. (2.005) encontramos un 23% de cuidadores inmnoiproff sobrecargados altamente y un 77% poco sobrecargados y por tanto, nuestros resultados ya son próximos a

Rinaldi, P y sus col. (2.005). Al comparar nuestros resultados con los del estudio ALOIS de Alonso, B. y sus col. (2.004) pero agrupando sus resultados en sobrecargados y poco sobrecargados (en lugar de en sobrecargados y no sobrecargados) observamos que encontraron un 52% de cuidadores sobrecargados y un 48% de poco sobrecargados y si también los comparamos con los resultados de García, R. y sus col. (2.005) con un 53,80% de sobrecargados y un 47,70% de poco sobrecargados, entonces si que presentan resultados muy distintos a los nuestros. Hay que tener en cuenta que el porcentaje de cuidadores pagados también es muy distinto en cada una de las investigaciones. Así, en Alonso, B. y sus col. (2.004) hay un 5% de cuidadores pagados y en García y sus col. (2.005) hay un 9,40% de cuidadores pagados y en ambas investigaciones sus resultados son distintos a los de nuestra investigación. En cambio la investigación de Rinaldi, P y sus col. (2.005) con un 17% de cuidadores pagados ya presenta una proporción de sobrecargados más semejante a la nuestra. En definitiva, tanto cuidadores informales como formales presentan sobrecarga y en nuestra investigación con cuidadores inmigrantes no profesionales formales se identifican un 44% de cuidadores sobrecargados y un 56% de cuidadores no sobrecargados, datos que se asemejan más a la literatura cuando ésta se refiere a grupos de cuidadores con mayor porcentaje de cuidadores pagados.

También es importante resaltar el estudio de Heru, A. y Ryan, C. (2.004) donde indican que la sobrecarga en el familiar dependerá de las relaciones existentes entre ellos, es decir que si hay una relación familiar pobre habrá mas sobrecarga y el de Rosa, E. y sus col. (2.004) que indican que el hecho de tener cuidadores pagados disminuye la sobrecarga a los familiares. Además, otros autores manifiestan que no han encontrado relación entre la sobrecarga y el parentesco García, R. y sus col. (2.005). Sin embargo, tal y como se presenta en los antecedentes del estudio, ninguno de los estudios existentes realiza un análisis de los cuidadores inmigrantes no profesionales formales y por tanto, es aconsejable que se realicen nuevos estudios.

### 7.3.6. Discusión sobre los resultados del análisis multivariable.

Según la regresión logística, el 60,77% de la sobrecarga del cuidador inmnoiproff se explica con el apoyo social que manifiesta tener, su calidad de vida ambiental, cuando el cuidador ayuda en la movilidad casi totalmente a la persona mayor y cuando el cuidador inmnoiproff dispone de un colaborador familiar que participe en todo, en el mantenimiento económico y en los cuidados sanitarios de la persona mayor, así como cuando el cuidador desea quedarse a vivir en Cataluña entre 4 y 10 años, todo ello disminuyendo la sobrecarga, mientras que trabajar en fin de semana durante más de 16h diarias aumenta la sobrecarga.

Según la regresión lineal, un 68,15% de la sobrecarga del cuidador inmnoiproff se explica con su calidad de vida social del cuidador inmnoiproff, la ayuda total en la movilización a la persona mayor y cuando el cuidador inmnoiproff dispone de un colaborador familiar que participe en todo o casi todo en cuanto a los cuidados que se prestan a la persona mayor, todo ello disminuyendo la sobrecarga, mientras que se aumenta la sobrecarga cuando la persona mayor presenta graves alteraciones en las actividades de la vida diaria y/o precisa ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria.

En definitiva, en nuestro estudio se observa que según el análisis multivariable, disminuye la sobrecarga en el cuidador inmnoiproff cuando tiene apoyo social, calidad de vida social y ambiental, el deseo de quedarse en Cataluña entre 4 a 10 años, cuando dispone de un colaborador familiar que participe en todo o casi todo, en el mantenimiento económico y en los cuidados sanitarios de la persona mayor, así como cuando el cuidador inmnoiproff ayuda en la movilización total o casi totalmente a la persona mayor. Mientras que la sobrecarga aumenta cuando la salud física de la persona mayor presenta graves alteraciones en las AVD o precisa ayuda para casi todas las AVD y cuando se trabaja en fin de semana más de 16h/día.

Apoyando los resultados de nuestro estudio, numerosos autores también señalan el apoyo social al cuidador y el estado físico de la persona cuidada como dos de los más importantes factores relacionados con la sobrecarga. En cuanto al apoyo social Sterritt, P. y sus col. (1.998) y Albar, M. (2.004) manifiestan que a mayor apoyo social hay menor sobrecarga, además Rivera, J. y sus col. (2.003) llegan a la conclusión que aumentar el apoyo formal disminuye la sobrecarga.

En cuanto a la calidad de vida, nuestros datos apoyan los resultados de los grupos de investigación liderados por Morimoto, T. y sus col. (2.003) y Álvarez, F. y sus col. (2.004)

que encontraron que niveles de sobrecarga mayor se producen al disminuir la calidad de vida del cuidador. Alonso, B. y sus col. (2.004) en su programa ALOIS encontró que no había relación entre la calidad de vida y la sobrecarga del cuidador.

En cuanto a la ayuda en la movilización total o casi totalmente también existen otros autores que lo han señalado, porque es más sencillo desplazar totalmente a una persona que estar pendiente de si colabora o no y en que medida lo hace. Así Miyamoto, Y. y sus col. (2.002) manifiestan que si la persona mayor dependiente dispone de movilidad cuando la persona mayor camina sin sentido, interfiere o arremete al cuidador aumenta la sobrecarga del cuidador. Si la PC no dispone de movilidad el cuidador tiene menos sobrecarga, porque no se resiste ni interfiere con el cuidador. Por otro lado, cuando las personas mayores carecen de movilidad, lo que más sobrecarga al cuidador son la repetición de las preguntas y el aferrarse o agarrarse en los cambios de posición o movilizaciones pasivas realizadas por el cuidador. También Gómez, M. J. (2.006) indica que las actividades realizadas por los cuidadores que requieren esfuerzo físico les supone un aumento de la sobrecarga y este esfuerzo físico puede ser mayor en los que tienen mayor movilidad que en los de menor movilidad.

El factor de relación de la salud física de la persona cuidada es muy importante y diversos autores la indican con claridad, entre ellos destaca Ríos, M. A. y sus col. (2.001) que han encontrado relación entre la sobrecarga del cuidador y la salud física de la PC. También Gómez, M. J. (2.004) observó relación entre el deterioro físico y el tiempo de la enfermedad. Por tanto, nuestros resultados sobre la disminución de la sobrecarga con el apoyo social, la calidad de vida y la ayuda en la movilización coinciden con la literatura de los cuidadores informales. Sin embargo, aparecen como nuevos factores relacionados con la sobrecarga de los cuidadores inmigrantes no profesionales formales el deseo de quedarse en Cataluña y la colaboración del cuidador con el familiar.

## **7.4. Factores de relación del apoyo social, la calidad de vida y la integración como variables dependientes.**

Finalizada la discusión referente a la sobrecarga, se va a desarrollar la discusión considerando el apoyo social, la calidad de vida y la integración como variables dependientes, analizando los factores relacionados que se han observado en cada una de ellas.

### **7.4.1. El apoyo social del cuidador inmoproff como variable dependiente.**

Diferentes variables han presentado significación de distinto signo frente al nivel de apoyo social del cuidador inmoproff. Entre ellas analizaremos la opinión que tiene el cuidador con respecto a si el desconocimiento del catalán o de las costumbres catalanas y españolas influye en la posibilidad de tener amistades con personas autóctonas, el tiempo que desea quedarse en Cataluña, la frecuencia con que recibe ayuda, aspectos de su calidad de vida, destacando las condiciones de su vivienda y la integración.

Cuando el cuidador opina que desconocer el catalán dificulta tener amigos se observa un 29% más de apoyo social frente a aquellos que no saben si dificulta tener amigos. Así mismo, cuando el cuidador opina que el catalán no dificulta tener amigos se observa un 39% más de apoyo social. Parece que se da mayor apoyo cuando se opina si o no frente a no saber que opinar, probablemente por la dualidad del idioma catalán y castellano y de las diferentes posturas políticas de Cataluña. Actualmente, según una encuesta realizada en diciembre del 2.005 (Institut d'Estadística Generalitat Catalunya., 2.006a), la población que vive en Cataluña en un 42,80% se sienten tan españoles como catalanes y si se suman todas las opciones en que aparece “sentirse español” obtiene un 57,90%. Si se suman todas las opciones “sentirse catalán” obtiene un 81,80%, por tanto debido a esta dualidad, hay un porcentaje alto que puede aceptar que se hable en castellano sin que opinen que esto sea un problema. Es decir, se le da apoyo cuando necesita conocer el catalán pero también cuando se piensa que no es necesario, penalizándose más la indecisión. Diversos estudios refuerzan la idea de que la mejora del apoyo social se dá al superar la dificultad del idioma autóctono (Walace, S. y sus col., 2.002).

El tiempo que desea quedarse en Cataluña el cuidador influye significativamente al apoyo social. Los que tienen más apoyo son los que quieren quedarse entre 2 y 5 años ( $\bar{x}$  de apoyo social: 43,74). Tienen un 40% más de apoyo cuando desean quedarse entre 2 a 5 años frente a cuando desean quedarse de 5 a 10 años y un 21% más apoyo social que si desean quedarse entre 2 a 24 meses. Por tanto, los que reciben más apoyo son los que se quieren quedarse a

vivir en Cataluña entre 2 y 5 años, más que los que desean quedarse indefinidamente y más que los que desean quedarse de 5 a 10 años, lo cual puede representar un cierto rechazo en profundidad. De todas las categorías se observó que se da mayor apoyo a los que quieren quedarse poco (2 a 24 meses con una media de apoyo social de 36,20) que a los que se quieren quedar de 5 a 10 años (media de apoyo social de 31,14). Debido a que Bellón, J. y sus col. (1.996) indicaron que las personas más jóvenes de 40 años tienen casi 3 veces más apoyo social que los mayores de 40 años (odds ratio 2,93) se quiso comprobar en nuestro estudio si el apoyo social presentaba relación con la edad de los cuidadores y se observó que aunque la edad no está directamente relacionada con el apoyo social, si que se observó que a mayor edad del cuidador inmnoiproff se producía más deseo de quedarse en Cataluña ( $p < 0,005$ ).

El cuidador inmnoiproff tiene entre un 86% y un 90% más de apoyo social cuando recibe apoyo con una frecuencia de apoyo de siempre ( $\bar{x}$  de apoyo social: 41,58) o frecuentemente ( $\bar{x}$  de apoyo social: 42,57) que si nunca reciben apoyo ( $\bar{x}$  de apoyo social: 22,38) ( $p < 0,001$ ). Es decir, no solo es importante la calidad del apoyo sino también la frecuencia con que sienten recibirlo.

El cuidador inmnoiproff tiene entre un 92% y un 104% más de apoyo social si tienen una percepción global de la calidad de vida normal ( $\bar{x}$  de apoyo social: 40,68) o bastante satisfactoria ( $\bar{x}$  de apoyo social: 43,25) frente a muy mala ( $\bar{x}$  de apoyo social: 21,17;  $p < 0,001$ ). También el coeficiente de correlación de Spearman muestra una relación positiva ( $r: 0,23$ ,  $p: 0,01$ ) entre la calidad de vida global y el apoyo social, es decir a mayor calidad de vida global se observa mayor nivel de apoyo social. Situación que se repite en la relación entre la calidad de vida física y el apoyo social, ( $r: 0,32$ ,  $p: 0,001$ ), la calidad de vida psíquica y el apoyo social ( $r: 0,39$ ,  $p < 0,001$ ), la calidad de vida social ( $r: 0,32$ ,  $p < 0,001$ ) y la calidad de vida medioambiental y el apoyo social ( $r: 0,27$ ,  $p: 0,004$ ). Igualmente existe una relación pero mayor ( $r: 0,63$ ,  $p < 0,001$ ) entre la integración y el apoyo social, es decir que a mayor integración mayor apoyo.

En definitiva, se observa que para mejorar el apoyo social hay que potenciar la estabilidad y condiciones de la vivienda, el nivel de ingresos y de conocimientos sobre el cuidado y el catalán, ayudándolo a entender la dualidad existente en Cataluña. También parece necesario trabajar el apoyo que brinda la población catalana a los cuidadores inmnoiproff cuando llevan poco tiempo, pero sobre todo cuando quieren permanecer en Cataluña durante largo tiempo,

porque parece que hay un cierto rechazo o temor. Como se ha visto, mejorar el apoyo social no solo es mejorar estas variables, sino hacer notar al cuidador inmnoiproff que se le presta apoyo con alta frecuencia (no una ayuda puntual en el tiempo o al inicio para facilitar su llegada). Sin embargo, el dato más concluyente es que mejorar el sentimiento de calidad de vida de los cuidadores inmnoiproff es uno de los elementos más importantes para mejorar el apoyo social y la integración. Estas ideas concuerdan con el estudio realizado por Bellón, J. y sus col. (1.996), donde se muestra una regresión lineal múltiple que explica en un 30% la variabilidad del apoyo social a través del nivel de estudios o conocimientos, la salud física y mental y las relaciones familiares. Por un lado cita conocimientos al igual que nosotros en cuanto a idioma. También cita salud física, mental y relaciones familiares que son dimensiones de la calidad de vida según la WHOQOL-Bref. Sin embargo, merece una especial atención un tema que ya actualmente está creando serios problemas como es la vivienda. Así Checa, F. y sus col. (2.003) alertan de que la ocupación de infraviviendas puede llevar a la aparición de guetos, ciudades fragmentadas y polarizadas con consecuencias negativas ya que se cierra la participación y se crea desempleo por falta de contactos sociales. Como se ha comprobado en el presente estudio, el apoyo social, la calidad de vida y la integración mejoran la sobrecarga del cuidador inmnoiproff y por tanto, se abren las puertas de nuevas investigaciones para desarrollar las variables que influyen el apoyo social y quizá en la sobrecarga. Así, Kuwahara, Y. y sus col. (2.001) indican que los más sobrecargados tienen menos tiempo para relación social pero más para dedicarse al cuidado de la persona dependiente.

#### **7.4.2. La calidad de vida del cuidador inmnoiproff como variable dependiente.**

Entre los objetivos del estudio se planteó identificar posibles factores relacionados con la calidad de vida para determinar si alguno de ellos podría permitir, en estudios posteriores, mejorar la sobrecarga del cuidador inmnoiproff. Al tratar la calidad de vida como una variable dependiente se observa que la calidad de vida medioambiental aumenta con el apoyo social, así se observa un 17% más de calidad de vida medioambiental si hay apoyo social frente a no tenerlo (p: 0,02). Nuestro estudio coincide con Bellón, J. y sus col. (1.996) que afirman que el apoyo social está relacionado con la percepción de la calidad de vida. También aumenta un 19% la calidad de vida medioambiental con el nivel de ingresos del cuidador inmnoiproff (p: 0,001). El aumento de la calidad de vida medioambiental en relación al nivel de ingresos es progresivo, es decir cuando aumenta el nivel de ingresos también aumenta la calidad de vida

medioambiental. Un elemento que puede influir en el nivel de ingresos es la existencia de compromiso económico por parte del cuidador inmnoiproff con su país y se ha observado que este compromiso también ha presentado significación con la calidad de vida medioambiental ( $p: 0,01$ ) de forma que cuando no hay compromiso económico hay mayor nivel de calidad de vida. Otro factor que también está relacionado con la economía del cuidador inmnoiproff es el número de horas que trabaja. Se ha observado que cuando el cuidador inmnoiproff trabaja menos de 20h/s presenta niveles de calidad medioambiental menores que cuando trabaja igual o más de 20h/s ( $p: 0,002$ ). Por tanto, creemos que favorecer el trabajo y la reagrupación familiar para que no tengan compromisos económicos para con su país, así como ayudar a que los cuidadores inmnoiproff perciban que tienen un nivel económico normal y apoyo social ayudará a que presenten mayor calidad de vida.

También considerando la calidad de vida medioambiental como dependiente se observa un coeficiente de correlación de Spearman significativo positivo con el apoyo social ( $r: 0,27$ ,  $p: 0,004$ ) y el nivel de integración ( $r: 0,20$ ,  $p < 0,02$ ) del cuidador inmnoiproff, de forma que cuando hay mayor nivel de apoyo social y de integración se encuentran niveles mayores de calidad de vida. Por otro lado, se ha observado un coeficiente de correlación de Spearman significativo positivo con el nivel cognitivo de la persona que cuida y la calidad de vida medioambiental del cuidador inmnoiproff ( $r: 0,20$ ,  $p < 0,03$ ). Por tanto, a mayor nivel cognitivo de la persona que cuida se observa más calidad de vida medioambiental del cuidador inmnoiproff. Nuestros datos refuerzan los resultados de Lai, K. L. y sus col. (2.005) en el estudio que realizaron sobre la calidad de vida medioambiental en las personas mayores donde se observó que la calidad de vida presentó significación ( $p < 0,05$ ) con respecto al número de enfermedades crónicas de la persona cuidada ya que el nivel cognitivo puede estar asociado al nivel de enfermedad. En cambio, nuestros resultados difieren del estudio liderado por Lai donde sí encontraron relación con el nivel de enseñanza y la salud física de la persona cuidada y además, con el número de cuidadores que tenían ( $p < 0,05$ ). Awadalla, A. W., Ohaeri, J. U., Tawfiq, A. M. y Al Awadi, S. A. (2.006) en su estudio sobre factores relacionados con la calidad de vida, observaron significación entre la opinión que tienen los cuidadores sobre la calidad de vida de las personas mayores y la calidad de vida que creen tener las personas mayores, incluida la calidad de vida que hace referencia a la salud física de la persona mayor, en este sentido también existiría una cierta aproximación con el nivel cognitivo de las personas cuidadas y por tanto, con nuestros resultados.

Finalmente, y como conclusión de este apartado, podríamos considerar como nuevos factores de relación en la calidad de vida medioambiental del cuidador inmnoiproff el número de horas que trabajan los cuidadores inmigrantes y el nivel económico.

