

# ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL PERFIL DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA: LA FEMINIZACIÓN DEL CUIDADO\*

## DESCRIPTIVE STUDY PROFILING CAREGIVERS PROFILE OF PEOPLE WITH DEMENTIA: THE FEMINIZATION OF CARE

Recibido: 10 de noviembre de 2011/Aceptado: 10 de enero de 2012

ROCÍO LAGO URBANO\*\*  
PATRICIA ALÓS VILLANUEVA\*\*\*  
*Universidad de Huelva - España*

### Key words:

Caregiver Profile, Gender roles,  
Dementia, Dependency, Family.

### Palabras clave:

Perfil del cuidador/a, Roles de género,  
Demencias, Dependencia, Familia.

### Abstract

The aim of this research is to understand the typical caregivers of persons suffering from Alzheimer's disease and other forms of dementias in the city of Huelva. The sample was taken from caregivers of differing sex, age, social class, family and profession. A questionnaire was developed in order to collect the relevant data in order to establish a profile of the caregivers. The results show that the caregiver profile is characterized by female between 50 and 55 years old, married, who has been caring for the sickly for 6 or 7 years, sharing the same home with the ill person with a lack of relief from family rotation. These caregivers often have little time for leisure and have, at times, had to leave their working life to cope with care.

### Resumen

El objetivo de esta investigación consistió en conocer el perfil de los cuidadores de los enfermos de Alzheimer y otras demencias en la ciudad de Huelva. La muestra fue conformada por cuidadores de enfermos de Alzheimer de diferente sexo, edad, y condiciones sociales, familiares y laborales. Para la recogida de datos se elaboró un cuestionario que proporcionó la información necesaria. Los resultados indican que el perfil del cuidador comprende en lo fundamental características como: ser mujer de entre 50 y 55 años, estar casada, estar cuidando al enfermo entre 6 o 7 años, compartir el mismo domicilio con la persona enferma y no gozar de rotación familiar. Estas cuidadoras suelen tener poco tiempo para el ocio y en ocasiones han abandonado su vida laboral para asumir los cuidados.

\* Las dos autoras de esta investigación tienen el mismo peso en la elaboración, desarrollo y análisis de la misma.

\*\* Profesora Interina Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad Ciencias de la Educación. Universidad de Huelva, España.  
Email: rocio.lago@dpee.uhu.es

\*\*\* Profesora Interina Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Huelva. Email: patricia.alos@dpee.uhu.es

## INTRODUCCIÓN

La familia, el Estado y el mercado son las tres instituciones encargadas de satisfacer la demanda de cuidados de los sectores de población que son dependientes. Al respecto, Casado y López (2003) afirman que una persona dependiente:

*... es aquella que durante un periodo prolongado de tiempo requiere de ayuda de otra persona para realizar ciertas actividades cotidianas..., los investigadores suelen distinguir entre dos grupos de actividades: por un lado, las orientadas al cuidado personal, que en terminología anglosajona reciben la denominación de “actividades de la vida diaria” (AVDs), como por ejemplo comer o asearse; y, por otro lado, aquellas cuyo propósito es mantener el medio ambiente de la persona, las denominadas “actividades instrumentales de la vida diaria” (AIVDs), como por ejemplo comprar o preparar la comida” (p. 43).*

De las tres instituciones antes señaladas, es evidente el protagonismo de la familia en el cuidado de personas dependientes. La familia, en efecto, es la principal fuente de apoyo de las personas con demencias, al punto que llega a suplir las lagunas del sistema sanitario y contribuye a mantener la calidad de vida, seguridad y bienestar psicológico y físico de los ancianos (Flórez, Flórez - Villaverde & Rodríguez, 2003).

Ser cuidador principal de un familiar con demencia, es decir, de una persona dependiente, no es una tarea prefijada o esperada ni es una situación que el cui-

dador haya elegido voluntariamente. En una familia que recibe la noticia de que uno de sus miembros sufre demencia, el cuidador surge más bien de forma imprevista.

