
Factores de riesgo del cansancio en el cuidador formal no profesional inmigrante en Barcelona

Albert Gallart Fernández-Puebla

Supervisor del Hospital General de Catalunya.
Profesor Universidad Internacional de Catalunya

Resumen

El cuidado de personas mayores dependientes aumenta rápidamente en España y es realizado mayoritariamente por la familia (cuidador informal), principalmente la hija (32,3% España y 32,9% Cataluña). La Administración o empresas privadas ayudan poco y todo parece indicar que no variará demasiado (un 3,4% en España y un 1,9% en Cataluña). La incorporación de la mujer al mercado laboral ha llevado al aumento de personas que, sin formación específica en cuidado a los mayores (cuidador formal no profesional), reciben una remuneración económica (8,7% en España y 19% en Cataluña), siendo inmigrantes el 69%.

Las alteraciones de salud en sus cuidadores van desde el sentimiento de "carga" (cuidador informal) al sentimiento de "estar quemado" (cuidador formal), pero en ambos casos una de sus principales manifestaciones es el cansancio. Los cuidadores inmigrantes pueden presentar factores de riesgo diferentes a estudiar.

Objetivo: estudiar los factores de riesgo en el cansancio del cuidador formal no profesional inmigrante, su fuerza estadística, poniendo énfasis en nuevos factores de riesgo como la integración en los inmigrantes.

Diseño caso-control (cansados-no cansados) transversal. Análisis: "t" de Student, Chi cuadrado y regresión logística. Población: 110 cuidadores a domicilio en Barcelona según tamaño de la muestra. Instrumentos de medida: cuestionarios de preguntas abiertas y escalas validadas de salud, estado emocional y apoyo social.

Resultados y conclusiones: son nuevos factores de riesgo el nivel de ingresos de la persona cuidada y el estado civil del cuidador. También se ha encontrado significación y fuerza estadística entre apoyo social y la integración en Cataluña.

Palabras clave: Personas mayores. Cuidadores informales. Cuidadores formales. Cuidadores no profesionales. Carga. Sentimiento de "estar quemado". Cansancio. Inmigración. Apoyo social. Integración.

Summary

The care of older dependent people is a concern in Spain and it is usually provided by family members (informal carers) mainly daughters (32.3% in Spain and 32.9% in Catalonia). Private enterprises or public administration does not help too much and the situation does not seem to improve in the future (3.4% in Spain and 1.9% in Catalonia). The introduction of women in the labour market leads to

a growing number of people who takes care of older people without specific education (non-professional formal caregivers) who are paid for providing this care (8.7% in Spain and 19% in Catalonia), and 69% of these are immigrants.

Health modifications in caregivers of older people varies from a "burden" feeling (informal caregivers) to the "burned" feeling (formal caregivers). However, both situations are manifested through tiredness. Immigrant caregivers can have different risk factors to study.

Objective: to study tiredness risk factors of non-professional formal immigrants caregivers and its statistic power, emphasizing new risk factors such as immigrants integration.

Design: cross-sectional case-control study (tired – non tired). Analysis: "t" Student, Chi-square and logistic regression. Sample: 110 home-care caregivers in Barcelona depending on the sample size. Measurement tools: open-ended questionnaires and validated health scales, emotional state and social support.

Results and conclusions: income level of the care recipient and caregiver marital status are new risk factors. Statistical significance and power has been also found between social support and integration in Catalonia.

Key words: Older people. Informal caregivers. Formal caregivers. Non-professional caregivers. Burden. Burned feeling. Tiredness. Immigration. Social support. Integration.

Introducción

El estudio de diversos investigadores Pereda¹, IMSERSO², Quintanilla³ y García López⁴ nos ha permitido establecer los antecedentes. 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, individuos que se prestan y necesitan diversos apoyos sociales. Uno de estos subgrupos es la ancianidad. En los ancianos esta interdependencia puede ser compleja y conflictiva ya que presenta una gran dependencia hacia otros segmentos sociales⁴.