### **7.4.3. La integración del cuidador inmnoiproff como una variable dependiente.**

Entre los objetivos e hipótesis del estudio se plantea que niveles bajos de integración están relacionados con la sobrecarga y que conocer factores relacionados con la integración, tratándola como una variable dependiente, nos ayudarán a determinar si alguno de ellos podría permitir, en estudios posteriores, disminuir la sobrecarga del cuidador inmnoiproff. Hay que recordar que los resultados referentes a este apartado deben ser tomados solo como indicativos porque para medir la integración se ha utilizado la cantidad total de características integradoras que se observaban en los cuidadores inmnoiproff sobre el total de las 12 características seleccionadas para nuestro estudio.

Al tratar la integración como una variable dependiente se observa que cuando un cuidador inmnoiproff tiene una de las características de integración (apoyo social, relaciones sociales, apoyo distinto al de otros inmigrantes y tener amigos catalanes) frente a no tenerla, se observa que está más integrado en los siguientes porcentajes: apoyo social (según escala de Duke) un 35%; relaciones sociales (según WHOQOL-Breff) un 29%; disponer de apoyo distinto al de otros inmigrantes un 31% y tener amigos catalanes un 18%.

También, se observa un coeficiente de correlación de Spearman que muestra una relación moderada ( $r: 0,27$ ,  $p: 0,004$ ) entre la dimensión de la calidad de vida social de la escala de WHOQOL-Bref y la integración, lo que refuerza nuestros resultados. Es decir, aunque ambos mejoran la integración, parece ser que el apoyo confidencial es más importante (se refiere a recibir ayuda en el domicilio, trabajo, al enfermar) que el apoyo afectivo (se refiere a conceptos como disponer de personas con quien hablar de los problemas y que se preocupan de uno). Tener buena relación social que provenga tanto de otros inmigrantes como de personas autóctonas, facilita la integración en un 30%, mientras que disponer de amigos autóctonos lo hace en un 20%. Por tanto, es bueno tener amigos autóctonos para favorecer la integración, pero lo más importante, es que se sientan apoyados tanto por autóctonos como por el resto de inmigrantes.

La seguridad del inmigrante puede estar regulada por muchos elementos, pero hemos destacado la sanitaria, la económica (nivel de ingresos), el trabajo (horas trabajadas) y la vivienda estable. El hecho de disponer de la tarjeta sanitaria, proporciona un 30% más de integración al cuidador inmoproff y la estabilidad de la vivienda un 17%. En cuanto a las condiciones del lugar donde viven, se observa que aquellos que están “muy satisfechos”, frente a los que están “insatisfechos” presentan un 21% más de integración y un 17% más que cuando se sienten “normalmente” satisfechos. Parece, según Checa, F. y sus col. (2.003) que el sentimiento de seguridad, condiciones de la vivienda y la sanidad son temas importantes para favorecer la integración. Aunque el nivel de ingresos no se ha identificado como un elemento integrador, si que el sentimiento de disponer de suficiente dinero para cubrir las necesidades se ha observado como elemento integrador. Aquellos cuidadores inmoproff que tienen el sentimiento de disponer dinero “moderadamente” frente a los que tienen el sentimiento de “no tener nada” para cubrir sus necesidades, aumenta la integración un 22%. Es decir, no es tan importante el nivel de ingresos que dicen tener, sino el sentimiento de tener suficiente para cubrir sus necesidades. Sin embargo, se ha encontrado una relación significativa ( $p: 0,17$ ) entre el nivel económico y el sentimiento de disponer suficiente dinero para cubrir las necesidades. Este hecho, se da sobre todo entre el nivel económico bajo y el sentimiento de no poder cubrir las necesidades y poderlo hacer totalmente. Distintos autores indican la necesidad de potenciar la sostenibilidad económica para favorecer la inmigración. Según indica el ayuntamiento de Barcelona, el distrito de Barcelona con mayor porcentaje de inmigrantes respecto al total de la población es Ciutat Vella con un 33% (40.500 personas) (Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona., 2.006b) donde hay una gran oferta de iniciativas culturales y cívicas para favorecer la integración. Sin embargo, no hay que olvidar las manifestaciones de inmigrantes realizadas en Francia en verano del 2.005 y valorar que en realidad, a pesar que se ha querido culpabilizar a la inmigración, no tiene que ver con la inmigración y si con la exclusión social.

Un estudio de Cáritas y la Fundación Fomento de estudios sociales y sociología avanzada (FOESSA). (2.005) advierte que en España el 44,10% de las 8.509.000 personas que viven en pobreza son jóvenes, como los que han protagonizado la revuelta en Francia en el verano del 2.005 (es decir 3.752.469 jóvenes pobres) y el 65% de las personas que viven en pobreza extrema son jóvenes (343.200 personas). Durante el estudio se manifiesta que sino se pone remedio a determinadas situaciones de exclusión, si que se puede generar el caldo de cultivo para que en el futuro haya violencia y que muchos jóvenes reciben un mensaje de la sociedad que les hace sentirse inferiores y les excluye creando sensación de estafa y de falta de futuro

que puede incubar el germen de la revuelta. Por tanto, se indica que hay que primar la igualdad de oportunidades pensando en las segundas generaciones de inmigrantes.

Otros autores que han analizado la crisis francesa, como Capdevila, M. (2.005), indican que el paro, la vivienda precaria y la marginación están en el origen del descontento de los suburbios de París. Se ha producido un abandono de las políticas sociales con una disminución de 302 millones de euros en el presupuesto del 2.005. La tasa de paro de los inmigrantes en París es del 20%, el doble que en el resto de Francia, y en concreto un tercio de los jóvenes inmigrantes está sin empleo. Los barrios de inmigrantes presentan un alto fracaso escolar en los centros educativos, llegando al 12% frente al 4% de otras zonas. La media de los salarios de los inmigrantes es de 10.540 € anuales frente a los 17.184 € de media en Francia. La insalubridad de las viviendas es extrema hasta tal punto que está prevista la destrucción de 30.044 viviendas hasta el año 2.008. Además, en la actualidad se está produciendo un rechazo a la autoridad y a las fuerzas del orden y se ha suprimido la policía de proximidad que facilitaba el contacto y el dialogo con la población.

Siguiendo con nuestra investigación, se ha observado que aquellos cuidadores inmnooproff que no tienen compromiso económico para con allegados en su país, tienen un 17% más de integración que el resto. Al analizar si el tener compromiso económico, pudiera estar relacionado con el nivel de ingresos, con el tiempo que desean quedarse a vivir en Cataluña o con el tipo de convivencia que tienen (si vive solo o con familia) no se ha encontrado relación, pero si se ha encontrado relación con su salud psíquica ( $p: 0,03$ ), de forma que aquellos que “si tienen compromiso económico” tienen peor calidad de salud psíquica (según el dominio 2 de la escala de WHOQOL-Bref). También se ha encontrado relación entre compromiso económico y el sentimiento de disponer dinero para cubrir las necesidades, de forma que aquellos inmigrantes “con compromiso económico” tienen mayor sentimiento de disponer poco dinero para cubrir sus necesidades. Otra vez, no es tanto el nivel económico si no que ese nivel sea suficiente para cubrir sus necesidades. Por tanto, el hecho de tener un compromiso económico con alguien de su país de origen, puede ser tanto por el esfuerzo económico de enviarle constantemente una cantidad de su salario, y que esto repercuta en su capacidad de satisfacer sus necesidades, como en su salud psicológica. Quizá, si el cuidador inmnooproff pudiera traer a sus familiares a vivir con él o ganar suficiente dinero como para sentir que cubren sus necesidades, no tendrían compromiso económico con allegados de su país y se facilitaría la integración. Sin embargo, en nuestro estudio no se ha observado

relación significativa entre el tiempo que desean quedarse o el tipo de convivencia frente al compromiso económico.

Siguiendo con los elementos de seguridad encontramos la relación entre el trabajo o más concretamente con las horas trabajadas y la integración. Se ha observado que trabajar entre 4 o 8h/día facilita más la integración que cuando trabajan más de 16h/día tanto entre semana como en fin de semana. Aquellos que trabajan entre 4 a 8h/día están entre un 16% y un 19% más integrados. Por tanto, se hace necesario que trabajen para sentirse seguros y tener cubiertas sus necesidades, pero no es necesario trabajar en extremo, porque trabajar más de 16h/día dificulta la integración. Además, estos datos están apoyados por la relación significativa ( $p: 0,002$  en horas de trabajo de lunes a viernes y  $p: 0,001$  en fin de semana) de forma que aquellos que trabajan más de 16h/día, son los que sienten tener menos dinero para cubrir sus necesidades. Hay que destacar que ningún inmigrante ha considerado tener nivel alto de ingresos y todos están entre un nivel bajo (65,45%) y el medio (34,55%). Al analizar más el trabajo de los cuidadores inmoproff se comprueba en el mismo sentido, que existe una relación negativa moderada ( $r: -0,30$   $p: 0,001$ ) entre las horas de trabajo y la integración, es decir, que cuando se trabaja muchas horas/semana se encuentran menos características de integración. Por tanto, será necesario regularizar las jornadas de este tipo de cuidadores para mejorar su integración.

También se observa que el total de horas en otros trabajos distintos a cuidar, mejora la integración ( $r: 0,19$ ,  $p: 0,04$ ). Esta relación puede indicar que quizá si los cuidadores inmoproff realizaran otros trabajos distintos a ser cuidador mejoraría la integración. Por tanto, también existe la posibilidad -como está ya ocurriendo entre las mujeres autóctonas- que al incorporarse al mercado de trabajo vayan dejando de cuidar a los mayores, en parte porque esto les hace sentirse más integrados. Por tanto, se tendrá que cuidar tanto a familiares (cuidadores informales), como a cuidadores inmoproff y al resto de cuidadores profesionales para que puedan realizar el cuidado de los mayores.

La percepción de calidad de vida global presenta significación con la integración. De esta forma, aquellos cuidadores inmoproff que tienen “bastante” calidad de vida están un 46% más integrados frente a los que tienen “muy mala” calidad de vida ( $p: 0,03$ ). Este es el porcentaje mayor que hemos encontrado en el estudio bivariable entre la integración y el resto de variables. Aunque la calidad de vida es un concepto amplio, si que es importante destacar que conseguir un sentimiento global de calidad de vida mejora la integración y que se puede

trabajar en este sentido midiéndolo con escalas como por ejemplo con la WHOQOL-Bref. El coeficiente de correlación de Spearman ha mostrado una relación baja ( $r: 0,20$ ,  $p: 0,02$ ) entre la calidad vida psíquica y la integración. Igualmente presenta relación ( $r: 0,27$ ,  $p: 0,004$ ) entre la calidad de vida social y la integración. Por tanto, a mayor calidad de vida psíquica, social y medioambiental se observa un mayor número de características integradoras en el cuidador inmno proff.

Como ampliación a la información de la calidad de vida psíquica, hay que decir que en nuestro estudio se ha encontrado relación con los sentimientos de tristeza y el grado de integración. Aquellos cuidadores inmno proff que en nuestro estudio presentan sentimiento de tristeza “raramente” frente a los que los presentan “siempre” están un 32% más integrados, y aquellos que están tristes “medianamente” frente a “siempre”, están un 27% más integrados. Resulta evidente, para nuestra muestra, que favorecer que no se produzcan estos sentimientos de tristeza facilita la integración. Además, hay que resaltar que en la dimensión de salud psíquica de la WHOQOL-Bref intervienen muchos elementos (disfrutar la vida, sentido de la vida, capacidad de concentración, apariencia física, satisfecho de sí mismo, además del sentimiento de tristeza) y solo ha destacado el sentimiento de tristeza que es el más asociado a la depresión y al síndrome de Ulyses (Atxotegui, J. y sus col., 2.005).

Dentro de los elementos característicos de la identidad de Cataluña destaca el idioma y se observa que entender el catalán mejora la integración en un 16%. Mientras que el conocimiento de las costumbres catalanas y españolas no ha presentado significación. Con respecto al catalán la relación más significativa está entre los que “no entienden nada” y los que lo “hablan”, de tal forma que cuando ocurre esto último están un 33% más integrados. Es necesario añadir que el resto de resultados significativos entre “no entender nada” y “escribir” o entre “entender” y “hablar” tienen también porcentajes entre el 20 y 29% más integrados. En definitiva, el conocimiento del catalán mejora la integración. En este sentido, la política del ayuntamiento de Barcelona ya está intentando actuar. En el último trimestre del 2.005 se han llevado a cabo 476 cursos con 20.655 plazas, de estas 14.000 van dirigidas a personas sin ningún conocimiento del catalán, el objetivo del ayuntamiento es llegar al 50% de las personas que se empadronan cada año. Para ello el presupuesto ha sido de 0,64 millones de euros. El contenido de los cursos, cuyo objetivo es favorecer la integración para fomentar la convivencia, es el catalán y las costumbres barcelonesas (fiestas tradicionales, lugares de ocio y cultura, horarios, las actividades propias de la vida cotidiana y como moverse con el transporte público) (Sanz RM., 2.005).

Otro grupo importante de factores para la integración es el que hace referencia al propio deseo de integrarse. Cuando los cuidadores inmnoiproff tienen el deseo de quedarse en Cataluña tienen un 27% más de características de integración frente a cuando no lo desean, al igual que si desean que sus hijos tengan amigos catalanes tienen un 28% más de integración y si desean que sus hijos sigan las costumbres catalanas tienen un 29% más de integración. Todos estos datos parecen indicar que la voluntad de integración del propio inmigrante interviene muy directamente en la integración. Todos estos datos coinciden con las características definitorias que Solé, C. (1.991) indica en sus estudios.

### **7.5. Resumen de la discusión y principales diferencias entre los factores de riesgo de la sobrecarga de los cuidadores inmnoiproff y los cuidadores informales.**

Como resumen de la discusión respecto a los objetivos e hipótesis planteadas en el estudio, y específicamente en cuanto a la primera hipótesis que hace a referencia a la relación entre la sobrecarga en el cuidador inmnoiproff y los niveles bajos de apoyo social podemos señalar que si se ha encontrado relación entre la sobrecarga y el apoyo social. Cuando el cuidador inmnoiproff ha presentado niveles bajos de apoyo social la sobrecarga ha aumentado. Sin embargo, aunque diversos autores Zarit, J. M. y sus col. (1.982), Skaff, M. y sus col. (1.992), Sterritt, P. y sus col. (1.998), Albar, M. (2.004), López, S. y sus col. (2.005) y Rinaldi, P. y sus col. (2.005) ya habían señalado el apoyo social a los cuidadores informales como factor relacionado con la sobrecarga, nuestro estudio aporta la novedad que estos cuidadores son inmigrantes y que puede existir una necesidad de apoyo social particular. Todas las personas necesitamos apoyo, pero diversos aspectos del perfil del cuidador inmnoiproff apuntan a la necesidad de un apoyo especial, aunque la literatura que lo respalda es muy incipiente. Los cuidadores inmnoiproff llevan una media de 4 años en Cataluña, un tiempo no demasiado grande para establecer grandes redes de apoyo y además, vemos que por debajo de 2 años, o por encima de 5 años de estancia en Cataluña, el apoyo que reciben ya no es tan importante. También, como aspecto específico se observa que los cuidadores inmnoiproff piensan que desconocer las costumbres catalanas les puede dificultar establecer amistades con las personas autóctonas, un 25% han percibido sufrir de situaciones racistas y en la misma proporción dicen tener bajo apoyo social. Al analizar factores asociados al apoyo social se han encontrado relaciones con su calidad de vida global, física, psíquica, social y medioambiental, esta última muy relacionada con la seguridad, la información, el transporte, el acceso a la sanidad, el nivel económico, el ocio y las condiciones de la vivienda y de su entorno. Es

importante proporcionar al cuidador inmnoiproff apoyo en su momento de llegada, facilitando el conocimiento de las costumbres autóctonas, la cultura y forma de entender la vida del país receptor, controlando que no se produzcan situaciones de discriminación racial y comprobando que tienen el apoyo que necesitan, especialmente en los aspectos de sanidad, vivienda, seguridad, trabajo y nivel económico. Si no se contempla este tipo de apoyo, es probable que el cuidador inmnoiproff al desarrollar su labor como cuidador presente sobrecarga elevada.

Con respecto a la segunda hipótesis que hace referencia a que algunas características del cuidador inmnoiproff y de la persona cuidada, como la calidad de vida del cuidador inmnoiproff, el tiempo como cuidador y el estado de salud de la persona cuidada son factores de relación con la sobrecarga, podemos indicar que en nuestro estudio no se ha obtenido relación con el tiempo que se lleva como cuidador, reforzando así los resultados de García, R. y sus col. (2.005) en su estudio, pero señalando datos contrarios a autores como Paleo, N. (2.005) y Gómez, M. J. (2.006) que si han encontrado relación entre el tiempo que se lleva cuidando y la sobrecarga. En nuestra opinión, son necesarios más estudios para avanzar en este conocimiento.

Con respecto a la calidad de vida del cuidador inmnoiproff y al estado de salud de la persona cuidada podemos señalar que si se ha encontrado relación con la sobrecarga del cuidador. En cuanto a la calidad de vida del cuidador inmnoiproff y la sobrecarga, nuestros resultados apoyan la idea que la calidad de vida de los cuidadores varía según el tipo de cuidador (Golimbet, V. y sus col., 2.001) y que la salud física de cuidador está relacionada con su sobrecarga (Rinaldi, P. y sus col., 2.005) de forma que a mayor calidad de salud física del cuidador inmnoiproff menor sobrecarga. Sin embargo, también creemos que el estudio aporta la novedad que la calidad de vida medioambiental en los cuidadores inmigrantes tiene un especial interés frente su sobrecarga y que además, también ha presentado significación con el apoyo social, tal como anteriormente ya hemos citado. Sin embargo, hay que resaltar que en nuestro estudio la calidad de vida global de los cuidadores inmnoiproff (media de WHOQOL-Bref en calidad de vida global de 2,29) es inferior a la calidad de vida global de la hija, principal exponente de los cuidadores informales (media de WHOQOL-Bref en calidad de vida global de 2,80) en el estudio de Golimbet, V. y sus col. (2.001). Este dato puede tener que ver con el sentimiento de ser inmigrante y de las condiciones mejorables que espera llegar a alcanzar el inmigrante. También, hay que resaltar que la calidad de vida medioambiental de los cuidadores inmnoiproff ha presentado significación con el nivel económico que cree tener

el cuidador, de forma que a mayor nivel de económico se produce mayor calidad de vida medioambiental. Por tanto, acciones que fomenten el incremento de su nivel económico serán importantes, coincidiendo con Checa, F. y sus col. (2.003) que indican la necesidad de que el inmigrante debe disponer de trabajo en cantidad y calidad iguales a los autóctonos.