En cuanto a cuidadores, podemos distinguir varios tipos según las características del mismo o el grado de implicación. En rasgos generales, es posible hacer una distinción entre cuidadores formales e informales. Hablamos de *cuidador formal* cuando la persona se dedica al cuidado de forma profesional, y de *cuidador informal* cuando es un familiar o persona allegada quien se dedica a los cuidados sin ser remunerada ni realizar dicha tarea de forma especializada. De forma similar al avance de la enfermedad, las tareas del cuidador se asumen progresivamente, siendo muy difícil establecer el punto en el que el cuidador asume este papel y el momento en el que la persona enferma toma por completo el control de la vida del cuidador.

El proceso de cuidado está marcado por inesperadas transiciones debidas al progresivo deterioro físico, cognitivo y funcional del paciente. En este sentido, uno de los motivos que provoca estrés en el cuidador es el comentado deterioro del paciente, lo cual dificulta al primero mantener el control de la situación. Cuando se cuida a un enfermo con demencia, nunca se está seguro de cuánto puede durar un momento de estabilidad o cuándo habrá que enfrentar una alteración o problema nuevo, y cada vez que el cuidador se adapta al cambio, aparece inesperadamente otro (Feinberg, 2002).

Concretamente en el caso del Alzheimer, el cambio en la vida de las familias se produce en un contexto

en el que existe un generalizado desconocimiento sobre la enfermedad, cómo se debe atender a la persona afectada, y qué recursos existen o están disponibles. Esta situación se produce a su vez en un contexto social en el que, entre los valores que la sociedad transmite, se encuentra la obligación de priorizar y dedicarse por completo al cuidado de un familiar enfermo, dejando a un lado los intereses y necesidades particulares y personales.

La dedicación que ofrece el cuidador al paciente hace que a mediano o largo plazo termine a su vez convirtiéndose en “un paciente oculto” (Flórez, 2002) y, debido al dominio de la cultura patriarcal, estos cuidados están claramente feminizados, siendo una tarea que la sociedad impone a la mujer y no al hombre.

El desconocimiento del cuidador ante la enfermedad, junto a su aparición en un contexto en el que no existen recursos o, cuando los hay, su disponibilidad escasea, así como la situación social actual en las que las familias tienen cada vez menos miembros y estos, por motivos económicos y laborales, se encuentran cada vez más dispersas geográficamente, contribuyen a que los efectos de la enfermedad sobre las familias sean devastadores. La literatura científica afirma en específico que cuidar a un familiar dependiente, especialmente si padece demencia, provoca importantes consecuencias para la salud psicológica y física de los cuidadores (Garre, Hernández, Lozano, Vilalta, Tasón, Cruz, *et al.*, 2000; Pinquart & Sorensen, 2003; Vitaliano, Zhang & Scatan, 2003; Clyburn, Stones, Hadjistavropoulos y Tuokko, 2000; Gallant & Connel, 1998; Jones y Peters, 1992; Martín, Ballesteros & Ibarra, 2002; Moral, Juan, López & Pellicer, 2003; Santiago, López & Lorenzo, 1999;

Bell, Araki y Neumann, 2001; Roca, Úbeda, Fuenlelsaz, 2000). También afecta las relaciones familiares y sociales de los cuidadores (Jones & Peters, 1992; Mateo, Millán, García-Olmo *et al.*, 2000) y a su situación económica y laboral. (Losada *et al.*, 2006; Mateo, Millán, García-Olmo *et al.*, 2000).