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, atendiendo a la cultura y a la organización. 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.

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 –Llitra⁵ y Wood⁶– han puesto de manifiesto la debilitación del mismo. Frente a esta situación diversos gobiernos occidentales han vuelto su mirada hacia el otro 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. Las tres categorías de apoyo que suministran las redes sociales son:

1. Apoyo emocional: intercambio de sentimientos proporcionando comprensión y amor, reforzando el sentido de pertenencia y autoestima.

2. Apoyo informacional o estratégico: ayuda para la resolución de problemas concretos.

3. Apoyo material o instrumental: prestación de servicios en circunstancias que no pueden ser salvadas por uno mismo. Abarca temas económicos pero también servicios en actividades de la vida diaria (cuidado personal, tareas domésticas, salir a la calle). Este último es el que se conoce como apoyo informal y el formal no profesional.

El apoyo social depende de las redes 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 informal o material/instrumental. La familia, como red social primaria, cumple un papel esencial en todas las etapas de la vida humana. A veces con consecuencias no deseadas, pero dentro del contexto amplio de relaciones (positivas y negativas) de mutua ayuda. Las amistades o vecinos ocupan normalmente más el apoyo emocional y estratégico.

En la actualidad existe, tal y como se anunciaba anteriormente, un debate social sobre el cuidado a las personas mayores circunscrito tanto en los círculos de apoyo formal –estatal o privado y área de sanidad o de servicios sociales– como en los no profesionales. Cada día más los medios de comunicación nos informan de la importancia del apoyo informal prestado (Antena 3 TV a fecha 17 de julio de 2003, informó de que representa un 7%).

La población española y catalana está cambiando rápidamente. Los datos demográficos del Instituto Nacional de Servicios Sociales² nos indican la existencia de un alto número de personas mayores de 65 años (16,9 % en España y 17,3 % en Catalunya) que son dependientes (33 %). Se prevé que para el 2020 España sea el tercer país más viejo del mundo.

Para hacer frente a esta situación según el IMSERSO la sociedad Española ha ofrecido una ayuda profesional a domicilio del 4,58% en el 95% y 3,2% en el 2003 (1,9% en Cataluña en el 2003) y una ayuda en residencias que se puede contabilizar en 1995 en 165.000 plazas con un ratio del 2,8% 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. El cuidado en los domicilios, por tanto, está prestado entre ellos mismos, y por el otro gran grupo de cuidadores de familiares. La hija (32,3% 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 incluye cónyuges (23,4% España, 14,1% Cataluña), nueras y diferentes familiares. Sin embargo, al incorporarse la mujer al trabajo está previsto que descenderá un 60%^{5,7}. Por todo ello necesitan contratar ayuda pagada con empleadas de hogar (el 6% en el 95% y 8,7% en España y 19% en Cataluña en el 2003). Este personal no dispone 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 y está en claro aumento. Dentro de este grupo

encontramos un importante número de personas inmigrantes.

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 ya representa el 5% de la población y durante el 2002 se incrementó en un 20%– y todo parece indicar que va a ir progresando⁸. Dentro de los diferentes trabajos que realizan los inmigrantes hemos comprobado que una gran parte se dedica al cuidado formal no profesional de la población española. Representan el 69% de los cuidadores de ancianos no profesionales⁹.

La bibliografía nos muestra que los cuidadores inmigrantes desarrollan diferentes dificultades como el cansancio, el estrés y la depresión durante el cuidado de las personas mayores. Se han definido diferentes factores relacionados para cada una de estas dificultades con el objetivo de intentar disminuir su incidencia^{10,11}. Creemos que lo mismo sucede con el cuidador formal no profesional inmigrante. Una de las principales consecuencias es la sensación de cansancio que se ha manifestado por el sentimiento de dificultad en la resolución del cuidado y por el sentimiento de falta de formación para el mismo. Dentro de los factores relacionados con el cansancio desta-

camos el estado físico-mental y el nivel cognitivo de la persona cuidada, pero también del propio cuidador^{12,13}.