Aunque la relación de la sobrecarga del cuidador con la salud física de la persona cuidada no es un hecho novedoso, ya que numerosos autores ya lo han documentado Ríos, M. A. y sus col. (2.001), Gómez, M. J. (2.004), también es cierto que otros autores Castel, A. y sus col. (2.003), Vázquez, M. y sus col. (2.005) no lo apoyan. Por tanto, nuestro estudio sitúa a los cuidadores inmnoiproff dentro del grupo de autores que defienden que la salud de la PC si interviene en la sobrecarga y nuestro estudio indica que también lo hace en los cuidadores inmnoiproff, como era de esperar, aunque había muy poca literatura que lo respaldara.

Otras características del cuidador inmnoiproff han presentado significación con la sobrecarga. Destacamos, como específica para este tipo de cuidador, el tipo de convivencia. Se ha observado que la convivencia con otros inmigrantes compatriotas aumenta la sobrecarga del cuidador y por otro lado la reagrupación familiar, aunque produzca la carga propia de llevar un hogar, disminuye su sobrecarga. Es decir, se deberían evitar viviendas donde habiten excesivos compatriotas ya que la literatura indica que muchas veces conviven de forma hacinada (Checa, F. y sus col., 2.003).

Otro factor relacionado con la sobrecarga, y que merece ser destacado en nuestra opinión, es la falta de conocimientos básicos para el cuidado (aseo, movilización). Sin embargo, por el contrario los cuidadores inmnoiproff no manifiestan falta de conocimientos de cuidados sanitarios (conocimientos sobre las enfermedades, habilidades de cuidados y tratamientos) y si están proporcionando en el 80% de los casos, medicación a las personas mayores. Esta puede ser una grave situación que merece ser gestionada rápidamente por la administración por el peligro que conlleva para el cuidado a las personas mayores. Proporcionando formación a los cuidadores inmnoiproff mejoraremos su sobrecarga y la seguridad de las personas mayores. Hay que recordar que el trabajo de cuidador inmnoiproff representa en la actualidad una gran bolsa de trabajo oculto y que por tanto, no se trata laboral ni formativamente. Una tarea especialmente importante que realizan los cuidadores inmnoiproff y que ha presentado relación con la sobrecarga ha sido la movilización total o casi total a la persona cuidada como factor de protección. Creemos que este factor tiene un valor especial en los inmigrantes, porque aún sin disponer del conocimiento suficiente de nuestra cultura, pueden interpretar

mal que movilizar a la PC sea un factor de protección ya que podrían limitar la movilidad de la PC para mejorar su sobrecarga.

También consideramos un factor especial de los inmigrantes el volumen de trabajo en demasía, es decir trabajar más horas de las permitidas. Se ha encontrado significación con la sobrecarga de forma que trabajar por encima de las 8h/día y en concreto más de 16h/día en fin de semana sobre todo (pero también entre semana) produce sobrecarga en el cuidador inmnoiproff. Aunque pueda parecer evidente que la jornada recomendada es de 8h/día, en cambio la realidad social indica que los propios cuidadores informales realizan cuidados de largas jornadas (López, S. y sus col., 2.004) y como ya está muy interiorizado socialmente que es así, se solicita a los cuidadores inmnoiproff la misma dinámica. Debido a que el 65% de los cuidadores inmnoiproff tienen un bajo nivel económico, éstos aceptan estas condiciones de trabajo. Por tanto, es un factor relacionado con la sobrecarga específico de los cuidadores inmnoiproff, porque en numerosas ocasiones se les hace trabajar con peores sueldos y durante jornadas laborales más largas. Una posible situación intermedia entre el trabajo en demasía de los cuidadores inmnoiproff y el cuidado informal, pudiera ser la combinación de ambos. Nuestro estudio ha señalado que cuando el cuidador inmnoiproff dispone de una colaboración familiar en el cuidado mejora la sobrecarga del cuidador inmnoiproff, mientras que el estudio de Rosa, E. y sus col. (2.004) indican que la existencia de cuidadores inmnoiproff mejora la sobrecarga de los cuidadores informales. Además, en nuestro estudio se ha encontrado relación con la sobrecarga del cuidador inmnoiproff y el número de horas que trabaja el colaborador familiar, de forma que a más horas de trabajo del cuidador familiar fuera de casa hay más sobrecarga del cuidador inmnoiproff. Es decir, todo parece indicar que una colaboración por parte de la familia en el cuidado del cuidador inmnoiproff y el desarrollo de su rol profesional como cuidador puede potenciar la disminución de la sobrecarga del cuidador inmnoiproff.

Por tanto, si que existen factores relacionados con la sobrecarga que son específicos para los cuidadores inmnoiproff y aunque en algunos casos puedan parecer los mismos que en los cuidadores informales o autóctonos, como en el caso del apoyo social, toman un sentido muy distinto.

La tercera y última hipótesis propone que niveles bajos de integración en Cataluña del cuidador inmnoiproff están relacionados con su sobrecarga. Al referirnos a la integración hay que señalar que ha presentado significación con la sobrecarga del cuidador inmnoiproff en

muy pocas ocasiones, probablemente porque es difícil decir cuando una persona está integrada y cuando no lo está y también porque para medir la integración se ha utilizado la cantidad total de características integradoras que se producía en los cuidadores inmnoiproff sobre el total de las 12 características seleccionadas para nuestro estudio. Por este motivo, los resultados que hacen referencia a la integración (como proporción sobre las 12 características) deben ser tomados solo como indicativos. Sin embargo, si pueden darse por válidos y fiables los resultados de distintos conceptos aceptados por la literatura como integradores por si solos (Solé, C., 2.000). Al referirnos a estos últimos, solo algunos han presentado significación con la sobrecarga del cuidador inmnoiproff. Este es el caso del tiempo que desea quedarse a vivir en Cataluña el cuidador inmnoiproff y su nivel de catalán.

La variable que hace referencia al tiempo que desea permanecer en Cataluña el cuidador inmnoiproff ha presentado significación tanto con la sobrecarga (desear quedarse en Cataluña de 4 a 10 años) como con el propio apoyo social (desear quedarse en Cataluña de 2 a 5 años). Los que desean quedarse entre 2 y 5 años, son los que reciben más apoyo, pero cuando aumenta éste tiempo, el apoyo disminuye, como si empezáramos a pensar que ya no lo necesitan. Todo ello hace creer que hay que prestar especial atención al apoyo social a los cuidadores inmnoiproff.

También se ha observado que cuando mejora el nivel de catalán en los cuidadores inmnoiproff también disminuye su nivel de sobrecarga. En este sentido hay que señalar que solo el 6% de los cuidadores inmnoiproff hablan el catalán frente al 80% de la población de Cataluña que si lo habla (Generalitat de Catalunya., 2.006). Queda por tanto, un largo camino a recorrer en la formación del catalán.

Finalmente, tras analizar las tres hipótesis planteadas podemos afirmar que en líneas generales los resultados obtenidos en esta investigación si apoyan las tres hipótesis. Creemos que los datos apuntan a pensar que existen factores relacionados específicos para los cuidadores inmigrantes no profesionales formales, siendo el apoyo social, la calidad de vida y la integración variables importantes para explicar la sobrecarga de este tipo de cuidador. Además, se han indicado factores relacionados con el apoyo social, la calidad de vida medioambiental y la integración que pueden hacer mejorar la situación de los cuidadores inmnoiproff y que actuando sobre ellos se plantean soluciones de mejora en conjunto. En definitiva, se han indicado factores, que aunque se precise de nuevas investigaciones para comprobar si están relacionados con la sobrecarga, son suficientemente importantes como

para trabajar sobre ellos con el fin de mejorar la sobrecarga de los cuidadores inmno porff (Figura 31).

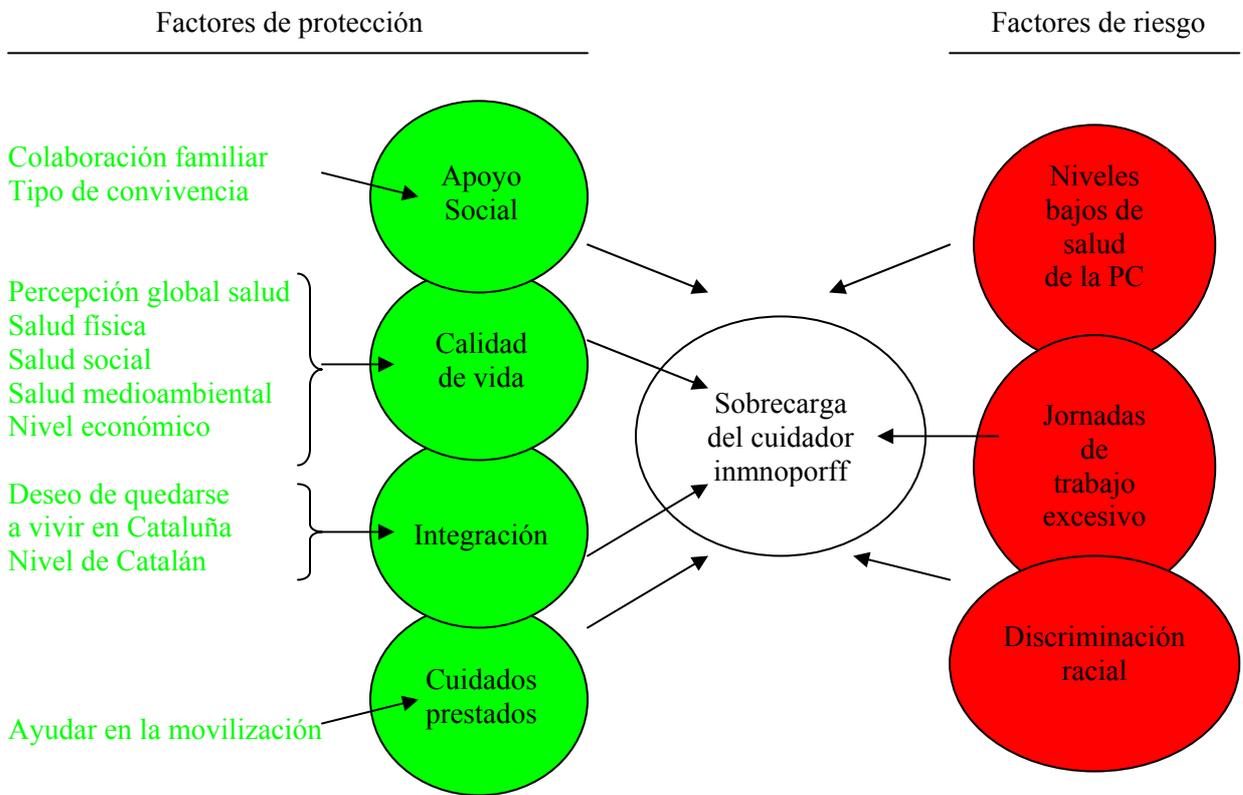


Figura 31. Factores de protección y riesgo de la sobrecarga del cuidador inmno porff.

En definitiva, nuestra investigación ha abierto la posibilidad de estudiar y desarrollar actuaciones útiles frente a los factores que actúan sobre la sobrecarga de los cuidadores inmno porff.



# Capítulo VI

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



## 8. Conclusiones.

1- El cuidador inmnoiproff presenta el perfil de una mujer adulta (38 años) procedente del centro y sur de América casada y con hijos viviendo con ella. Hace cuatro años que reside en Cataluña y dos años y medio que es cuidador. Trabaja entre 20 y 40h/s y suele cuidar a una o dos personas. Realiza actividades domésticas, cuidados básicos y sanitarios. A pesar de que los cuidadores creen que cuentan con los conocimientos necesarios, tienen dificultades para realizar las tareas de cuidados. La mayoría de los cuidadores cuentan con buen apoyo social y buena calidad de vida global, social y medioambiental; sin embargo, una cuarta parte opina que no está satisfecho con las condiciones de vida de su vivienda. A su vez, los participantes cumplen la mayoría de las características básicas de integración (tarjeta sanitaria, vivienda estable, trabajo al menos de 20h/s, entender el catalán y apoyo social).

El perfil de la persona cuidada es el de una mujer de 80 años, viuda o casada, que vive con sus hijos, esposo o sola. Casi todos reciben cuidados del cuidador inmnoiproff en colaboración con algún familiar. Tienen dependencia física y una tercera parte presenta alteración mental moderada.

2- Se ha observado que el nivel de sobrecarga en el cuidador inmnoiproff varía por diversos factores.

- 2A. Es bajo cuando:
  - Su apoyo social afectivo y confidencial es elevado.
  - Su calidad de vida global, física, psíquica, social y sobre todo medioambiental es elevado.
  - Presenta características integradoras como son el deseo de un tiempo de permanencia en Cataluña entre 4 y 10 años, la ausencia de situaciones de discriminación racial, la capacidad para escribir en catalán y el conocimiento de las costumbres catalanas y españolas.
  - El cuidado se realiza en colaboración con miembros de la familia en aspectos sanitarios especialmente aquellos que requieren movilización total y ayuda económica.
- 2B. Es elevado cuando:
  - La persona cuidada presenta incapacidad física, grave alteración de las actividades de la vida diaria. Sin embargo, esta sobrecarga no está relacionada con la capacidad mental o el grado cognoscitivo de la persona cuidada.

- Las jornadas de trabajo del cuidador inmnoiproff son largas, sobre todo en fin de semana e incluyen cuidados básicos (alimentar y vestir a la persona mayor) y domésticos (limpiar la ropa), especialmente manifiestan no tener los conocimientos necesarios para el cuidado.

3. El apoyo social, la calidad de vida medioambiental y la integración en Cataluña del cuidador inmnoiproff se asocian positivamente, observando:

- Un elevado nivel de apoyo social en los cuidadores inmnoiproff que tienen nivel elevado de ingresos, de catalán y cuando desean que sus hijos sigan las costumbres catalanas.
- Un elevado nivel de calidad de vida medioambiental en los cuidadores inmnoiproff que tienen ingresos elevados y que trabajan muchas horas.
- Aunque hay que tomar con prudencia los datos sobre la integración al calcularla como sumatorio de doce características facilitadoras, se ha observado más integración cuando existe estabilidad, condiciones aceptables de vivienda y se trabaja entre 4 y 8h/día.

## **8.1. Recomendaciones.**

### **8.1.1. Recomendaciones para la práctica profesional.**

1- Se recomienda normalizar el cuidado de los mayores, asegurando niveles mínimos de conocimientos para los cuidadores inmnoiproff. Su campo de conocimientos incluiría técnicas básicas de cuidados, movilización, alimentación, vestido, administración de la medicación y aspectos básicos de las enfermedades principales de la persona cuidada. También se recomienda incorporar conocimientos de catalán y de las costumbres catalanas y españolas.

2- Se recomienda potenciar el apoyo social, la calidad de vida e integración de los cuidadores inmnoiproff. Para ello hay que mejorar su economía, vivienda y entorno, evitar su segregación espacial en los núcleos urbanos, potenciar lugares de encuentro multicultural y facilitarles el acceso a la formación.

3- Aunque la movilización total o casi total de la persona cuidada disminuye la sobrecarga del cuidador inmnoiproff -al no tener que estar pendientes de su estabilidad, de posibles caídas, de su libertad o voluntad- es necesario instruir al cuidador inmnoiproff sobre la gestión de esta situación. Hay que evitar que se produzcan limitaciones de libertad y/o movilidad de la persona cuidada. Podría existir un protocolo y documento de consentimiento informado y autorización para ciertas limitaciones.

4- Es necesario clarificar el tipo de trabajo que realizan los cuidadores inmnoiproff, ya que las labores domésticas, como lavar la ropa o hacer la comida, pueden sobrecargar al cuidador si estos no esperan tener que realizarlas.

5- Se recomienda crear un sistema que controle y regularice las jornadas laborales y salarios de los cuidadores inmnoiproff realizando controles domiciliarios sobre las poblaciones diana.

6- Es necesario valorar desde el sistema sanitario el grado de incapacidad de las personas cuidadas ya que niveles elevados de alteraciones de las actividades de la vida diaria producen elevados niveles de sobrecarga en el cuidador. Así mismo, cuando la edad de los cuidadores inmnoiproff sea avanzada se debería valorar su propia salud para que no se sobrecarguen en demasía. De esta manera, al identificar los factores de riesgo de la sobrecarga del cuidador inmnoiproff, los profesionales sanitarios y sociales podrán realizar intervenciones focalizadas para prevenir su sobrecarga.

7- Es necesario la aplicación de políticas sociales para que los familiares puedan colaborar en el cuidado, pero también se debe facilitar ayudas económicas según sus recursos para que sean los propios familiares los que se responsabilicen de la persona mayor dependiente. La combinación cuidador autónomo y familia puede ser un buen sistema de cuidado, siempre que el estado de salud de la persona cuidada y los niveles de sobrecarga del cuidador lo permitan.

8- Dentro de la sistematización del cuidado a las personas mayores, se podría crear una autorización o consentimiento informado de las propias personas mayores, y/o sus familiares, indicando los principales cuidados sanitarios o medicación que los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, psicólogos..) les hayan indicado para que puedan ser llevados a cabo por los cuidadores inmno proff.

### **8.1.2. Recomendaciones para futuras investigaciones**

1- Es necesario repetir investigaciones similares a la actual pero tomando un ámbito de actuación mayor, en concreto, en una muestra aleatoria de gran parte de Cataluña, para aumentar la extrapolación de los resultados.

2- Es necesario valorar si acciones formativas sobre el idioma catalán y las costumbres catalanas pueden aumentar el apoyo social y la calidad de vida y disminuir la sobrecarga del cuidador inmno proff.

3- Es necesario realizar estudios enfocados a determinar medidas válidas y fiables sobre la integración.

4- Es necesario analizar si la colaboración entre los cuidadores inmno proff y los familiares de la persona cuidada disminuye la sobrecarga de ambos.