Existen muchas razones por las que el análisis del cuidador informal a la población dependiente resulta importante. La primera de ellas es que la demanda de cuidados está en ascenso, el incremento de la supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidad aumenta al mismo tiempo la demanda de cuidadores y la complejidad de los cuidados. En segundo lugar, se debe tener en cuenta que la disponibilidad de cuidadores familiares o informales tiende a disminuir. Esto último es debido a la disminución de la fecundidad, a los cambios en la estructura familiar y a la incorporación de la mujer al mercado laboral, ya que la mujer ha sido hasta la actualidad la principal fuente de cuidados dentro de la familia. Otra de las razones por la que el sistema informal de cuidados debe ser analizado radica en que las familias continúan siendo la principal fuente de apoyo a personas con enfermedades crónicas y discapacitantes. Por último, las políticas de bienestar que priorizan la atención a la salud en el propio entorno hacen que cada día más personas con limitaciones funcionales sean atendidas en su propia vivienda y en el seno de su familia, lo que repercute también en la complejidad de los cuidados que los familiares han de realizar en el hogar (García-Calvente, 2004).

Actualmente, en España hay 600.000 personas que padecen la enfermedad de Alzheimer. De estas,

dos terceras partes son mujeres (Martínez-Lage, 2002). El dato especificado anteriormente sugiere que existen en España más de 600.000 cuidadores que atienden a estas personas, por lo que el hecho merece ser estudiado como un agente social emergente.

Vale la pena considerar que la figura del cuidador es de gran relevancia en los procesos de demencia, tanto que cuando esta figura se quiebra o se ausenta temporalmente, surgen no solo problemas familiares sino también graves problemas sociales.

En este estudio nos centramos fundamentalmente en la figura del cuidador informal en la ciudad de Huelva y su relación con los roles tradicionales de género.

## MÉTODO

El diseño de la investigación es transversal y descriptivo, a través de encuesta.

Una vez realizado y administrado el cuestionario a las personas cuidadoras, se examinaron los datos mediante un análisis estadístico básico.

### Participantes

La población objeto de estudio fue constituida por cuidadores<sup>1</sup> familiares de personas enfermas de Al-

zheimer de la ciudad de Huelva, de la cual extraemos una muestra de 127 personas mediante un muestreo no probabilístico a propósito.

### Instrumento y procedimiento

Para la recolección de datos de esta investigación se elaboró un instrumento a propósito, esto es, destinado a conocer la información necesaria para establecer el perfil del cuidador. Concretamente, se elaboró un cuestionario por ser una herramienta útil y eficaz para recoger información en un tiempo relativamente breve. Dicho cuestionario fue creado por un grupo de expertos en la materia. Una vez diseñado este, se procedió a la fase de aplicación del mismo y recogida de los datos. En sí, este cuestionario acumula información referente a datos personales tales como: sexo, edad –tanto del cuidador como de su pareja si la tuviera–, estado civil; datos referentes a la relación entre ambos: años como persona que ejerce los cuidados, parentesco con el enfermo, número de hijos del cuidador, grado de convivencia, número de miembros que conviven en el mismo domicilio; datos referentes a motivaciones y dificultades que encuentra: número de personas que le ayudan en el cuidado, motivos por el que cuidan, dificultades a la hora de prestar sus cuidados, percepción del grado de ayuda; datos referentes a la salud y dedicación personal.

## RESULTADOS

Finalizado el análisis, obtuvimos los datos que se exponen en las siguientes tablas.

1. En el texto la palabra cuidador es utilizada en sentido neutro, pues la muestra está formada tanto por hombres como por mujeres.

Tabla 1.

**Sexo del cuidador**

Sexo cuidador	Frecuencia	%
Hombre	35	27,5
Mujer	91	71,6

Más de dos tercios de la población que cuida son mujeres, podríamos hablar pues de *cuidadoras* (Tabla 1). Incluso, cuando los cuidadores son hombres, estos suelen contratar un apoyo femenino.

En cuanto a la edad, la franja en que se encuentra el mayor número de personas cuidadoras es de 51-55 años (19,7%). Es de destacar el dato del 10,2% de hombres-mujeres que cuidan, a pesar de que su edad se encuentra en el intervalo comprendido entre los 76-80 años. Resulta difícil no pensar que estas personas de edad avanzada debieran ser objeto de cuidados, y sin embargo más bien están sirviendo de cuidadores de otras, con el esfuerzo físico y mental que ello supone. Estos datos se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2.