En consecuencia se hace necesario conocer el grado de cansancio del cuidador (en nuestro caso formal no profesional) al suponer componente de la principal consecuencia de ser cuidador (sentimiento de carga en el informal y sentimiento de quemado en el formal)¹¹⁻¹³.

Objetivo

Identificar factores de riesgo del cansancio del cuidador formal no profesional inmigrante. Los objetivos específicos son los siguientes: cuantificar las características definitorias de cansancio en el cuidador según la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA); Porcentaje de dificultad al realizar los cuidados (DRF) y falta de conocimientos (FC) para realizarlos; describir al cuidador formal no profesional inmigrante (CFNPI) y a la persona cuidada; calcular la significación y fuerza estadística entre la variable dependiente cansancio y sus posibles factores de riesgo (variables independientes); valorar si aparecen nuevos factores de riesgo en el CFNPI o en la persona cuidada.

Hipótesis

Los factores de riesgo en la aparición del cansancio actúan con mayor fuerza

en el cuidador formal no profesional inmigrante y en algunos casos son nuevos. La integración en Cataluña es un nuevo factor de riesgo relacionado con la aparición de cansancio.

Material y métodos

Emplazamiento: población inmigrante de empresas de atención a pacientes de Barcelona.

Diseño: investigación caso-control transversal con analítica estadística ("t" de Student, Chi cuadrado, *Odds ratio* y regresión logística).

Sujetos en estudio. Criterios de inclusión y exclusión: la población a estudiar son los cuidadores formales no profesionales inmigrantes y según los criterios de selección de casos se han separado en cansados y no cansados.

Los criterios de inclusión son:

1. Cuidadores formales no profesionales inmigrantes de las empresas participantes.

2. Población inmigrante es aquella que proviene de otro país diferente al español.

3. Cuidador formal es aquel que no es un apoyo informal (familia, amigos, voluntarios).

4. El término no profesional se refiere a aquel cuidador que no dispone de formación en cuidar^{3,7,5,14}.

Los criterios de exclusión son cuidadores y personas cuidadas que no han querido voluntariamente participar en el estudio, y por tanto no han realizado el consentimiento voluntario; no será considerada población inmigrante la que proceda de otras provincias de España.

Definición de individuos del grupo caso y del grupo control

Grupo caso: individuos con cansancio del rol cuidador según NANDA. Grupo control: individuos que no están cansados según NANDA. Ambos grupos tienen iguales características demográficas (en cuanto inmigración, edad, género, nivel de ingresos y de estudios).

Tamaño de la muestra

Cálculo para realizar una estimación de resultados a la población general con un error de precisión del 10% y un nivel de confianza del 95%, así como para realizar una comparación de medias entre los dos grupos con una significación estadística del 5% y una potencia del 10% unilateral. El resultado fue de 110. Tras el ajuste a un 10% de pérdidas fue de 122.

Variable dependiente: el cansancio

El cuidado de las personas conlleva numerosas consecuencias. En el cuidador

informal se da el sentimiento de carga o *burden*¹⁵ y en el cuidador formal se produce el sentimiento de “estar quemado” o *burn out*. El cansancio está presente en ambos^{4,16}. El cansancio se define, según la NANDA, como “la dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia” y determina el rol cuidador como “los patrones de conducta socialmente esperados de las personas que brindan cuidados sin ser profesionales de la salud”¹⁷; y por tanto aplicable al cuidador formal no profesional.

Para que exista cansancio, según la NANDA, habrá:

1. Dificultad en la realización de cuidados (DRC) (Diferentes autores usan la DRC para medir las consecuencias de ser cuidador^{11,13}).