En definitiva, se ha abierto una nueva puerta al cuidado, hay que mirar a través de ella para comprender que existe, que horizontes tienen y que podemos hacer para mejorarlo.

## 9. Referencias.

Alba, R y Nee, V, (1.997), Rethinking Assimilation Theory for a New Era of Immigration. *International Migration Review*, 31, 826-874.

Albar, M<sup>a</sup>J, (2.004), Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermera y auxiliares de hospital. *Enfermería Clínica*, 5, 281-285.

Alberdi, RM, (2.003), La profesión enfermera: Cuestiones para repensar el futuro. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut d'estudis de la salut. Barcelona.

Alonso, B., Garrido, A., Díaz, A, Casquero, R. y Riera, M., (2.004), Profile and burden of care in caregivers of patients with dementia included in the ALOIS program. *Atención Primaria*, 33, 61-66.

Alonso, J., Anto, J. M. y Moreno, C., (1.990), Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American Journal Public Health*, 80, 704-708.

Alonso, X, Artigas, S, Canals, A y Cuestas, RM, (2.003), Debats d'immigració a Catalunya. Aportacions de la societat civil. Generalitat de Catalunya. Secretaria d'immigració. Barcelona. Generalitat de Catalunya

Alter Media. España se convierte en el cuarto país europeo en porcentaje de inmigrantes. <http://altermediamundo.blogia.com/>. (28-4-2.005).

Álvarez, F, Valdes, C., Estebanez, C. y Rebollo, P., (2.004), Health-related quality of life of family caregivers of dialysis patients. *Journal of Nephrology*, 17, 841-850.

Arai, Y., Tamiya, N. y Yano, E., (2.003), The short version of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview (J-ZBI\_8): its reliability and validity. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, 40, 497-503.

Arce, B. El Reino Unido solo dará vía libre a los extranjeros que ocupen puestos vacantes. <http://www.elperiodico.com>, 32. (18-10-2.005).

- Argimon, J. M., (1.989), Evaluation of diagnostic tests. *Atención Primaria*, 6, 44-48.
- Argimon, J. M., Limon, E., Vila, J y Cabezas, C., (2.004), Health-related quality of life in carers of patients with dementia. *Family Practice*, 21, 454-457.
- Artaso, B, Goñi, A y Biurun, A, (2.003), Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38, 212-218.
- Atance, JC, (1.994), Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 14, 1135-1140.
- Atxotegui, J, Tizón, J, Pellejero, N, Sainz, F, San José, J y Salamero, M, (1.986), La migración como factor de riesgo para la salud. *Gaceta Sanitaria*, 5, 155.
- Awadalla, A. W., Ohaeri, J. U., Tawfiq, A. M. y Al Awadi, S. A., (2.006), Subjective quality of life of outpatients with diabetes: comparison with family caregivers' impressions and control group. *Journal of the National Medical Association*, 98, 737-745.
- Ayuntamiento Barcelona. El Programa Municipal per a la Gent Gran 2.006-2.010 aposta per l'envelliment actiu i saludable. <http://w10.bcn.es/ya2/baCompleteSearchAc.do> . (1-10-2.005).
- Ayuntamiento Barcelona y Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona. Estadísticas de contratos de extranjeros en Barcelona 2.004 (Padró municipal a 30/06/05). <http://www.bcn.es/estadistica/catala/dades/tpobl/pad05/edat/edatq01.htm> . (23-3-2.006).
- Ayuntamiento Barcelona y Oficina para la no discriminación. Denuncias por discriminación. <http://www.bcn.es/estadistica/catala/dades/tpobl/pad05/edat/edatq01.htm> . (23-10-2.005).
- Aznar, MI, (2.004), Necesidades de los cuidadores informales de las personas con esquizofrenia: exploración del rol del profesional de enfermería. *Enfermería Clínica*, 5, 286-294.
- Badía, X, (2.001), Cuestionarios en atención primaria. Cuestionarios de salud en España y su uso en atención primaria. *Atención Primaria*, 28, 349-356.

- Badía, X, Lara, N. y Roset, M., (2.004), Quality of life, time commitment and burden perceived by the principal informal caregiver of Alzheimer's patients. *Atención Primaria*, 34, 170-177.
- Baila, M y McFall, S, (1.991), Stability and Change in the Informal task support networks of frail older persons. *The Gerontologist*, 31, 735-745.
- Balanzó, X, Faixedas, MT y Guayta, R, (2.003), Els immigrants i la seva salut. *Quaderns de la Bona Praxi*, 16, 1-32.
- Bellón, JA y Delgado, A, (1.996), Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- Berjano, E, (2.004), Inmigración y cuidados a mayores. "Un mercado no tan visible". *Geriatría*, 3, 124-132.
- Blanc, M. Estatuts de l' Associació de Treballadors Familiars de Catalunya. <http://usuario.tiscali.es/atfc/principo.htm> 1. (17-5-2.003).
- Blanc, M. Informació de l'Associació de Treballadors Familiars de Catalunya. <http://usuario.tiscali.es/atfc/principo.htm> 1. (20-9-2.004).
- Bocquet, H y Pous, J, (1.996), Measuring the burden for carers of dependent elderly with the zarit inventory. *Revue d'epidemiologie et de Santé Publique*, 44, 57-65.
- Boletín observatorio permanente de la inmigración y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Catalunya i Madrid amaguen una bossa d'uns 400000 sense papers. [http://extranjeros.mtas.es/es/general/Anuario\\_de\\_Extranjeria\\_2003.pdf](http://extranjeros.mtas.es/es/general/Anuario_de_Extranjeria_2003.pdf), 2. (20-7-2.006).
- Boletín Oficial del Congreso de Diputados. Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de la dependencia. <http://www.congreso.es/>. (5-10-2.006).
- Boletín Oficial del Estado (Jefatura General del Estado), (2.003), Ley Orgánica 14/2.003. La Ley de extranjería. *Boletín Oficial del Estado*, Número: 279, 41193-43204.

- Borrell, C y Benach, J, (2.005), Evolució de les desigualtats en salut a Catalunya. Mediterrània. Fundació Jaume Bofill. Barcelona.
- Bosch, J, (2.004), L'habitatge a Catalunya en l'àmbit local. *Nous Horitzons*, 43, 65-66.
- Bourgeois, M y Burgio, L, (1.996), Interventions for caregivers of patients with alzheimer's disease: a review and analysis of content, proces and outcomes. *The International Journal of Aging and Human Development*, 43, 35-76.
- Brown, J. B., McWilliam, C. L. y Mai, V., (1.997), Barriers and facilitators to seniors' independence. Perceptions of seniors, caregivers, and health care providers. *Canadian Family Physician*, 43, 469-475.
- Bullock, K., Crawford, S. L. y Tennstedt, S. L., (2.003), Employment and caregiving: exploration of African American caregivers. *Social Work*, 48, 150-162.
- Byock, I. R., (2.001), End-of-life care: a public health crisis and an opportunity for managed care. *The American Journal of Managed Care*, 7, 1123-1132.
- Cantor, M. H., (1.983), Strain among caregivers: a study of experience in the United States. *The Gerontologist*, 23, 597-604.
- Capdevila, M. Crisis social en Francia. Pobres y sospechosos. <http://www.elperiodico.com> , 4. (11-8-2.005).
- Cáritas, (1.995), Inmigrantes: propuestas para su integración. Cáritas España, ed. Madrid.
- Carmona, S y Llorente, F, (1.999), Insuficiencia social. *Anales de Medicina Interna*, 16, 442-446.
- Castel, A y Gelonch, M, (2.003), El síndrome del cuidador no profesional: ¿existen diferencias en función de la patología del enfermo anciano a cuidar?. *Revista de Psicogeriatría*, 3, 75-79.
- Castro, E y Zarzosa, MC, (2.006), La sobrecarga física y psicológica de los cuidadores de enfermos con discapacidad. *Geriatrka*, 22, 18-23.

Catarino, C y Oso, L, (2.000), La inmigración femenina en Madrid y Lisboa: hacia una etnización del servicio doméstico y de las empresas de limpieza. *Papers. Revista de Sociología*, 60, 183-207.

Centro de Investigaciones Sociológicas. Porcentaje de Católicos. [http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2640\\_2659/2651/e265100.html](http://www.cis.es/cis/opencms/-Archivos/Marginales/2640_2659/2651/e265100.html) . (3-9-2.006).

Chase C y Pynoos, J, (1.990), A model telephone information and support program for caregivers of alzheimer'patients. *The Gerontologist*, 30, 399-404.

Checa, F y Arjona, A, (2.003), La integración social de los inmigrados: modelos y experiencias. Icaria. Barcelona.

Collins, C, Stommel, M, King, S y Given, W, (1.991), Assessment of the attitudes of family caregivers toward community services. *The Gerontologist*, 31, 756-761.

Congreso de los diputados. El congreso abre la puerta al voto de los inmigrantes. <http://www.congreso.es/> , 35. (22-2-2.006).

Corte, G. Consideraciones sobre el estado nutricional del adulto mayor. Geragogia.net. <http://www.geragogia.net/editoriali/estadonutricional.html> . (4-3-2.005).

Cox, C y Monk, A, (1.996), Strain among caregivers: comparing the experiences of african american and hispanic caregivers of alzheimer's relatives. *The International Journal of Aging and Human Development*, 43, 93-105.

Crockers, S, (2.002), Methodological issues in male caregiver research: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 626-640.

Cruz-Sánchez, FF., (2.000), Banco de cerebros. Neuropatología. Diagnóstico y Clínica. Cruz-Sánchez, FF., ed. Barcelona. EDIMSA, S.A.

Cruz-Sánchez, FF., Ravid, R y Cuzner, ML, (1.995), The European Brain Bank Network (EBBEN) and the need of standardized neuropathological criteria for brain tissue cataloguing. Neuropathological diagnostic criteria for brain banking. Cruz-Sánchez, FF., Ravid, R, Cuzner, ML, eds. Amsterdam.

- Daire, A, (2.002), The influence of parenteral bonding on emotional distress in caregiving sons for a parent with dementia. *The Gerontologist*, 42, 766-771.
- Day, SJ y Graham, DF, (1.991), Sample size estimation for comparing two o more treatment groups in clinical trials. *Stadistics in Medicine*, 10, 33-43.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, (2.004), Examen de Salut a la Població de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Programa d'atenció a les persones amb dependència per millorar el suport a la vida autonoma. <http://www.gencat.net/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc> . (30-3-2.005).
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Protocol d'atenció a nens immigrants. <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/protoimmi2006.pdf> . (25-3-2.006).
- Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona. Uno de cada 4 usuarios de servicios sociales de Barcelona es inmigrante. <http://www.bcn.es/estadistica/catala/dades/anuari/cap04/C0409030.htm> , 33. (6-12-2.005).
- Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona. Población de Barcelona 2.005. Ayuntamiento Barcelona. [www.bcn.es/estadistica/catala/dades/tpob/pad05/edat/edatq01.htm](http://www.bcn.es/estadistica/catala/dades/tpob/pad05/edat/edatq01.htm) . (23-3-2.006a).
- Departamento de estadística del ayuntamiento de Barcelona. Población inmigrante de Barcelona 2.005. Ayuntamiento Barcelona. [www.bcn.es/estadistica/catala/dades/tpob/pad05/edat/edatq01.htm](http://www.bcn.es/estadistica/catala/dades/tpob/pad05/edat/edatq01.htm) . (23-3-2.006b).
- Departamento de Presidencia Generalitat de Catalunya, (2.006), Presupostos 2.006. *InfoCatalunya*, 6, 22-23.
- Departamento de Presidencia Generalitat de Catalunya y Dirección General de Atención Ciudadana, (2.004), Presupuestos 2.004. Las cuentas claras. *InfoCatalunya*, 1, 10-11.
- Departamento de Presidencia Generalitat de Catalunya y Dirección General de Atención Ciudadana, (2.005), Presupuesto 2.005 Generalitat. *InfoCatalunya*, 3, 18-19.

Dilworth , P, Canty , I y Gibson, B, (2.002), Issues of race, ethnicity and culture in caregiving reserch: a 20 yer review (1.980-2.000). *The Gerontologist*, 42, 237-272.

Diputació Barcelona. Programa 2.004-2.007 Diputació Barcelona. [http://www.diba.es/ladiputacio/fitxers/PAM\\_2004-2007.pdf](http://www.diba.es/ladiputacio/fitxers/PAM_2004-2007.pdf) . (30-10-2.004).

Dumont, G. Otra vez tierra de acogida. <http://www.legionariesofchrist.org/articulos/articulo.phtml?se=65&ca=172&te=87&id=15056> , 7. (17-5-2.005).

Editor Jano On-line. Las demencias provocan el 25% de todas las dependencias en España. *Jano On-line*. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.archivo> . (26-2-2.006).

EFE. Casi 1.300 ilegales expulsados tras cumplir condena entre 1.995-2.005. <http://www.efes.es/>. [http://actualidad.terra.es/especiales/inmigrantes/articulo/1995-2005\\_ilegales\\_expulsados\\_cumplir\\_condena\\_916171.htm](http://actualidad.terra.es/especiales/inmigrantes/articulo/1995-2005_ilegales_expulsados_cumplir_condena_916171.htm) . (6-6-2.006).

El portal de la Unión Europea. La UE destinará 140 millones de euros más a frenar la inmigración. [http://europa.eu/index\\_es.htm](http://europa.eu/index_es.htm) . (21-6-2.003).

El portal de la Unión Europea. Propuesta de Constitución Europea 2.004. [http://europa.eu/scadplus/constitution/index\\_es.htm](http://europa.eu/scadplus/constitution/index_es.htm) , 20. (19-7-2.006).

Engel, George, (2.005), George Engel, M.D. (1.913–1.999). *American Journal of Psychiatry*, 162, 2.039-2.040.

England, S. E. y Linsk, N. L., (1.989), Paid to care for their own: a report on a community care program that permits relatives to be hired as caregivers. *Home Health Care Service Quarterly*, 10, 61-71.

Escolar, V, Lobo, A y Abad, F, (1.979), Déficits intelectuales y trastornos electroencefálicos. *Comunicación Psiquiátrica*, III, 257-269.

Escrivá, A, (2.000), ¿Empleadas de hogar de por vida?. Peruanas en el servicio doméstico de Barcelona. *Papers. Revista de Sociología*, 60, 327-342.

Esteve, E, (2.005), Integración de los Inmigrantes en la Salud. ANDE. Barcelona.

- Farran, C. J., (1.997), Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elderly persons with dementia: stress/adaptation and existentialism. *The Gerontologist*, 37, 250-256.
- Farran, C. J. y McCann, J., (1.989), Longitudinal analysis of hope in community-based older adults. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3, 272-276.
- Farran, C. J., Miller, B. H., Kaufman, J. E. y Davis, L., (1.997), Race, finding meaning, and caregiver distress. *Journal of Aging and Health*, 9, 316-333.
- Fernández, AM, (2.001), Salud autopercebida, apoyo social (DUKE-unc11) y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Edifam*, 11, 44-53.
- Fhu, JL y Wang, SJ, (1.999), The caregiver burden scale among chinese caregivers of alzheimer patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 10, 186-191.
- Florey, CDV, (1.993), Sample size for beginners. *British Medical Journal*, 306, 1181-1184.
- Folstein, M, Folstein, S. E y McHugh, P. R, (1.975), Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatry Research*, 12, 189-198.
- Fomento de estudios sociales y sociología avanzada (FOESSA). Informe sociológico sobre la situación social en España. <http://www.bib.ub.es/www2/2soenq.htm> , 5. (11-8-2.005).
- Ford, M, Havstad, S, Hill, D y Kart, C, (2.000), Assessing the reliability of four standard health measures in a sample of older, urban adults. *Research on Aging*, 22, 774-796.
- Fundació Institut Català de l'envelliment. Anuari envelliment 2.004. <http://www.envelliment.org/documents/docs/Anuari2004cat.pdf> , 1 pag esp. (30-10-2.004).
- Fundación de Asociaciones de Familiares de Alzheimer. El alzheimer mina al cuidador. <http://www.fundacionalzheimeresp.org/actualidad/prensa.php> , 26. (18-1-2.005).

Gabinete de Comunicación Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. El gobierno y los agentes sociales analizan la regularización. <http://www.tt.mtas.es/periodico/inmigracion/200504/INM20050411.htm> , 48. (15-4-2.005a).

Gabinete de Comunicación Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Los datos de la regularización del 2.005. <http://www.tt.mtas.es/periodico/inmigracion/200504/INM20050416.htm> , 32. (8-5-2.005b).

Gail M.W y Schulz, R, (1.996), Coping with specific stressors in alzheimer's disease caregiving. *The Gerontologist*, 33, 747-755.

Gallart, A, (2.003), Cansancio del Cuidador Formal No Profesional Inmigrante a Domicilio en Barcelona. Universidad Internacional de Catalunya. Barcelona

Gallart, A, (2.004), Factores de riesgo del cansancio en el cuidador formal no profesional inmigrante en Barcelona. *Revista de Administración Sanitaria*, 2, 299-316.

Gallicchio, L, Siddiqui, N, Langenberg, P y Baumbarten, M, (2.002), Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 154-163.

García, J, (2.004), El problema ético de la obligación filial y/o social de cuidar a personas mayores con demencia. *Revista de Geriatria y Gerontología*, 39, 35-40.

García, MV, Rodríguez, C y Toronjo, A M, (2.001), Enfermería del anciano. Enfermería siglo 21. Paradigma. Madrid.

García, R, Villa, R y Muñoz, Fernández L, (2.005), Perfil y grado de sobrecarga del cuidador principal de pacientes inmovilizados en un centro de salud. *Enfermería Comunitaria*, 2, 16-19.

Gencat.net/premsa. Los Inmigrantes en Catalunya cada vez más integrados. <http://premsa.gencat.net> . (1-7-2.003).

Gencat.net/premsa. Los municipios catalanes piden 21 millones para los inmigrantes. [http://premsa.gencat.net/dossier\\_all.html?id=1022](http://premsa.gencat.net/dossier_all.html?id=1022) . (19-10-2.005).