**Edad de los cuidadores**

Edad cuidador	Frecuencia	%
28 a 30	1	0,8
31 a 36	2	1,6
37 a 40	6	4,7
41 a 45	7	5,5
46 a 50	12	9,4
51 a 55	25	19,6
56 a 60	15	11,8
61 a 65	14	11
66 a 70	16	12,5
71 a 75	9	7
76 a 80	13	10,2
81 a 85	8	6,2

La Tabla 3 muestra que el 79,5% de las personas cuidadoras están casadas, lo que no siempre se traduce en ayuda, colaboración o apoyo de su cónyuge, ya que en muchos casos es justamente este el propio enfermo de Alzheimer.

Tabla 3.

**Estado civil de los cuidadores**

Estado civil cuidador	Frecuencia	%
Soltero/a	11	8,7
Casado/a	101	79,5
Separado/a	7	5,5
Viudo/a	5	4,7
Pareja hecho	1	0,8

En casi la mitad de los casos, como lo muestra la Tabla 4, las personas cuidadoras llevan más de seis años desempeñando esta función. Por la permanencia como cuidador y su continuidad en el tiempo, se puede deducir que esta persona ha sido la encargada de cuidar al paciente desde que este se enfermó.

Tabla 4.

**Años como cuidador**

Años como cuidador	Frecuencia	%
Menos de 1	10	7,8
1 a 2	8	6,3
2 a 3	9	7,1
3 a 4	11	8,7
4 a 5	13	10,2
5 a 6	14	11,0
6 a 7	57	44,9
Más de 8	4	3,1

La Tabla 5 muestra que la mayoría de personas que cuidan son hijas del enfermo (44,8%). Lo que implica que deben añadir esto a sus obligaciones y responsabilidades familiares.

**Tabla 5.**  
**Parentesco de los cuidadores**

Marido	22%
Esposa	18,1%
Hija	44,8%
Hijo	5,5%
Sobrino	0,8%
Sobrina	1,6%
Nieta	0,8%
Otros	5,5%

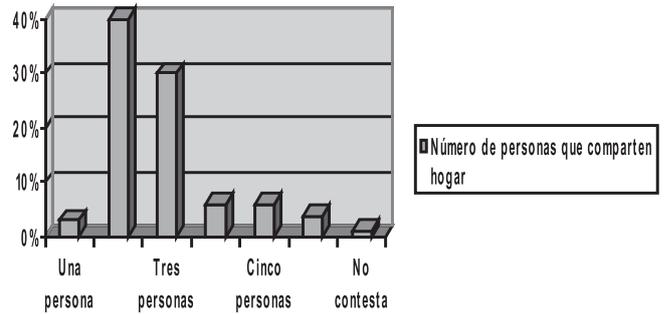
En el 80% de los casos, el enfermo comparte domicilio con la persona cuidadora. En los otros casos, el enfermo vive en su casa y es la persona cuidadora quien se desplaza en momentos puntuales del día, que puede ser a la hora de comer o a la del baño. En la gran mayoría de los casos, no se produce rotación, es decir, que el enfermo vive en la misma casa y es cuidado por la misma persona como se muestra en la Tabla 6.

**Tabla 6.**  
**Domicilio y rotación familiar del cuidador**

Comparten domicilio	%	Rotación familiar	%
Si	80,3	Si	14,2
No	19,7	No	85,8

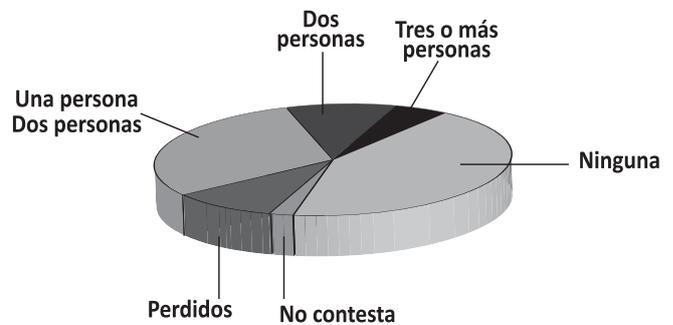
Con respecto al número de personas que cohabitan, en la Figura 1 se muestra que la situación más frecuente es que en los domicilios que vive un enfermo de Alzheimer, este comparte su hogar con otra única persona. Es de entender que en estos casos los cuidadores incrementan sus obligaciones, ya que no cuentan con otro miembro de la familia que les ayude o apoye en su día a día.