- Gencat.net/premsa. Complemento de la Generalitat a viudedad. [http://premsa.gencat.net/dossier\\_all.html?id=1022](http://premsa.gencat.net/dossier_all.html?id=1022) . (20-4-2.006).
- Generalitat de Catalunya. Llibre blanc ocupacions. <http://www.gencat.net/governacio-ap/administracio/llibre-blanc/pdf/07provisio.pdf> , 23. (19-5-2.003).
- Generalitat de Catalunya. Coneixement del català 2.001 (últim informe fins el 2.006). <http://www6.gencat.net/llengcat/socio/coneix.htm> . (19-7-2.006).
- Gilleard, C. J., Willmott, M. y Vaddadi, K. S., (1.981), Self-report measures of mood and morale in elderly depressives. *The British Journal of Psychiatry*, 138, 230-235.
- Giménez-Roldán, S, Novillo, M. J, Navarro, E, Dobato, J. L y Giménez-Zuccarelli, M, (1.997), Examen del estado Mini-Mental: propuesta de una normativa para su aplicación. *Revista de Neurología*, 25, 576-583.
- Golimbet, V. y Trubnikov, V., (2.001), Evaluation of the dementia carers situation in Russia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 94-99.
- Gómez, F y Lobo, A y Morales F, (1.979), El Mini-Examen Cognoscitivo en enfermos neurológicos. *Comunicación Psiquiátrica*, III, 107-102.
- Gómez, J, (1.997), Construcción de instrumentos de medida. EDIUOC. Barcelona.
- Gómez, M. J, (2.004), El cuidador del paciente con demencia: aplicación del test del esfuerzo del cuidador. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39, 154-159.
- Gómez, M. J, (2.006), El impacto de la demencia del anciano sobre su cuidador y factores de la carga asociada al hecho de cuidar. *Geriatrka*, 22, 8-17.
- González, JI, Rodríguez, C, Diestro, P, Casado, M T, Vallejo, M I y Calvo, M J, (1.991), Valoración funcional: comparación de la Escala de Cruz Roja con el Índice de Katz. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 26, 197-202.
- Goodman, CC y Pynoos, J, (1.990), A model telephone information and support program for caregivers of alzheimer's patients. *The Gerontologist*, 30, 399-404.

- Gotor, P y Alarcón, MT, (2.004), Factores asociados a la aparición de delirium en pacientes geriátricos con fractura de cadera. *Revista Multidisciplinar en Gerontología*, 14, 138-149.
- Greenberger, H. y Litwin, H., (2.003), Can burdened caregivers be effective facilitators of elder care-recipient health care? *Journal of Advance Nursing*, 41, 332-341.
- Guillen, F, (1.994), Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Masson. Barcelona.
- Haley, W, West, C, Wadley, V, Ford, G, White, F, Barret, J y et al, (2.003), Psychological, social and health impact of caregiving: a comparison of black and white dementia family caregivers and noncaregivers. *Psychology and Aging*, 10, 540-552.
- Hare, J., Pratt, C. C. y Andrews, D., (1.988), Predictors of burnout in professional and paraprofessional nurses working in hospitals and nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, 25, 105-115.
- Harper, A. (1.996) WHOQOL-BREFF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Cochrane Library.plus. [http://WWW. WHO. INT/EVIDENCE/ASSESSMENT-INSTRUMENTS/QOL/DOCUMENTS/WHOQOL\\_BREF. pdf](http://WWW.WHO.INT/EVIDENCE/ASSESSMENT-INSTRUMENTS/QOL/DOCUMENTS/WHOQOL_BREF.pdf) . (14-12-2.003).
- Harrell, SP, Merchant, MA y Young, SA, (1.997), Psychometric properties of the Racism and Life Experiences Scales (RaLES). Paper presented at the Annual Convention. American Psychological Association. Chicago.
- Herrera, E, (1.994), Reflexiones en torno al concepto de integración en la sociología de la inmigración. *Papers. Revista de Sociología*, 43, 71-76.
- Heru, A y Ryan, C, (2.004), Funcionamiento familiar en los cuidadores de pacientes con demencia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 533-537.
- Hirono, N., Tsukamoto, N., Inoue, M., Moriwaki, Y. y Mori, E., (2.002), Predictors of long-term institutionalization in patients with Alzheimer's disease: role of caregiver burden. *No To Shinkei*, 54, 812-818.

Holland, R., Lenaghan, E., Harvey, I., Smith, R., Shepstone, L., Lipp, A., Christou, M., Evans, D. y Hand, C., (2.005), Does home based medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 330, 293-294.

Hollister, L. y Gruber, N., (1.996), Drug treatment of Alzheimer's disease. Effects on caregiver burden and patient quality of life. *Drugs Aging*, 8, 47-55.

Icart, M T, Fuentelsaz, C y Pulpón, A M, (2.001), Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Edicions Universitat de Barcelona. Barcelona.

Illana, A, (2.004), La ley 41/2.003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil: una nueva perspectiva en la protección de las personas mayores discapacitadas. *Revista de Geriatria y Gerontología*, 39, 185-192.

Institut Català de la Dona. Maltractament de les dones immigrants. <http://www.gencat.net/icdona/noticies.htm> . (29-12-2.005).

Institut d'Estadística Generalitat Catalunya. Proposta del nou estatut d'autonomia de Catalunya. <http://www.idescat.net/cat/idescat/estudisopinio/rpeo/R-300.pdf> . (18-2-2.006a).

Institut d'Estadística Generalitat Catalunya. Residents estrangers per país. <http://www.idescat.net/dequavi/Dequavi.?TC=444&V0=1&V1=11> . (11-7-2.006b).

Institut d'Estadística Generalitat Catalunya. Ultima població de Catalunya actualitzada per gèneres i grups de edat. Dades del 2.001 publicades al març del 2.006. <http://www.idescat.net/terri/basicterr> . (30-3-2.006c).

Institut d'Estadística Generalitat Catalunya y Secretaria Política Lingüística. Actualizació del us del català. <http://www6.gencat.net/llengcat/socio/us.htm> . (19-6-2.006).

Institut de sociolingüística catalana, (2.004), Us del català al 2.003. *Revista Catalunya*, 1, 6.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Las personas mayores en España. Informe 2.002. <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informacion/informe2002/index.html> , 1-90. (23-7-2.003).

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Portal Mayores. 400.000 personas recibirán ayuda por atender a familiares dependientes. *www. imsertomayores. csis. es/productos/dependencia/dossier* . (27-12-2.005).

Instituto Nacional de Estadística. Barcelona 1.970, 2.000 y 2.006. *http://www. ine. es/inebase2/leer. jsp?L=0&divi=DPOH&his=0* , 21. (3-5-2.003).

Instituto Nacional de Estadística. El 20% de la población de España roza la pobreza. *http://www. ine. es/inebase/cgi/axi* , 27. (6-12-2.005).

Instituto Nacional de Estadística. Características de los inmigrantes 2.006. *http://www. ine. es/inebase/cgi/axi* , 36. (22-2-2.006a).

Instituto Nacional de Estadística. Los inmigrantes se casan más con españoles que con parejas de su país. *http://www. ine. es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fe301&O=inebase&N=&L=* , 24. (27-2-2.006b).

Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal 2.004 y 2.005 (publicado en Julio 2.006). *http://www. ine. es/inebase/cgi/axi* . (20-7-2.006c).

Instituto Nacional de Estadística. Población activa extranjera (mayor 16a) primer trimestre 2.006. *http://www. ine. es/daco/daco42/bme/c2c1. pdf* , 33. (20-7-2.006d).

Instituto Nacional de Estadística. Población de Tarragona. *http://www. ine. es/nomen/nomenFast. jsp?L=0&up\_fast=&ccaa=&prov=&mun=&mun\_bool=no&vcpro=&vcmun=&ec=&es=&nu uc=&poblacion=T&poblacion\_op=%3D&poblacion\_txt=&up\_op=like&up\_txt=TARRAGONA&anos=2005&accionprov=&accion=* . (3-9-2.006e).

Janevic, M y Connell, C, (2.001), Racial, ethnic and cultural differences in the dementia caregiving experience: recent findings. *The Gerontologist*, 41, 334-347.

Jiménez, L, Ballesteros, M y Hijan, C, (2.001), ¿Qué sabemos de los malos tratos en los ancianos? *Enfermería Científica*, 7-12.

- Kane, R. A., (1.989), Toward competent, caring paid caregivers. *The Gerontologist*, 29, 291-292.
- Katbamma, S, Bhakta, P, Ahmad, W, Baker, R y Parker, G, (2.002), Supporting South Asian Carers and those they care for: the role of the primary health care team. *British Journal of General Practice*, 52, 300-305.
- Kenneth, L y Marcia, V, (2.004), Limitaciones y coste del cuidado informal para los ancianos americanos con síntomas depresivos. *American Journal of Psychiatry*, 161, 857-863.
- Krieger, N., (1.990), Racial and gender discrimination: risk factors for high blood pressure? *Social Science and Medicine*, 30, 1273-1281.
- Kuwahara, Y., Washio, M. y Arai, Y., (2.001), Burden among caregivers of frail elderly in Japan. *Fukuoka Igaku Zasshi*, 92, 326-333.
- Lai, K. L., Tzeng, R. J., Wang, B. L., Lee, H. S., Amidon, R. L. y Kao, S., (2.005), Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of Life Research*, 14, 1169-1180.
- Lampley, V, Mold, J y Flory, D, (2.001), Perceived needs of African-american caregivers of elders with dementia. *Journal of the National Medical Association*, 93, 47-57.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S., (1.984), Stress, appraisal and coping. Springer Publishing Company. New York.
- Leffler, C, Abouyouf, H y Luciano, G. Anuario del Mediterráneo. Diez años del proceso de Barcelona. Balance y perspectivas. Informe 2.005. Institut Europeu de la Mediterrània. <http://www.iemed.org/publicacions/cnovetats.php> , 1-42. (11-7-2.006).
- Li, L., Young, D., Xiao, S., Zhou, X. y Zhou, L., (2.004), Psychometric properties of the WHO Quality of Life questionnaire (WHOQOL-100) in patients with chronic diseases and their caregivers in China. *Bull. World Health Organ*, 82, 493-502.
- Llitra, E, (1.998), Propuesta de un indicador de falta de apoyo informal para las personas mayores. *Intervención Psicosocial*, 7, 125-141.

- Lobo, A, Saz, P y Marcos, G, (2.002), Examen Cognoscitivo Mini-Mental. Manual. TEA Ediciones. Madrid. Publicaciones de Psicología aplicada
- Lobo, A, Saz, P, Marcos, G, Día, J. L, de la Cámara, C, Ventura, T, Morales, F, Pascual, L, Montañés, J. A y Aznar, S, (1.999), Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental State Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 120, 767-774.
- López, G, (2.005), Vejez, dependencia y cuidados de larga duración en España. La Caixa, ed. Barcelona. La Caixa.
- López, G e Institut d'estudis autonòmics. Reserch immigration and social change. [http://www10.gencat.net/drep/binaris/bea\\_english\\_02\\_tcm112-29739.pdf](http://www10.gencat.net/drep/binaris/bea_english_02_tcm112-29739.pdf) , 35. (20-7-2.005).
- López, S y Moral, M, (2.005), Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enfermería Comunitaria*, 1, 12-17.
- López-Pousa, S y Garre-Olmo, J, (2.004), Análisis de los costes de la enfermedad de Alzheimer en función del deterioro cognitivo y funcional. *Medicina Clínica*, 122, 767-772.
- Losada, A e Izal, M<sup>a</sup>, (2.004), Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*, 38, 701.
- Marmaneu, E y Ruipérez, I. Dia Mundial del Alzheimer. *Jano On-line*. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.archivo> . (21-9-2.005).
- Marriott, A., Donaldson, C., Tarrier, N. y Burns, A., (2.000), Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 557-562.
- Martín, J. M y Damián, J, (2.001), Investigación en envejecimiento hoy: principales retos de salud pública. *Geriatría y Gerontología*, 36, 1-48.

- Martín, M. La sobrecarga de los familiares de pacientes con enfermedad de alzheimer. Sociedad Catalana de Neurología. <http://www.scn.es/cursos/demencias/aspfam/alzhfam.htm>, 1-17. (10-7-2.005).
- Martín, M, Salvadó, I y Nadal, S, (1.996), Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (caregiver burden interview) de Zarit. *The Gerontologist*, 6, 338-346.
- Martínez, R. El cuidado de las personas dependientes: un nuevo mercado de trabajo para inmigrantes. Congreso Internacional de Americanistas. [http://www.relmu.cl/pon\\_aceptadas/martinez\\_resumen.htm](http://www.relmu.cl/pon_aceptadas/martinez_resumen.htm). (18-7-2.003).
- Martínez, U, (1.997), La integración social de los inmigrantes extranjeros en España. Trotta. Madrid.
- McKibbin, C, (2.005), Sueño en conyuges cuidadores de personas con Alzheimer. *Sleep*, 28, 1245-1250.
- Miller, B., McFall, S. y Montgomery, A., (1.991), The impact of elder health, caregiver involvement, and global stress on two dimensions of caregiver burden. *Journals of Gerontology*, 46, S9-19.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Principales cifras del sistema nacional de salud, informe 2.005. <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/cifrasSNS.htm>. (18-7-2.006).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Proceso regularización extranjeros 2.005. [http://migraciones.mtas.es/sec\\_leyes/procnorm.htm](http://migraciones.mtas.es/sec_leyes/procnorm.htm), 45. (31-12-2.004).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Aprobada en el Congreso la Ley de Autonomía y Dependencia española. [http://www.mtas.es/destacados/30\\_11NPDEPENDENCIA.pdf](http://www.mtas.es/destacados/30_11NPDEPENDENCIA.pdf). (1-12-2.006a).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Catálogo de ocupaciones de difícil cobertura. <http://www2.inem.es/catalogoOcupaciones/web/asp/catOcupaciones.asp>. (22-2-2.006b).

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. El gobierno aprueba 3.800 euros para el fondo de reserva de la Seguridad Social. <http://www.tt.mtas.es/periodico/asuntossociales> . (18-7-2.006c).

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Inmigrantes con permiso de residencia primer trimestre 2.006. Cálculo población ilegal. [http://www.tt.mtas.es/periodico/inmigracion/200606/Tarj\\_Marzo\\_2006.pdf](http://www.tt.mtas.es/periodico/inmigracion/200606/Tarj_Marzo_2006.pdf) . (20-7-2.006d).

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Inmigrantes detenidos por entrada en España. [http://extranjeros.mtas.es/es/general/NOTA\\_BALANCE\\_PATERAS\\_20051.pdf](http://extranjeros.mtas.es/es/general/NOTA_BALANCE_PATERAS_20051.pdf) . (19-7-2.006e). Barcelona.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Seguridad Social. Altas seguridad social por Comunidades y Municipios de Inmigrantes. Abril 2.006. [http://www.tt.mtas.es/periodico/seguridadsocial/200605/AFI\\_EXTR\\_ABRIL\\_06.pdf](http://www.tt.mtas.es/periodico/seguridadsocial/200605/AFI_EXTR_ABRIL_06.pdf) . (3-9-2.006a).

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Seguridad Social. Altas seguridad social por Comunidades. Abril 2.006. [http://www.seg-social.es/inicio/?Mival=cw\\_lanzadera&LANG=1&URL=82](http://www.seg-social.es/inicio/?Mival=cw_lanzadera&LANG=1&URL=82) . (3-9-2.006b).

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Seguridad Social. Altas seguridad social por Municipios. Abril 2.006. [http://www.seg-social.es/inicio/?Mival=cw\\_lanzadera&LANG=1&URL=82](http://www.seg-social.es/inicio/?Mival=cw_lanzadera&LANG=1&URL=82) . (3-9-2.006c).

Miyamoto, Y., Ito, H., Otsuka, T. y Kurita, H., (2.002), Caregiver burden in mobile and non-mobile demented patients: a comparative study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 765-773.

Montorio I, Fernández de Trocóniz, M I y López, A, (1.998), La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto carga. *Anales de Psicología*, 14, 229-248.

Morano, C y Bravo, M, (2.002), A psychoeducational model for hispanic alzheimer's disease caregivers. *The Gerontologist*, 42, 122-126.

Moreno, M y Martín, T, (2.003), Inmigración y necesidades formativas de los cuidadores. *Cultura de los cuidados*, 7, 44-48.

- Morimoto, T., Schreiner, A. S. y Asano, H., (2.003), Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age Ageing*, 32, 218-223.
- Nagatomo, I. y Takigawa, M., (1.998), Mental status of the elderly receiving home health services and the associated stress of home helpers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 57-63.
- NANDA: North American Nursing Diagnosis Association, (2.002), Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2.001-2.002. Elsevier España. Madrid. Elsevier
- Navaie-Waliser, M, Spriggs, A y Feldman, P, (2.002), Informal Caregiving. *Medical care*, 40, 1249-1259.
- Neufeld, A y Harrison, MJ, (1.998), Men as carigivers: reciprocal relationships or obligation? *Journal of Advanced Nursing*, 28, 959-968.
- Noonan, A. E. y Tennstedt, S. L., (1.997), Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. *The Gerontologist*, 37, 785-794.
- Novak y Guest, (1.989), Application for a Multidimensional Caregiver Burden Inventory. *The Gerontologist*, 29, 798-803.
- O'Carroll, RE, Smith, K y Coustom, M, (2.000), A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREEF in detecting change in quality of life following liver transplantation. *Quality of Live Research*, 9, 121-124.
- Observatorio Español del Racismo y Xenofobia. Los españoles desarrollan modalidades encubiertas de racismo. Aula intercultural. [http://www.aulaintercultural.org/breve.php?id\\_breve=667](http://www.aulaintercultural.org/breve.php?id_breve=667) . (21-3-2.006).
- Oficina del Parlamento Europeo y representación de la Comisión Europea en Barcelona, (2.005), Una constitución para Europa. Presentación a los ciudadanos. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2.004. Barcelona.

- Oliver, J, (2.006), España 2.020: un mestizaje ineludible. Cambio demográfico, mercado de trabajo e inmigración en las Comunidades Autónomas. Institut d'estudis autonòmics. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- Ortíz, E, Casas S y Cobo C, (2.005), Cuidando a los mayores ¿nuevas cuidadoras, nuevas necesidades? Libro de ponencias del 1er Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria, ed. Madrid.
- Pajares, M, (2.005), Inserción laboral de la población inmigrada en Cataluña: informe 2.004. CCOO-CERES. Barcelona.
- Paleo, N, (2.005), ¿Porque cuidar a los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer? *Geriatrianet. com*, 7, 1-7.
- Paoletti, I., (1.999), A half life: women caregivers of older disabled relatives. *Journal of Women and Aging*, 11, 53-67.
- Pastor, A. Compensar a los perdedores. <http://www.ee-iese.com/>, 26. (23-1-2.006).
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. y Skaff, M. M., (1.990), Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Peón, M<sup>a</sup> J, (2.004), Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de alzheimer. Prevención y cuidados en el síndrome del cuidador. *Enfermería Científica*, 16-22.
- Pereda, C. Inmigración y vivienda en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. [http://extranjeros.mtas.es/es/general/Inmigracion\\_y\\_vienda\\_en\\_Esp.pdf](http://extranjeros.mtas.es/es/general/Inmigracion_y_vienda_en_Esp.pdf), 43. (17-2-2.006).
- Pereda, C, De la Prada, M A, Actis, W, Rodríguez, P y Sancho, T, (1.999), Cuidados en la Vejez. El apoyo informal. Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales.Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid.
- Pérez, V, Álvarez, B y González, C, (2.001), Espanya davant la immigració. Col·leció Estudis Socials. Fundació la Caixa. Barcelona.

- Picot, SJF, Zauszniewski, Debanne SM y Holston, EC, (1.999), Mood and blood pressure responses in black female caregivers and noncaregivers. *Nursing Research*, 48, 150-161.
- Portabella, J. La necesaria inclusión. [http://www. elperiodico. com](http://www.elperiodico.com) , 8. (22-4-2.005).
- Pruchno, R y Patrick, J H, (1.999), Mothers and fathers of adults with chronic disabilities. Caregiving appraisals and wel-being. *Research on Aging*, 21, 682-713.
- Quintanilla, M, (2.002), Enfermería Geriatrica. Instituto Monsa. Barcelona.
- Renom, J, (1.992), Diseño de Test. IDEA I+D. Barcelona.
- Rhoades, D. R. y McFarland, K. F., (2.000), Purpose in life and self-actualization in agency-supported caregivers. *Community Mental Health Journal*, 36, 513-521.
- Rinaldi, P., Spazzafumo, L., Mastriforti, R., Mattioli, P., Marvardi, M., Polidori, M. C., Cherubini, A., Abate, G., Bartorelli, L., Bonaiuto, S., Capurso, A., Cucinotta, D., Gallucci, M., Giordano, M., Martorelli, M., Masaraki, G., Nieddu, A., Pettenati, C., Putzu, P., Tamaro, V. A., Tomassini, P. F., Vergani, C., Senin, U. y Mecocci, P., (2.005), Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 168-174.
- Ríos, M<sup>a</sup> A, Rueda, G, Valverde, A H y Mohamed, F, (2.001), Cansancio en el desempeño del rol cuidador. *Metas*, 38, 30-36.
- Rivera, J, Morales, JM y Benito, J, (2.003), Informal caregiving in multiple sclerosis patients: data from the Madrid Demyelinating Disease Group study. *Disability and Rehabilitation*, 25, 1057-1064.
- Robertson, P. Christian Faith on the Rise. National Press Club, Washington D. C. [http://es. wikipedia. org/wiki/Cristianismo\\_por\\_país](http://es.wikipedia.org/wiki/Cristianismo_por_país) . (5-6-2.006).
- Robinson, BC, (1.983), Validation of a Caregiver Strain Index. *Journals of Gerontology*, 38, 344-348.

Roca, N, (2.001), Inmigración y salud. Situación actual en España. *Revista Rol de enfermería*, 24, 56-62.

Rodríguez, A y Valcarce, MA, (2.004a), Introducción. Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. IMSERSO. Madrid. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad

Rodríguez, A y Valcarce, MA, (2.004b), Volumen 1. Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Bases demográficas. IMSERSO. Madrid. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad

Rodríguez, A y Valcarce, MA, (2.004c), Volumen 10. Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Generación de empleo y retornos económicos y sociales. IMSERSO. Madrid. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad

Rodríguez, A y Valcarce, MA, (2.004d), Volumen 12. Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Consideraciones en torno a la protección de personas en situación de dependencia. IMSERSO. Madrid. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad

Rodríguez, A y Valcarce, MA, (2.004e), Volumen 2. Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España. Régimen jurídico de la protección de la dependencia. IMSERSO. Madrid. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad

Rodríguez, A y Valcarce, MA, (2.004f), Volumen 3. Libro Blanco dependencia. Cuidador Informal y Persona Cuidada. IMSERSO. Madrid. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad

Rodríguez, A y Valcarce, MA, (2.004g), Volumen 5. Libro Blanco dependencia en España. Recursos para la población dependiente. IMSERSO. Madrid. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad

Rosa, E., Ambrogio, M., Binetti, G. y Zanetti, O., (2.004), 'Immigrant paid caregivers' and primary caregivers' burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 1103-1104.

- Rose-Rego, S, Strauu, M y Smyth, K, (1.998), Differences in the perceived well-being of wives and husbands caring for persons with alzheimer's disease. *The Gerontologist*, 38, 224-230.
- S.O.S Racismo. Informe anual 2.005. <http://www.agapea.com/Informe-anual-2005-SOS-Racismo-n219659i.htm> , 32. (22-3-2.005).
- Salaberri, A y Aragón, LF. Los cuidadores inmigrantes a domicilio. [www.todoancianos.com](http://www.todoancianos.com) , 1-3. (23-6-2.004).
- San José, A, Jacas, C y Selva, A, (1.999), Protocolo de valoración geriátrica. *Medicine*, 124, 5829-5832.
- Sánchez, J, (2.004), Libro Verde sobre la Dependencia en España. Ergon. Madrid.
- Sanz RM. Campaña Barcelona t'ensenya català. <http://www.cpnl.cat/index.html> , 48. (10-9-2.005).
- Schneider, J, Murray, J, Barerjee, S y Mann, A, (1.999), EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I-Factors associated with carer burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 651-661.
- Schulz, R, Belle, S, Czaja, S, McGinnis, K, Alan, S y Zhang, S, (2.004), Long-term Care Placement of Dementia Patients and Caregiver Health and Well-being. *JAMA*, 961-967.
- Skaff, M y Pearlin, L. I., (1.992), Caregiving: role engulfment and the loss of self. *The Gerontologist*, 32, 656-664.
- Skevington, S. M., Lotfy, M. y O'Connell, K. A., (2.004), The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Live Research*, 13, 299-310.
- Social Work Service, (1.990), Caregivers support group manual. Colmery- O'Neil VA Medical Center. Topeka, Kansas.

- Solà, J, (2.003), Ensenyar la llengua. Empúries. Barcelona.
- Solé, C, (1.991), Trabajadores extranjeros en Catalunya. ¿Integración o racismo? Centro de Investigaciones Sociológicas. Siglo XXI de España Editores. Madrid.
- Solé, C, (1.995), Discriminación racial en el mercado de trabajo. Consejo economico y social. Madrid.
- Solé, C, (2.000), Inmigración interior e inmigración exterior. *Papers. Revista de Sociología*, 211-224.
- Sterritt, P y Pokorny, ME, (1.998), African-america caregiving for a relative with alzheimer's disease. *Geriatric Nurse*, 19, 127-134.
- Stone, D., (1.999), Care and trembling. *Caring.*, 18, 4-8.
- Suárez, M<sup>a</sup>. La mujer y la emigración. [www.psiquiatria.com/articulos/enfermeria/24350](http://www.psiquiatria.com/articulos/enfermeria/24350) . (16-2-2.006).
- U.S.Department of Health and Human Services. Because we care. A Guide for People Who Care. <http://www.aoa.gov/wecare/contents.html> . (14-10-2.002).
- Vázquez, MA y Casals, JL, (2.005), Aportación para el diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol cuidador. *Enfermería Clínica*, 2, 63-70.
- Vía, JM<sup>a</sup>, (2.004), Repercusiones económicas, sociales y políticas del envejecimiento. *Revista Rol de enfermería*, 27, 14-20.
- Vitaliano, P y Young, H, (1.991), Burden: A review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *The Gerontologist*, 31, 67-75.
- Walace, S y Dilworth, P, (2.002), Systems of Social Support in families who care for dependent african american elders. *The Gerontologist*, 42, 224-236.
- Washio, M. y Arai, Y., (2.001), The new public long-term care insurance system and feeling of burden among caregivers of the frail elderly in rural Japan. *Fukuoka Igaku Zasshi*, 92, 292-298.

Wesley, R L, (1.997), Teorías y modelos de enfermería. McGraw\_Hill Interamerican. Méjico DF.

Wino, A, Strauss, E, Nordberg, G, Sassi, F y Johansson, L, (2.002), Time spent on informal an formal care giving for persons with dementia in Sweden. *Health Policy*, 61, 255-268.

Wood, S, (1.999), Informal carers of people with dementia: the new national carers framework. *Nursing Standard*, 14, 41-43.

World Bank Organization. Producto interior bruto per capita. <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf> . (11-7-2.006).

World Health Organization, (2.002), Ethical Choices in Long-Term Care: What does Justice require? *W. H. O Library Cataloguing in publication Date*, 1, 1-90.

Yoon-rl Lee y Kyu-Taik, Sung, (1.997), Cultural differences in caregiving motivations for demeted parents: korean caregivers versus american caregivers. *International Journal of Aging and Human Development*, 44, 115-127.

Zabalegui, A, Juando, C, Gual, P, González, A y Gallart, A, (2.004), Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistematica. *Gerokomos*, 15, 199-208.

Zarit, J. M y Zarit, S. H., (1.982), Measurement of burden and social support. Paper presented at the book of the annual scientific meeting of the Gerontological Society of America. San Diego.

Zarit, S. H., (1.980), Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-654.

Zarit, S. H. y Leitsch, S. A., (2.001), Developing and evaluating community based intervention programs for Alzheimer's patients and their caregivers. *Aging and Mental Health*, 5 Suppl 1, S84-S98.

Zhou, M, (1.997), Segmented assimilation:issues, controversies, and recent reseach on the New Second generation. *International Migration Review*, 31, 975-1008.

## 10. Acrónimos y Abreviaturas.

Acrónimos y abreviaturas utilizados en el texto. La correspondencia del acrónimo se indica en inglés o catalán cuando este es el idioma al que corresponde el mismo.

**ABD:** Associació Benestar i Desenvolupament.

**ABS:** Area básica de salud.

**ABVD:** Actividades básicas de la vida diaria.

**AIVD:** Actividades instrumentales de la vida diaria.

**AVD:** Actividades de la vida diaria.

**CAP:** Centro de atención primaria.

**Cat VI:** Categoría de la variable independiente.

**CI:** Cuidador informal.

**CIS:** Centro de Investigaciones Sociológicas.

**Cuidador Inmoproff:** Cuidador inmigrante no profesional fomal.

**CV ma:** Calidad de vida medioambiental.

**CV:** Calidad de vida.

**Dif:** Diferencia.

**F/s:** Fin de semana.

**FOESSA:** Fomento de estudios sociales y sociología avanzada.

**Frec:** Frecuencia.

**h/d:** Horas/día.

**h:** Hora.

**HGC:** Hospital General de Catalunya.

**HTA:** Hipertension arterial.

**IFAI:** Indicador de falta de apoyo informal.

**IMSERSO:** Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

**INE:** Instituto Nacional de Estadística.

**Int:** Integración.

**IRPF:** Impuesto de retenciones a las personas físicas.

**m:** Mes.

**NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association.

**nº:** Número.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**ONG:** Organización No Gubernamental.

**ONU:** Organización de las Naciones Unidas.

**PC:** Persona cuidada.

**PIB:** Producto interior bruto.

**PSN:** Perfil de Salud de Nottingham.

**Rimared:** Red Nacional de investigación sobre atención a la persona mayor.

**s/ :** Según.

**s:** Semana.

**SAD:** Servicio de Atención Domiciliar.

**SAAD:** Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

**SESPAS:** Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

**UE:** Unión Europea.

**UIC:** Universidad Internacional de Catalunya.

**V.D:** Variable dependiente.

**V.I:** Variable independiente.

**WHO:** World Health Organization.

**WHOQOL 100:** Escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud.

**WHOQOL-Bref:** Escala de calidad de vida de la organización Mundial de la Salud reducida.

## **11. Anexos.**

### **11.1. Solicitud de realización del estudio.**

#### **11.1.1. Solicitud de autorización al Comité de Investigación de la Universidad Internacional de Catalunya. Anexo 1.**

Dr. F Cruz Vicerrector de Investigación de la UIC

**Asunto:** Solicitud de autorización para realizar un estudio de investigación transversal descriptivo-analítico para la Tesis Doctoral de AGallart del Instituto de Neurociencias en la UIC

Apreciado Dr. Cruz:

El motivo de esta carta es comunicarle el interés, como Profesor Adjunto de la Universidad Internacional de Catalunya, en la elaboración de un estudio de investigación descriptivo-analítico cuyo objetivo principal es evaluar si el grado de apoyo social a los Cuidadores Inmigrantes a domicilio y su integración participan como factor relacionado en aspectos del cuidado.

Diseño: Estudio transversal descriptivo-analítico con un tamaño de muestra de 110 individuos inmigrantes de entidades relacionadas con la atención domiciliaria de Barcelona. Se entregará un cuestionario cuyo contenido contiene preguntas sobre datos demográficos y las escalas de valoración de apoyo social de Duke – UNC (Modificado por Broadhead), incapacidad física y mental de Cruz Roja, Mini examen cognoscitivo de Lobo, escala de la Evaluación de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL BREFF) y escala de sobrecarga de Zarit. Dicho cuestionario será cumplimentado por el cuidador, una parte sobre él y otra parte sobre la persona que recibe los cuidados. Desde los datos obtenidos se realizará una descripción e inferencia estadística esperando encontrar el grado de fuerza entre las diferentes variables y en especial los relacionados con el apoyo e integración de los inmigrantes.

El estudio es totalmente anónimo y voluntario tanto para los cuidadores y la entidad con la que trabajan así como para los individuos que reciben el cuidado. Por este motivo se ha elaborado un modelo para solicitar el consentimiento informado a los cuidadores que intervengan en este estudio, así como una solicitud para cada una de las entidades de cuidados a domicilio.

Sant Cugat a 15/7/04

Sr. Albert Gallart. Investigador Principal UIC

**(Aprobado por Vicerrector de Investigación de la UIC Dr. Cruz el 7/9/04)**

### **11.1.2. Solicitud de autorización Ética al centro de estudios de Bioética de la Universidad Internacional de Catalunya. Anexo 2.**

Dr. Serra. Comité de Ética de la UIC.

**Asunto:** Solicitud de autorización Ética para realizar un estudio de investigación transversal descriptivo-analítico para la Tesis Doctoral de AGallart del Instituto de Neurociencias en la UIC

Apreciado Dr. Serra:

El motivo de esta carta es comunicarle el interés, como Profesor Adjunto de la Universidad Internacional de Catalunya, en la elaboración de un estudio de investigación descriptivo-analítico cuyo objetivo principal es evaluar si el grado de apoyo social a los Cuidadores Inmigrantes a domicilio y su integración participan como factor relacionado en aspectos del cuidado.

Diseño: Estudio transversal descriptivo-analítico con un tamaño de muestra de 110 individuos inmigrantes de entidades relacionadas con la atención domiciliaria de Barcelona. Se entregará un cuestionario cuyo contenido contiene preguntas sobre datos demográficos y las escalas de valoración de apoyo social de Duke – UNC (Modificado por Broadhead), incapacidad física y mental de Cruz Roja, Mini examen cognoscitivo de Lobo, escala de la Evaluación de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL BREFF) y escala de sobrecarga de Zarit. Dicho cuestionario será cumplimentado por el cuidador, una parte sobre él y otra parte sobre la persona que recibe los cuidados. Desde los datos obtenidos se realizará una descripción e inferencia estadística esperando encontrar el grado de fuerza entre las diferentes variables y en especial los relacionados con el apoyo e integración de los inmigrantes.

El estudio es totalmente anónimo y voluntario tanto para los cuidadores y la entidad con la que trabajan así como para los individuos que reciben el cuidado. Por este motivo se ha elaborado un modelo para solicitar el consentimiento informado a los cuidadores que intervengan en este estudio, así como una solicitud para cada una de las entidades de cuidados a domicilio.

Sant Cugat a 30/9/2.004

Sr.Albert Gallart.Investigador Principal UIC

**(Aprobada por Comité de Ética el 7/10/04)**

### **11.1.3. Solicitud de colaboración en la Investigación a los centros de cuidado a domicilio. Anexo 3.**

Sr. ....

Responsable de la entidad “.....”.

Avda. .... Barcelona.

**Asunto:** Solicitud de autorización para realizar un estudio de investigación transversal descriptivo-analítico.

Apreciado Sr. ....:

El motivo de esta carta es comunicarle el interés, como Profesor Adjunto de la Universidad Internacional de Catalunya, en la elaboración de un estudio de investigación descriptivo-analítico cuyo objetivo principal es evaluar si el grado de apoyo social a los Cuidadores Inmigrantes a domicilio e integración participan como factor relacionado en aspectos del cuidado.

Diseño: Estudio transversal descriptivo-analítico con un tamaño de muestra de 110 individuos inmigrantes de empresas relacionadas con la atención domiciliar de Barcelona. Se entregará un cuestionario cuyo contenido contiene preguntas sobre datos demográficos y las escalas de valoración de apoyo social de Duke – UNC (Modificado por Broadhead), incapacidad física y mental de Cruz Roja, Mini examen cognoscitivo de Lobo, escala de la Evaluación de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL BREFF) y escala de sobrecarga de Zarit.

Dicho cuestionario será cumplimentado por el cuidador, una parte sobre él y otra parte sobre la persona que recibe los cuidados. Desde los datos obtenidos se realizará una descripción e inferencia estadística esperando encontrar el grado de fuerza entre las diferentes variables y en especial los relacionados con el apoyo e integración de los inmigrantes.

El estudio es totalmente anónimo y voluntario tanto para los cuidadores y la empresa con la que trabajan así como para los individuos que reciben el cuidado. Por este motivo se ha elaborado un modelo para solicitar el consentimiento informado a cuidadores y personas que intervengan en este estudio.

Sant Cugat a, .

Sr. Albert Gallart.

Investigador Principal UIC.