La segunda situación más frecuente es que el enfermo vive con su hija cuidadora y el marido de esta.



**Figura 1.** Número de miembros que comparten hogar

Según la Figura 2, la mitad de las personas cuidadoras (46,5%) no recibe ayuda alguna de los miembros de su hogar.



**Figura 2.** Personas de las que recibe ayuda

Por otra parte, la franja de edad en la que se encuentran más parejas de cuidadores/as oscila entre los 51 y 60 años (9% y 10%). Es necesario comentar que cuando la pareja del cuidador/a es el propio enfermo no se marca la casilla. Esto se muestra en la Tabla 7.

**Tabla 7.**  
**Edad de la pareja del cuidador**

31-35	2%
36-40	3%
41-45	3%
46-50	5%
51-55	9%
56-60	10%
61-65	6%
66-70	2%
71-75	1%

En la Tabla 8 se muestran los motivos por los que se proporciona cuidados, que comprenden el siguiente orden: “por cariño”, “por reciprocidad”, “por altruismo”, “por obligación”, “por gratitud”. Solo en un caso aparece “por sentimiento de culpa” y nadie lo hace “por evitar la censura”. Por tanto, el cariño es el motivo principal por el que se cuida a la persona enferma de Alzheimer durante tanto tiempo.

**Tabla 8.**  
Razones por las que se cuida

Motivo por el que cuidar	Nº Personas
Reciprocidad	32
Cariño	40
Obligación	20
Culpa	1
Evitar la censura	0
Altruismo	21
Gratitud	3

La mayoría de las personas cuidadoras tienen entre dos (32%) y tres hijos (28%), a los que en un alto porcentaje ven solamente una vez al día. Una vez por semana lo hacen en el 20% de los casos; e incluso hay cifras más bajas, una vez al mes o menos. Esto se muestra en la Tabla 9.

**Tabla 9.**  
Hijos del cuidador

Nº Hijos/as	%
1	1%
2	13%
3	32%
4	28%
5	7%
6 o más	2%
0	13%

Los porcentajes referidos a la relación con los nietos son más bajos que con los propios hijos. Aunque si-

guen destacándose los que ven todos los días a sus nietos o una vez a la semana, subrayamos el 3,1% que nunca los ve. La Tabla 10 ayuda a comprender la gran soledad que sufre el cuidador durante el desarrollo de su tarea.

**Tabla 10.**  
Frecuencia en relacionarse

Frecuencia con la que se ven %	Hijos	Nietos	Otros familiares	Vecinos	Amigos
No tiene	26,0	43,3	3,9	2,4	4,7
Todos o casi todos los días	40,2	19,7	27,6	44,1	14,2
Al menos una vez a la semana	20,5	16,5	20,5	10,2	22,0
Al menos una vez al mes	5,5	4,7	9,4	3,9	14,2
Menos de una vez al mes	3,1	5,5	18,9	2,4	13,4
Nunca	0	3,1	18,9	31,5	27,6
No contesta	1,6	2,4	0,8	4,8	3,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

La salud de la persona cuidadora se reparte prácticamente en tres tercios, “buena”, “normal”, o “mala”, quedando como residuales los dos extremos, “muy buena” y “muy mala” según lo muestra la Tabla 11.

**Tabla 11.**  
Estado de salud del cuidador

Salud cuidador	Frecuencia	%
Muy buena	6	4,7
Buena	38	29,9
Normal	36	28,3
Mala	37	29,1
Muy mala	8	6,3
No contesta	2	1,6

Lo anterior explica que cerca de un 45% de los casos tengan “muchas” o “algunas” dificultades para realizar tareas cotidianas, como podemos apreciar en la Tabla 12.