### 11.1.3.1. Listado de Entidades Participantes. Anexo 4.

- Empresa ABS -Associació Benestar i Desenvolupament- . Empresa subcontratada por el ayuntamiento de Barcelona para realizar la atención domiciliaria.
- Associació Catòlica Internacional de Serveis de Joventut Femenina. Casal de la Jove.
- Área básica de salud (Ciutat Vella).
- Cuidadores particulares de pacientes en la residencia Madre Caterina.
- Cuidadores particulares de pacientes en la residencia Mutuam Güell.
- Hermanas Azules de la Congregación Immaculada Concepció de Castres y Fundación Amics d'Emile de Villeneuve.
- Escuelas de Formación de Trabajadoras Familiares
  - Asociación de Trabajadoras Familiares
  - Probens
- Empresas privadas.
  - Multiserveis Catalunya.
  - Gesex
  - Atención Sanitaria
  - Barnasistems
  - Sempra: recomendada desde Cáritas

## 11.2. Solicitud Consentimiento Informado.

### 11.2.1. Solicitud Consentimiento Informado Cuidador Inmigrante.

#### Anexo 5.

## Consentimiento Informado del Cuidador Inmigrante a Domicilio

La Universidad Internacional de Catalunya quiere llevar a cabo un proyecto de investigación cuyo objetivo es evaluar si la situación social e integración de los cuidadores inmigrantes a personas mayores contribuyen como factores relacionados en los aspectos del cuidado que prestan los cuidadores a las personas mayores. El estudio consiste en una investigación descriptiva-analítica. Para llevar a cabo este proyecto es muy importante la información que nos proporcionarán los Cuidadores Inmigrantes de personas mayores.

La finalidad de este documento es, una vez me han seleccionado en este proyecto, participar mediante la respuesta libre a un cuestionario anónimo que me será presentado. Este cuestionario contiene preguntas sobre datos demográficos y escalas sobre el apoyo social, la calidad de vida y la sobrecarga (que hacen referencia a mi como cuidador) y escalas que determinan la capacidad física, mental, cognoscitiva y preguntas sobre la situación social (que harán referencia a la persona que yo cuido). Concretamente una parte de estas preguntas harán referencia sobre aspectos de mi trabajo como cuidador y por otra parte tendrán relación sobre los aspectos de la persona que cuido. Toda esta información obtenida a partir de mi cuestionario, junto con el resto de cuidadores que participan en este estudio, se utilizará para efectuar un análisis descriptivo y estadístico. Mi participación es completamente voluntaria y aún después de iniciado el estudio puedo rehusar a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. He sido informado que mis respuestas no serán reveladas a nadie y que mi identidad no será revelada en ningún informe. (Ley 27/2.000 del 20 de Diciembre de la Generalitat de Catalunya).

También he sido informado que no recibo ni recibiré (directamente) ningún beneficio sobre mi salud por mi participación en esta investigación y que en concreto no recibo ni recibiré por mi participación una compensación en metálico. Además el investigador enviará un informe final de la investigación si lo solicito y contestará aquellas dudas que tengo sobre el estudio o sobre mis derechos como participante en el siguiente número de teléfono 93 504 20 10.

Manifiesto que he entendido todo lo que se me ha explicado acerca del estudio y consiento libremente a participar en el mismo.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre del entrevistado/a:.....

Firma Investigador principal.  
Sr. A Gallart.  
Profesor Adjunto UIC

Firma del entrevistado/a

**11.2.2. Solicitud Consentimiento Informado Persona Cuidada. Anexo 6.**

## Consentimiento Informado de la persona cuidada

La Universidad Internacional de Catalunya quiere llevar a cabo un proyecto de investigación cuyo objetivo es evaluar si la situación social e integración de los cuidadores inmigrantes a personas mayores contribuyen como factores relacionados en los aspectos del cuidado que prestan los cuidadores a las personas mayores. El estudio consiste en una investigación descriptiva-analítica. Para llevar a cabo este proyecto es muy importante la información que nos proporcionarán las personas mayores cuidadas por Cuidadores Inmigrantes.

La finalidad de este documento es, una vez me han seleccionado en este proyecto, participar mediante la respuesta libre a un cuestionario anónimo que me será presentado. Este cuestionario contiene escalas que determinan la capacidad física, mental, cognoscitiva y preguntas sobre la situación social (que harán referencia a mi estado de salud y social). Dicho cuestionario será cumplimentado por el cuidador por mi como receptora de cuidados. Toda esta información obtenida a partir de mi cuestionario, junto con el resto de personas cuidadas por inmigrantes que participan en este estudio, se utilizará para efectuar un análisis descriptivo y estadístico. Mi participación es completamente voluntaria y aún después de iniciado el estudio puedo rehusar a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. He sido informado que mis respuestas no serán reveladas a nadie y que mi identidad no será revelada en ningún informe. (Ley 27/2.000 del 20 de Diciembre de la Generalitat de Catalunya).

También he sido informado que no recibo ni recibiré (directamente) ningún beneficio sobre mi salud por mi participación en esta investigación y que en concreto no recibo ni recibiré por mi participación una compensación en metálico. Además el investigador enviará un informe final de la investigación si lo solicito y contestará aquellas dudas que tengo sobre el estudio o sobre mis derechos como participante en el siguiente número de teléfono 93 504 20 10.

Manifiesto que he entendido todo lo que se me ha explicado acerca del estudio y consiento libremente a participar en el mismo y también consiento que mi cuidador proporcione información relacionada sobre mi estado de salud y social.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre del entrevistado/a.:.....

Firma Investigador principal.

Sr. A Gallart.  
Profesor Adjunto UIC

Firma del entrevistado/a  
(o Familiar directo, si es necesario)

**11.3. Instrumentos de medida.**

**11.3.1. Cuestionario al cuidador inmnoproff y a la persona cuidada.**

**Anexo7.**



**CUESTIONARIO SOBRE LA SITUACIÓN  
DE LOS INMIGRANTES  
CUIDADORES A DOMICILIO  
DE PERSONAS MAYORES  
EN BARCELONA**

**Dirigido por: A GALLART.  
Profesor UIC**

Cuestionario nº:.....

**Nº de cuestionario:.....**

**Fecha de cumplimentación:.....**

Apreciada/o Sra/Sr:

El motivo de la presente es comunicarle el interés y agradecerle, como Profesor Adjunto de la Universidad Internacional de Catalunya, su colaboración en la elaboración de una investigación descriptiva-analítica cuyo objetivo principal es evaluar si su situación social e integración contribuyen como factores relacionados en los aspectos del cuidado que usted presta.

Diseño: Estudio transversal descriptivo-analítico con un tamaño de muestra de 110 individuos inmigrantes de empresas/organizaciones relacionadas con la atención domiciliaria de Barcelona. Se entregará un cuestionario que contiene preguntas sobre datos demográficos y escalas sobre el apoyo social, la calidad de vida y la sobrecarga (que hacen referencia al cuidador) y escalas sobre la incapacidad física, mental, cognoscitiva y social (que harán referencia a la persona que Usted cuida). Dicho cuestionario será cumplimentado por el cuidador, una parte sobre él y otra parte sobre la persona que recibe los cuidados (a excepción de las preguntas 81 a 84 (apartado gráfico del Mini examen cognoscitivo y preguntas sobre la opinión de los cuidados, nivel económico y religión que serán contestadas por la propia persona cuidada) de las paginas 24 a 27. El estudio es totalmente anónimo y voluntario tanto para los cuidadores y la entidad con la que trabajan, así como para las personas que reciben el cuidado.

Sr. Albert Gallart

Investigador Principal

Universidad Internacional Catalunya

Apreciada/o Sra/Sr le solicito que marque con un círculo la respuesta correcta:

**Ejemplo:** Si usted es mujer debe señalar así. ¿Que Sexo tiene?

Hombre	1
Mujer	2

**1. ¿Qué Sexo tiene?**

- Hombre 1  
Mujer 2

**2. ¿Qué Edad tiene?:.....**

**3. ¿En qué país nació Usted?**

*Africa:*

- |                     |   |   |
|---------------------|---|---|
| Camerún             | 1 |   |
| Gambia              | 2 |   |
| Guinea              | 3 |   |
| Marruecos           | 4 |   |
| Nigeria             | 5 |   |
| Senegal             | 6 |   |
| Otro país de Africa | 7 | Indique el nombre de ese otro país..... |

*Asia*

- |                   |    |   |
|-------------------|----|---|
| Filipinas         | 8  |   |
| Líbano            | 9  |   |
| Pakistán          | 10 |   |
| Otro país de Asia | 11 | Indique el nombre de ese otro país..... |

*Europa*

- |                     |    |   |
|---------------------|----|---|
| Rusia               | 12 |   |
| Ucrania             | 13 |   |
| Servia y Montenegro | 14 |   |
| Otro país de Europa | 15 | Indique el nombre de ese otro país..... |

*América*

Argentina	16	
Brasil	17	
Ecuador	18	
Perú	19	
Colombia	20	
Chile	21	
Méjico	22	
Otro país de América	23	Indique el nombre de ese otro país.....

**4. ¿Esta Usted ...?**

casado	1
soltero	2
separado/divorciado	3
viudo	4

**5. ¿En cual de las situaciones se encuentra Usted?****Puede marcar varias respuestas**

Casado con una persona no española/catalana . . . . .	1
Casado con una catalana . . . . .	2
Casado con una española no catalana . . . . .	3
Tiene hijos de su país de origen . . . . .	4
Tiene hijos nacidos en su país de origen y nacidos aquí . . . . .	5
Tiene hijos nacidos en Cataluña . . . . .	6
Tiene compromisos para mantener la familia y/o el domicilio en su país de origen. . . . .	7

**6. Vive usted aquí ...? Puede marcar varias respuestas**

	Si	No
Solo	1	2
Con su mujer/marido	1	2
Con alguno de sus hijos	1	2
Con todos sus hijos	1	2
Con algún padre/madre	1	2
Con algún paisano	1	2
Vivienda estable	1	2
Cambio de vivienda a menudo	1	2

Otros  Diga cual: \_\_\_\_\_

**7. ¿Cómo cree Usted que es su nivel de ingresos?**

Bajo 1

Normal 2

Alto 3

**8. ¿Padece usted alguna enfermedad?**

No

Sí. Diga cuál: \_\_\_\_\_

**9. ¿Toma usted alguna medicación?**

No

Sí. Diga cuál: \_\_\_\_\_

**10. ¿A cuantas personas cuida usted? \_\_\_\_\_**

**11. ¿A cuantas personas ha cuidado usted en España/Catalunya? \_\_\_\_\_**

**12. ¿Convive usted con la persona que cuida en el mismo domicilio?**

a. No

b. Sí.

**13. ¿Cuánto tiempo lleva en Catalunya?**

(escriba por ejemplo 2 meses o 3 años o 16 meses)  
 No sabe/ no contesta

**14. ¿Cuánto tiempo lleva Cuidando personas a Domicilio en Catalunya?**

(escriba por ejemplo 2 meses o 3 años o 16 meses)  
 No sabe/ no contesta

**15. Si realiza algún otro trabajo ¿cuantas horas a la semana dedica a ese otro trabajo?**

(escriba por ejemplo 20h a la semana)

**16. Pensando en todas las atenciones que usted presta a la persona que cuida (vestirla, alimentarla, asearla, darle la medicación u otros tratamientos, acompañarla o vigilarla), ¿en general, cuántas horas al día le dedica usted en un día normal (de lunes a viernes)?**

a- Menos de 1 hora al día

b- 1 a 3 horas al día

c- 4 a 8 horas al día

d- 9 a 16 horas al día

e- Más de 16 horas al día

**17. Y ¿cuántas horas diarias le dedica usted un sábado, un domingo o un festivo?**

- a. Menos de 1 hora al día
- b. 1-3 horas al día
- c. 4-8 horas al día
- d. 9 a 16 horas al día
- e. Más de 16 horas al día

**VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUE USTED REALIZA**

**SEÑALE LA CANTIDAD DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES QUE USTED REALIZA CUANDO CUIDA A LA PERSONA MAYOR**

	Nada	Casi nada	Parcialmente	Casi total	Totalmente
18. ¿Le realiza la compra de productos para la alimentación, la higiene personal ( ducha, baño o lavado en cama) y el cuidado en general?	1	2	3	4	5
19. ¿Le prepara la comida?	1	2	3	4	5
20. ¿Le ayuda a darle la alimentación?	1	2	3	4	5
21. ¿Le ayuda para orinar o realizar las deposiciones?	1	2	3	4	5
22. ¿Le ayuda a moverse?	1	2	3	4	5
23. Si puede salir a la calle ¿le acompaña cuando sale?	1	2	3	4	5
24. Si puede salir a la calle ¿le ayuda a trasladarse en taxi o medio de transporte?	1	2	3	4	5

	Nada	Casi nada	Parcialmente	Casi total	Totalmente
25. ¿Le ayuda a vestirse?	1	2	3	4	5
26. ¿Le ayuda en la higiene (ducha, baño o lavado en cama)?	1	2	3	4	5
27. ¿Realiza la limpieza de la casa?	1	2	3	4	5
28. ¿Le lava la ropa?	1	2	3	4	5
29. ¿Le prepara la medicación?	1	2	3	4	5
30. ¿Le da la medicación?	1	2	3	4	5
31. ¿Le tiene que vigilar para que no se lesione o pierda?	1	2	3	4	5
32. ¿Le maneja los asuntos económicos?	1	2	3	4	5
33. Si la persona que cuida puede hablar ¿le ayuda a usar el teléfono?	1	2	3	4	5
No puede <input type="checkbox"/>					
34. Si la persona que cuida puede hablar ¿reúne a la persona que cuida con amigos?	1	2	3	4	5
No puede <input type="checkbox"/>					
35. ¿Se ocupa de sus asuntos religiosos?	1	2	3	4	5

- |   | Nada                     | Casi nada | Parcialmente | Casi total | Totalmente |
|---|--------------------------|-----------|--------------|------------|------------|
| 36. Si puede hablar ¿realizan charlas o actividades que hacen sentir bien a la persona que cuida? | 1                        | 2         | 3            | 4          | 5          |
| No puede  | <input type="checkbox"/> |           |              |            |            |
| 37. Si puede distraerse, ¿salen al cine o ven la tv o salen a pasear o charlan?                   | 1                        | 2         | 3            | 4          | 5          |
| No puede  | <input type="checkbox"/> |           |              |            |            |
| 38. Si tiene capacidad de aprender cosas ¿usted se las enseña?                                    | 1                        | 2         | 3            | 4          | 5          |
| No puede  | <input type="checkbox"/> |           |              |            |            |

**39. Pensando en todas las atenciones que usted presta a la persona que cuida, en general, ¿en cual tiene dificultad en realizar los cuidados? Puede marcar varias respuestas**

- a- Alimentarla
- b- Asearla
- c- Ayuda en la eliminación
- d- Vestirla
- e- Movilizarla (caminar, subir escaleras...)
- f- Entretenerlo
- g- Vigilarla y/o acompañarla
- h- Darle la medicación
- i- No tengo dificultad en ninguna

**40. Pensando en todas las atenciones que usted presta a la persona que cuida (alimentarla asearla, vestirla, acompañarla o vigilarla, darle la medicación u otros tratamientos), en general, ¿en cual siente usted que le faltan conocimientos? Puede marcar varias respuestas**

- a- Alimentarla
- b- Asearla
- c- Ayuda en la eliminación
- d- Vestirla
- e- Movilizarla (caminar, subir escaleras...)
- f- Reconocer que está empeorando su salud
- g- Saber que hacer cuando empeora su salud
- h- Entretenerla
- i- Vigilarla y/o acompañarla
- j- Conocer las costumbres catalanas
- k- Conocer las costumbres españolas
- l- Conocer la historia catalana
- m- Conocer la historia española
- n- Darle la medicación
- o- No tengo dificultad en ninguna

**41. ¿Participa en el cuidado de la persona mayor alguna de las siguientes personas de la familia/amigos de la persona a quien Usted cuida?**

	Si	No
Su mujer / marido	1	2
alguno de sus hijos	1	2
algún familiar distinto a los anteriores	1	2
algún amigo/a	1	2
Nadie	1	2

**42. En que actividades participa la persona que nos acaba de señalar. Puede marcar varias respuestas.**

- a- Alimentarla
- b- Asearla
- c- Vestirla
- d- Movilizarla
- e- Reconocer que está empeorando su salud
- f- Saber que hacer cuando empeora su salud
- g- Vigilarla y/o acompañarla
- h- Darle la medicación
- i- Mantenimiento económico

**43. La persona que participa en el cuidado que nos ha indicado en la pregunta nº 41, lo hace:**

- a- 0 a 4h al día
- b- 5 a 6h al día
- c- 6 a 8h al día
- d- siempre que yo no estoy
- e- la visita 1 vez a la semana
- f- la visita 1 vez cada varias semanas (aproximadamente 1 al mes)

**44. La persona que participa en el cuidado que nos ha indicado en la pregunta nº 41, vive...:**

- a- con la persona mayor
- b- en otro domicilio

**45. La persona que participa en el cuidado que nos ha indicado en la pregunta nº 41 , trabaja:**

- a- 40h/s
- b- horario reducido por ayudarles ( menor a 40h/s)
- c- no trabaja
- d- es jubilado

**46. La persona que participa en el cuidado que nos ha indicado en la pregunta nº 41, tiene la edad siguiente:**

La edad de la persona que participa en el cuidado que nos ha indicado en la pregunta nº41,

es:

**47. ¿Que idiomas conoce?**

	Entiende	Entiende y Habla	Entiende, habla y Lee	Entiende, habla, lee y Escribe
Castellano/Español	1	2	3	4
Catalán	1	2	3	4
Arabe	1	2		
Olof	1	2		
Sankole	1	2		
Mandinga	1	2		
Bereber	1	2		
Ingles	1	2		
Francés	1	2		
<b>Otros</b>	<b>1</b>	<b>2</b>		

**Indique que otro idioma.....**

**48. ¿Que nivel de estudios tiene usted?**

No ha estado nunca escolarizado.	1
Estudios primarios no terminados.	2
Estudios primarios terminados.	3
Estudios secundarios(bachillerato, formación profesional)no terminados.	4
Estudios secundarios(bachillerato, formación profesional)terminados.	5
Estudios Universitarios no terminados.	6
Estudios Universitarios terminados.	7

**49. ¿Se Considera usted que el nivel de estudios está adecuado al trabajo que realiza?**

No	1
Si	2

**50. ¿Considera usted que los siguientes motivos constituyen dificultades para tener amigos ciudadanos de Barcelona (catalanes/españoles)?**

	Si es una dificultad para amistad	No es una dificultad para amistad	No sabe no contesta
El idioma catalán	1	2	0
El carácter seco de los catalanes	1	2	0
La falta de conocimientos sobre costumbres/historia catalana	1	2	0
La falta de conocimientos sobre costumbres/historia española	1	2	0

**51. ¿Considera usted que los siguientes motivos constituyen dificultades para realizar los cuidados a domicilio a ciudadanos de Barcelona (catalanes/españoles)?**

	Si es una dificultad para cuidar	No es una dificultad para cuidar	No sabe no contesta
El idioma catalán	1	2	0
El carácter seco de los catalanes	1	2	0
La falta de conocimientos sobre costumbres / historia catalana	1	2	0
La falta de conocimientos sobre costumbres / historia española	1	2	0

**52. ¿Ha tenido Usted problemas en Catalunya por el hecho de ser extranjero?****Puede marcar varias respuestas**

No, ninguno . . . . .	1
Si, en el trato:	
Han intentado o le han hecho daño físico. . . . .	2
Le han insultado. . . . .	3
Le han prohibido entrar en bar o cafetería. . . . .	4
En otro lugar publico . . . . .	5
No sabe no contesta. . . . .	6

**53. Su religión es ...**

Cristiana.....	1
Islamica.....	2
Hebrea.....	3
Budista.....	4
Ninguna, soy ateo.....	5
Otras religiones.....	6
Escriba que otra religión.....	