**Tabla 12.**  
**Dificultad para realizar tareas de cuidado**

Dificultades para realizar tareas de cuidado	Frecuencia	%
Sí, muchas	28	22,0
Sí, hasta cierto punto	30	23,6
No	59	46,5
No contesta	10	7,9

Estos datos provienen de la percepción de la persona cuidadora y por tanto se consideran bastante subjetivos. La mayoría confiesa que la actividad física diaria que realizan, como andar, pasear, etc., es bastante escasa. Solo un 18% confirma o percibe que realiza bastante actividad física. Si estos datos provinieran de un observador ajeno se consideraría mucha actividad en todos los casos, por el simple hecho del esfuerzo que supone cuidar a otra persona ininterrumpidamente. Los datos se muestran en la Tabla 13.

**Tabla 13.**  
**Grado actividades que realiza el cuidador durante el día**

Mucha	13%
Bastante	18%
Media	22%
Poca	27%
Nada	18%

Según la Tabla 14, los cuidadores suelen dedicar poco tiempo, una o dos horas (18,1% y 33,1% respectivamente), a sí mismos/as porque el cuidado de la persona enferma le absorbe el resto del tiempo. El único momento que se dedican plenamente a sí mismos es el relacionado con el aseo personal. En cambio, dedican casi todo el día al cuidado de la persona enferma (67%), exceptuando el tiempo en que muchos de los enfermos acuden a recibir tratamiento o el que dedica la persona cuidadora a su jornada laboral.

**Tabla 14.**  
**Horas de dedicación**

Horas a sí mismo	%	Horas al cuidado	%
0	29,9	1 a 5	7,9
1	18,1	6 a 10	1,6
2	33,1	11 a 15	10,2
+ de 2	17,3	16 a 20	11,0
5	0,8	21 a 24	67,7
Total	100,0	Total	100,0

Por su parte, en la Tabla 15 se percibe que la media de horas que duermen estas personas comprende de 6 a 7 diarias. Los cuidadores coinciden en afirmar que no descansan como deberían por estar pendientes del enfermo/a toda la noche.

**Tabla 15.**  
**Número de horas que duerme el cuidador**

Menos de 5	21%
Entre 5 y 7	40%
Entre 7 y 8	32%
Más de 8	3%
No sabe	3%
No contesta	1%

Las Tablas 16 y 17 describen la ayuda que reciben los cuidadores. De estos datos se puede interpretar que el principal motivo por el que la persona cuidadora no recibe ayuda radica en la dificultad que supone tener una persona extraña en su domicilio, lo que origina un inconveniente tanto para el/la cuidador/a como para la persona enferma, pues irrumpe en su estilo de vida. Al analizar los casos, encontramos dos situaciones tipo: por un lado, cuando la persona cuidadora es joven, aparece la desconfianza frente a una persona no conocida en su domicilio, pues generalmente esta persona se encuentra en edad laboral y deja a su familiar enfermo y su casa en

Tabla 16.  
Familiares que ayudan al cuidador en porcentajes

Ayuda cuidador	Pareja	Hijos	Nietos	Otros	S. doméstico	Serv. Religioso	Ayuda domicilio	Vecino
1 día	11	17,3	0,8	7,1	2,3	0	6,3	1,6
Más 1 día	4,7	2,4	0	3,1	6,5	0	1,6	0,8
1 semana	0,8	6,3	0	1,6	6,3	0	0,8	0
Más 1 semana	1,6	3,9	0	2,4	7,1	0	2,4	0
1 mes	0,8	1,6	0	1,6	0,8	0	0	0
Esporad.	7,1	11,8	2,4	3,9	58,3	1,6	0,8	4,7
Nunca	49,6	48,8	82,7	78,0	21,3	96,9	86,6	90,6

Tabla 17.  
Percepción del grado de ayuda

Sí, es suficiente con su atención	39%
No, necesitaría más	15%
No, necesitaría la ayuda de más personas	25%
No sabe, no contesta	21%

manos del cuidador; por otro, cuando se trata de una persona mayor, le es más difícil asumir que la persona que le va ayudar no es un miembro de su propia familia, lo que se ve agravado por los inconvenientes que genera el cambio de rol tradicional.