**54. ¿Tiene usted amigos ciudadanos de Barcelona (catalanes/españoles)?**

No. . . . .	1
Si, en el barrio donde vive . . . . .	2
Si, en los lugares que frecuenta . . . . .	3

**55. ¿Desea usted que sus hijos se adapten a las costumbres de aquí, la manera de vivir, las comidas, la forma de divertirse aquí?**

Si . . . . .	1
No . . . . .	2
Lo que ellos quieran . . . . .	3

**56. ¿Cree usted que sus hijos deberían procurar tener amigos ciudadanos de Barcelona (catalanes/españoles)?**

Si 1

No 2

**57. ¿Piensa usted que es mejor que sus hijos se casen o se hayan casado con ciudadanos de Barcelona (catalanes/españoles)?**

Si 1

No 2

Lo considera indistinto 3

**58. Cree usted que sus hijos deberían participar en asociaciones catalanas antes que en centros de su país de origen?**

Si 1

No 2

No sabe/no contesta 3

**59. ¿Cuánto tiempo piensa Usted establecerse en Catalunya?**

1 año.....1

2 años.....2

3 años.....3

4 años.....4

5 años.....5

6-10 años.....6

Indefinidamente.....7

No sabe no contesta.....0

**60. ¿Dispone de tarjeta sanitaria?**

Si 1

No 2

**61. ¿Accede al sistema sanitario a través de la tarjeta sanitaria?**

Si 1

No 2

<b>62. Señale con un círculo la respuesta más correcta que hace referencia al apoyo que Usted cree tener .CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE DUKE- UNC (MODIFICADO POR BROADHEAD)</b>					
	<b>Tanto como deseo</b>		<b>Menos que deseo</b>		
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Recibo visitas de mis amigos y familiares					
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
Recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo					
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
Recibo amor y afecto					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en casa					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

Las siguientes preguntas hacen referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado apoyo social.

	Nunca	Rara mente	Mediana mente	Frecuente mente	Siempre
63. He recibido ayuda de otras personas inmigrantes.					
64. He recibido ayuda de ciudadanos de Barcelona (catalanes/españoles).					

**65. ¿Conoce algún organismo que presta servicios/ayuda al inmigrante?. Indíquelo**

.....

**66. ¿Ha utilizado alguno de estos organismos de ayuda al inmigrante?**

	Nunca	Rara mente	Mediana mente	Frecuente mente	Siempre
He usado alguno de estos organismos de ayuda a inmigrante					

**Instrucciones de la Escala de calidad de vida VERSIÓN ESPAÑOLA DEL WOQOL-BREFF. BARCELONA (CENTRO WHOQOL). La escala se encuentra en la página siguiente.**

*Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste a todas las preguntas.** Si no está seguro(a) sobre qué respuesta dará a una pregunta, **escoja la que le parezca más apropiada.** A veces, ésta puede ser su primera respuesta.*

*Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar*

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otros en las dos últimas semanas. Usted hará un círculo en el número 4 si obtuvo bastante apoyo de otros, como sigue:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	○ 4	5

*Haría un círculo en el 1 si no obtuvo el apoyo que necesitaba de otros en las dos últimas semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.*

**Gracias por su ayuda**

<b>67.Escala de calidad de vida VERSION ESPAÑOLA DEL WHOQOL-BREF. BARCELONA (CENTRO WHOQOL)</b>					
	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante	Muy bien
1.¿Cómo puntuaría su calidad de vida?					
	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2.¿Cuán satisfecho/a está con su salud?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a <b>cuánto</b> ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas					
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3.¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4.¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5.¿Cuánto disfruta de la vida?					
6.¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?					
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
7.¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8.¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9.¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a <b>cuánto</b> totalmente usted experimenta o fué capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.					
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10.¿Tienen suficiente energía para la vida diaria?					

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
11.¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12.¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13.¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?					
14.¿Hasta que punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?					
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
15.¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					
	Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
16.¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?					
17.¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18.¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?					
19.¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?					
20.¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?					
21.¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?					
22.¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					

	Muy Insatisfecho	Insatisfecho	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho
23.¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?					
24.¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25.¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?					
La siguiente pregunta hace referencia a la <b>frecuencia</b> con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.					
	Nunca	Raramente	Mediana mente	Frecuente mente	Siempre
26.¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?					

**¿Le gustaría hacer algún comentario?**

---

**GRACIAS POR SU AYUDA**

<b>68. Señale con un círculo la respuesta más correcta que hace referencia a los sentimientos que Usted tiene sobre el cuidado que presta. Escala del cuidador de ZARIT.</b>					
	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente mente	Casi siempre
1. ¿Siente usted que su paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
2. ¿siente usted que a causa del tiempo que dedica a su paciente ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?	1	2	3	4	5
3. ¿Se siente estresado por el hecho de tener que cuidar a su paciente y haber, además de atender otras responsabilidades (ej.: su familia)?	1	2	3	4	5
4. ¿Se siente avergonzado por el comportamiento de su paciente?	1	2	3	4	5
5. ¿Se siente irritado cuando esta cerca de su paciente?	1	2	3	4	5
6. ¿Cree que la situación actual afecta su relación con sus amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?	1	2	3	4	5
7. ¿Tiene miedo del futuro que le espera a su paciente?	1	2	3	4	5
8. ¿Siente que su paciente depende de usted?	1	2	3	4	5
9. ¿Se siente agotado cuando tiene de estar al lado de su paciente?	1	2	3	4	5
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por el hecho de tener que cuidar su paciente?	1	2	3	4	5
11. ¿Siente usted que no tiene la vida privada que desearía a causa de su paciente?	1	2	3	4	5
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por el hecho de tener que cuidar a su paciente?	1	2	3	4	5
13. (Solo si el entrevistado vive con el paciente). ¿Se siente incomodo cuando invita a sus amigos a casa, a causa de su paciente?	1	2	3	4	5
14. ¿Cree que su paciente espera que usted tenga cuidado como si fuera la única persona con quien pudiera contar?	1	2	3	4	5

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente mente	Casi siempre
15.¿Cree usted que no dispone de recursos (dinero empleado) suficientes para cuidar su paciente?	1	2	3	4	5
16.¿Siente que no será capaz de cuidar a su paciente durante bastante tiempo más?	1	2	3	4	5
17.¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que se manifestó la enfermedad de su paciente?	1	2	3	4	5
18.¿Desearía poder encargar el cuidado de su paciente a otra persona?	1	2	3	4	5
19.¿Se siente inseguro respecto a aquello que ha de hacer con su paciente?	1	2	3	4	5
20.¿Siente que tendría que hacer mas de lo que hace por su paciente?	1	2	3	4	5
21.¿Cree que podría cuidar mejor su paciente?	1	2	3	4	5
22.En general, ¿se siente muy sobrecargado por el hecho de tener de cuidar a su paciente?	1	2	3	4	5

**CUESTIONARIO SOBRE  
LA PERSONA CUIDADA**

**APRECIADO SR CUIDADOR  
UNA VEZ HA FINALIZADO DE CONTESTAR LAS  
PREGUNTAS SOBRE USTED**

**LE ROGAMOS:**

**QUE AYUDE A CONTESTAR LAS QUE HACEN  
REFERENCIA A LA PERSONA QUE USTED CUIDA**

**Y**

**SOLICITE HACER A LA  
PERSONA QUE USTED CUIDA  
LAS CUESTIONES DE LAS PAGINAS**

**(PAG 24 a 27)**

**(responder preguntas, coger, doblar un papel, leer, escribir y  
realizar un dibujo)**

Apreciada/o Sra/Sr le solicito que marque con un círculo la respuesta correcta SOBRE LA PERSONA MAYOR QUE CUIDA USTED:

**Ejemplo:** Si usted es mujer debe señalar así. ¿Que Sexo tiene?

**Hombre 1**

**Mujer  2**

**69. ¿La persona a la que cuida es hombre o mujer?**

- a. Hombre
- b. Mujer

**70. ¿Cuántos años tiene la persona a la que cuida?**

**71. ¿Qué enfermedad principal tiene la persona a la que cuida?**

\_\_\_\_\_

**72. ¿Cuánto tiempo hace que padece esa enfermedad?**

años

**No sabe no contesta**

**73. ¿La persona que Usted cuida esta ...? (se refiere a la persona cuidada)**

- casado 1
- soltero 2
- separado/divorciado 3
- viudo 4

**No sabe no contesta**

**74. ¿La persona cuidada vive ...? Puede rellenar varias respuestas**

	<b>Si</b>	<b>No</b>
Con su mujer/marido	1	2
Con alguno de sus hijos	1	2
Con algún familiar distinto a los anteriores	1	2
Con algún amigo/a	1	2
Solo	1	2

**No sabe no contesta**

**75. ¿Cuánto tiempo lleva en Catalunya la persona cuidada?**

(escriba por ejemplo 2 meses o 3 años o 16 meses)

No sabe no contesta **76. ¿Que nivel de estudios tiene la persona cuidada?**

- No ha estado nunca escolarizado.....1  
 Tiene estudios primarios no terminados .....2  
 Tiene estudios primarios terminados .....3  
 Tiene estudios secundarios (bachillerato, formación profesional) no terminados .....4  
 Tiene estudios secundarios (bachillerato, formación profesional) terminados .....5  
 Tiene estudios Universitarios no terminados.....6  
 Tiene estudios Universitarios terminados .....7

No sabe no contesta **77. ¿Que idiomas conoce la persona cuidada? Puede rellenar varias respuestas**

	Entiende	Entiende y habla	Entiende, habla y lee	Entiende, habla, lee y escribe
Castellano/Español	1	2	3	4
Catalán	1	2	3	4
Otros	1	2	3	4

Indique que otros idiomas.....

No sabe no contesta **78. ¿La persona cuidada es habitualmente catalano parlante (habla normalmente en catalán)?**

Si.....1

No..... 2

No sabe no contesta

**79. Señale con un círculo la respuesta más correcta que hace referencia al estado físico de la persona cuidada . Escala de valoración física de Cruz Roja**

O. Se vale por sí mismo.

1. Realiza los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad.
2. Alguna dificultad para los actos de la vida diaria. Deambula con ayuda de un bastón o similar.
3. Grave dificultad para los actos de la vida diaria. Deambula con dificultad ayudado por una persona. Incontinencia ocasional.
4. Necesita ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria. Incontinencia habitual.
5. Inmovilizado en cama o sillón. Dependiente total. Necesita cuidados continuados

**80. Señale con un círculo la respuesta más correcta que hace referencia al estado mental de la persona cuidada . Escala de valoración mental de Cruz Roja**

O. Totalmente normal.

1. Ligera desorientación en el tiempo. Se puede mantener correctamente una conversación.
2. Desorientación en tiempo. Olvidos ocasionales. Trastornos del carácter. Incontinencia ocasional.
3. Desorientación. No puede mantener una conversación lógica. Confunde a las personas. Trastornos del humor. Frecuente incontinencia.
4. Desorientación. Claras alteraciones mentales. Incontinencia habitual.
5. Vida vegetativa con o sin agresividad. Incontinencia total.

**PREGUNTAS A CONTESTAR POR LA PERSONA CUIDADA  
(QUE PUEDE AYUDAR A CUMPLIMENTAR EL CUIDADOR)**

**81. ¿El nivel de ingresos de la persona cuidada es?**

- Bajo           1  
Normal        2  
Alto            3  
No sabe       4

**82. ¿Considera la persona cuidada los siguientes motivos como dificultades para que le realicen los cuidados a domicilio satisfactoriamente?**

	Si es una dificultad para que me cuiden	No es una dificultad para que me cuiden	No sabe no contesta
NO conocer el idioma catalán	1	2	0
El carácter seco de los catalanes	1	2	0
La falta de conocimientos sobre Costumbres / historia catalana	1	2	0
La falta de conocimientos sobre Costumbres / historia española	1	2	0

**83. La religión de la persona que cuida es ...**

- Cristiana.....1  
Islámica.....2  
Hebrea.....3  
Budista.....4  
Ninguna soy ateo.....5  
Otras religiones.....6  
Escriba que otra religión.....

**84. Sr. Cuidador pregunte a la persona que Usted cuida las siguientes cuestiones y puntúe haciendo un círculo en la respuesta correcta. Mini examen cognoscitivo de Lobo.**

ORIENTACION						
	Sr cuidador escriba la respuesta que dice el Sr cuidado		Respuesta Correcta o BIEN	Respuesta Incorrecta o MAL		
Dígame el día			1 punto	0 puntos		
La fecha			1 punto	0 puntos		
El mes			1 punto	0 puntos		
La estación			1 punto	0 puntos		
El año			1 punto	0 puntos		
Dígame el lugar donde esta			1 punto	0 puntos		
En que planta o altura			1 punto	0 puntos		
Ciudad			1 punto	0 puntos		
Provincia			1 punto	0 puntos		
Nación			1 punto	0 puntos		
FIJACION						
	Repite las 3 palabras	Repite las 2 palabras	Repite 1 palabra	No repite ninguna palabra		
Repita estas tres palabras: <b>Peseta,Caballo, Manzana.Repertirlas hasta que las aprenda (si es que puede)</b>	3 puntos	2 puntos	1 punto	0 puntos		
CONCENTRACIÓN y CALCULO						
	Si responde: 30,27,24, 21, 18,15, 12,9,6,3,0 <b>Acierto en todos</b>	Si responde: 30,27,24, 21,18,15, 12,9,6 <b>Si falla 1 o 2</b>	Si responde: 30,27,24, 21, 18,15,12 <b>Si falla 3 o 4</b>	Si responde: 30,27,24, 21, 18 <b>Si falla 5 o 6</b>	Si responde: 30,27, <b>Si falla 7 o 8</b>	<b>Si no contesta ninguno</b>
Si tiene 30 euros y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando?	5 puntos	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto	0 puntos
	<b>Dice 2 – 9 – 5</b>	<b>Dice 2 – 9</b>	<b>Dice 2</b>	<b>No empieza por el 2</b>		
Repita Estos números: 5 – 9 – 2 (hasta que los aprenda) y ahora <b>dígalos hacia atrás</b>	3 puntos	2 puntos	1 punto	0 puntos		

MEMORIA				
	<b>Recuerda 3 palabras</b> (se refiere a <b>Peseta, Caballo, Manzana</b> )	<b>Recuerda 2 palabras</b> (se refiere a <b>Peseta, Caballo, Manzana</b> )	<b>Recuerda 1 palabra</b> (se refiere a <b>Peseta, Caballo, Manzana</b> )	<b>No Recuerda ninguna palabra</b> (se refiere a <b>Peseta, Caballo, Manzana</b> )
¿Recuerda las 3 palabras que le han dicho antes? (se refiere a Peseta, Caballo, Manzana)	3 puntos	2 puntos	1 punto	0 puntos
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN				
Mostrar un bolígrafo y preguntar ¿Qué es esto?	Dice que es un bolígrafo		No sabe que es	
	1 punto		0 puntos	
Mostrar un reloj y preguntar ¿Qué es esto?	Dice que es un reloj		No sabe que es	
	1 punto		0 puntos	
	<b>Repite correctamente la frase:</b> <b>¿En un trigal había cinco perros?</b>		<b>No Repite correctamente la frase:</b> <b>¿En un trigal había cinco perros?</b>	
Repita esta frase: ¿En un trigal había cinco perros?	1 punto		0 puntos	
	<b>Contesta: son colores</b>		<b>Contesta otra cosa distinta a decir que son colores</b>	
Una manzana y una pera son frutas. ¿Verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?	1 punto		0 puntos	
	<b>Contesta: son animales</b>		<b>Contesta otra cosa distinta a decir que son animales</b>	
Una manzana y una pera son frutas. ¿Verdad? ¿Qué son un perro y un gato?	1 punto		0 puntos	

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (sigue)		
	<b>Coge el papel con la mano derecha</b>	<b>No lo hace o lo hace con la izquierda</b>
Coja este papel con la mano derecha	1 punto	0 puntos
	<b>Dobla el papel por la mitad</b>	<b>No lo dobla por la mitad</b>
Dóblelo por la mitad	1 punto	0 puntos
	<b>Lo pone doblado encima de la mesa</b>	<b>No lo pone doblado encima de la mesa</b>
Póngalo encima de la mesa	1 punto	0 puntos
	<b>Cierra los ojos</b>	<b>No cierra los ojos</b>
Lea esto y haga lo que dice: “CIERRE LOS OJOS”	1 punto	0 puntos
	<b>Escribe una frase</b>	<b>No sabe escribir una frase</b>
Escriba una frase	1 punto	0 puntos
	<b>Copia correctamente el dibujo</b>	<b>No copia correctamente el dibujo</b>
Copie este dibujo 	1 punto	0 puntos

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**