Finalmente, el momento del día en que se necesita más ayuda es por las mañanas, más del 45% así lo manifiestan. Para los/as cuidadores/as que trabajan fuera de casa este es el horario más difícil de cubrir, pero para los que no lo hacen, también se trata del tiempo de hacer gestiones, bancos, médicos, seguros, compras, etc. Cerca del 20% de los cuidadores afirma que todo el día tiene la necesidad de recibir ayuda. El resto de los casos, se reparte entre las tardes, mañanas y noches, concretamente en momentos puntuales como el baño y aseo diario, el acostarse, comer, acompañar al médico, etc. Los datos se describen en la Figura 3.

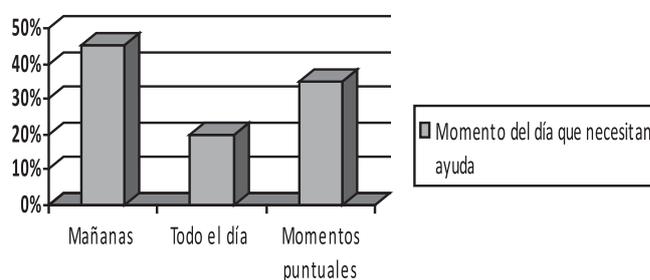


Figura 3. Momento en el que necesitaría más ayuda

## DISCUSIÓN

Tras el análisis de los resultados, los datos evidencian una clara conclusión: *la tarea de cuidar sigue estando asociada al género femenino*. Más de dos tercios de la población que cuida son mujeres: 71,6%, frente al 27,5% de hombres. En muchos casos en los que son hombres los que ocupan este papel, estos suelen contratar a una mujer que les sirva de apoyo y les ayude.

Asimismo, se observa que el perfil de las cuidadoras se identifica por ser mujer de entre 50 y 55 años, casada, que lleva cuidando a su padre o madre durante 6 o 7 años, que comparten el mismo domicilio con la persona enferma y que no goza de rotación familiar. Además, generalmente conviven tres personas en el mismo domicilio y esta tercera persona suele ser el marido, cuya

edad se sitúa entre los 56 y 60 años. La cuidadora tiene de 2 a 3 hijos, a los que ven casi todos los días, al igual que a los nietos, cuando los tienen.

Por otra parte, las relaciones sociales y tiempo de ocio se ven muy afectados. En el caso de tener vida social, ven más a los vecinos que a otros familiares y con quien menos contacto tienen es con sus propios amigos. Con respecto al grado de ayuda, en la mayoría de los casos no la reciben de otras personas, ni pareja ni hijos ni nietos ni otros familiares. Solo las que disfrutan de servicio doméstico reciben algún tipo de apoyo y, de este último grupo, más de la mitad está satisfecho de la labor cumplida por estas personas.

El nivel cultural y socioeconómico está asociado al grado de ayuda que estas mujeres pueden llegar a recibir, aunque ello no repercute en el sufrimiento que la enfermedad les genera. De este modo, las razones económicas explican el 33% de las causas para no recibir ayuda.

También hay un 22% que todavía no considera imprescindible la ayuda y aún podemos hablar de un 6,3% que no sabe a quién dirigirse para pedirla. El momento en que necesitarían más ayuda es mayoritariamente por las mañanas.

En relación con el estado de salud de la cuidadora, no se extrae una clara conclusión, ya que un tercio lo considera bueno, otro regular y un último tercio mala. A pesar de ello, no tienen dificultades para realizar las

tareas cotidianas. Durante el día realizan poca actividad física-deportiva como andar, pasear, etc. En este mismo sentido, las cuidadoras suelen dedicar poco tiempo a sí mismas, incluido el cuidado de la propia salud, aproximadamente de 1 a 2 horas y este tiempo está relacionado con la higiene personal; en cambio, dedican prácticamente todo el día al cuidado de la persona enferma, durmiendo entre 6 y 7 horas. La percepción de la falta de tiempo para una misma es uno de los factores que aumentan la sobrecarga percibida por las cuidadoras.

Como reflexión final, transcribimos las siguientes palabras respecto al papel de las mujeres como principales cuidadoras informales en la sociedad actual:

*Hasta ahora las familias, y en ellas especialmente las mujeres, han sido las primeras actrices en el ejercicio de las "tareas de bienestar", que consisten en cuidar del hogar, atender a los niños, enfermos y discapacitados, bregar por los familiares en apuros, apoyar a los jóvenes ... Por eso, en nuestros días, preguntarse por el futuro de los miembros más vulnerables de la sociedad requiere, no solo analizar la crisis del Estado benefactor, sino, sobre todo, estudiar despacio las consecuencias de tres cambios estructurales de envergadura: la incorporación de la mujer al mercado laboral, la transformación de la estructura familiar y la extinción de la "mujer cuidadora" ... Y, por su parte, el Estado, cualquier Estado de la Tierra, carece de los recursos suficientes como para pagar unos trabajos de 24 horas, sin vacaciones, sin días de fiesta, que hasta ahora han hecho gratis las mujeres (Cortina, 1999).*

## REFERENCIAS

- Bell, C. M., Araki, S. S. & Neumann, P. J. (2001). The association between caregiver burden and caregiver health – related quality of life in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease Association Disorders*, 15, 129-136.
- Casado, D. & López, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona: Fundación la Caixa,
- Clyburn, L. D., Stones, M. J., Hadjistavropoulos, T. & Tuokko, H. (2000). Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology*, 55, 2-13
- Cortina A. (1999). La extinción de la mujer cuidadora. *El País*, 56.
- Feinberg, L. F. (2002). *The state of the art: caregiver assessment in practice settings*. San Francisco: Family Caregiver Alliance. National Center Caregiving.
- Flórez L., J. A. (2002). El síndrome del cuidador. *Jano*, 58, 46-50.
- Flórez L., J. A., Flórez-Villaverde & Rodríguez J., J. (2003). Familia y enfermedad de Alzheimer: nuevos horizontes de convivencia. *Medicina Integral*, 41, 178-182. *Research on Aging*, 20, 267-297.
- Gallant, M. & Connell, C. (1998). The stress process among dementia spouse caregivers. *Research on Aging*, 20, 267-297.
- García-Calvente, M. M. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18, 2-14.
- Garre-Olmo, J., Hernández-Ferrándiz, M., Lozano-Gallego, M., Vilalta-Franch, J., Turón-Estrada, A., Cruz-Reina, M. M., Camps-Rovira, G. & López-Pousa, S. (2000). Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista de Neurología*, 31, 522-527.
- Jones, D. A. & Peters, T. J. (1992). Caring for elderly dependants: effects on carers quality of life. *Age & Aging*, 21, 421-428.
- Losada, A., Montorio, I., Izal, M. & Márquez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de persona con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: Imsero.
- Martín, C., Ballesteros, R. & Ibarra, G. N. (2002). Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y estrés psíquico. Una asociación relegada en la valoración de las demencias. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 201-206.
- Martínez-Lage, J. M. (2002). *Alzheimer 2002. ¿Qué hay de nuevo?* Madrid: Aula Médica.
- Mateo, I., Millán, A. & García, M. M. (2000). Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Atención primaria*, 26, 25-34.

- Moral, M. S., Juan, J., López, M. J. & Pellicer, P. (2003). Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención primaria*, 32, 77-87.
- Roca, M., Úbeda, I. & Fuentelsaz, C. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria*, 26, 217-223.
- Santiago, P., López, O. & Lorenzo, A. (1999). Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Atención primaria*, 24, 404-410.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J. & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 946-972. Recuperado el 27 de mayo de 2011 de <http://www.imsersomayores.csic.es>