2. Inquietud ante el futuro respecto a la persona cuidada y la habilidad del cuidador para atenderla, expresada por el sentimiento de falta de información.

Variables independientes

Son los posibles factores de riesgo del cansancio en el cuidador: edad, género, nivel de estudios, tiempo desempeñando el rol de cuidador, estado físico, nivel de depresión, grado de apoyo social e indicadores de integración social, destacando especialmente éste último. En la persona cuidada: edad, género, nivel de

estudios, estado físico, mental, nivel cognitivo y grado de depresión.

Instrumentos de medida

Los instrumentos de medida de nuestro estudio son dos cuestionarios (uno para el cuidador formal no profesional inmigrante y otro para la persona cuidada). Recogen un amplio abanico de conceptos que indican la situación demográfica, salud, cultura e integración social como posibles factores de riesgo, así como preguntas relacionadas con el cansancio. Se han utilizado escalas validadas y algunas preguntas directas como las utilizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) y numerosas investigaciones¹⁸ y Generalitat de Catalunya¹⁹.

El cuestionario de recogida de datos sobre el cuidador inmigrante contiene datos demográficos como nacionalidad, tiempo en Cataluña, etc., valoración física, emocional, apoyo social, datos de integración mediante escalas de valoración de apoyo social de Duke-UNC (Modificado por Broadhead), incapacidad física de Cruz Roja y depresión (versión reducida) de Yesavage. Se han intentado escoger escalas que fueran sencillas de realizar para facilitar su comprensión a los cuidadores que al ser inmigrantes podrían tener barreras de lenguaje o adaptación.

El cuestionario a la persona cuidada contiene datos demográficos y de salud: valoración física, mental, emocional y cognitiva mediante escalas de valoración de apoyo social de Duke-UNC (Modificado por Broadhead), incapacidad física y mental de Cruz Roja, depresión (versión reducida) de Yesavage y miniexamen cognoscitivo de Folstein modificado por Lobo et al.

Los elementos de discriminación o poca integración sociocultural se miden con la escala de apoyo social de Duke validada en España²⁰ y preguntas directas que han tenido en cuenta los aspectos recomendados por el CIS¹⁸ y por la Generalitat de Catalunya¹⁹: el acceso a disponer de una vivienda propia y digna, aspectos de la vida cotidiana como las relaciones afectivas en el barrio o trabajo, la posibilidad de comunicación con su entorno (aprendiendo un idioma) y el respeto religioso¹⁸. Estudios de la Generalitat de Catalunya han utilizado medidas de convivencia y cohesión social (condiciones de vida, económicas y sociales) e inmateriales (sentimiento de pertenencia o exclusión social). El espíritu de algunas de las preguntas que han respetado las recomendaciones son:

1. ¿Está casado o tiene hijos con catalanes?
2. Tiempo de permanencia y deseo de quedarse en Cataluña.

3. Motivos que dificultan tener amigos catalanes o conocer costumbres catalanas.

4. Conocimiento y uso del catalán.

Para determinar si existe integración en la sociedad catalana se ha considerado que debían cumplir alguno de los siguientes ítems: casados con catalanes, ingresos (normal o altos), empleo del catalán hablado, leído o escrito y amistades con catalanes. En cualquier caso se considerará que no están integrados o no quieren estarlo cuando se han obtenido ítems como: No querer tener amigos catalanes, no querer adaptarse a las costumbres catalanas, no querer que sus hijos tengan amigos catalanes y no querer que sus hijos se casen con catalanes.

Sin embargo, la escala validada utilizada para medir el grado de apoyo social es el cuestionario de ayuda social de Duke-UNC (Modificado por Broadhead).

En cuanto a los instrumentos para medir elementos culturales es necesario utilizar escalas para medir las distintas variables propias para cada una de ellas^{15,21,22}, pero en inglés hay muy pocas (la SSQSR de Haley es la *Social support questionnaire short form-revised*) y en España no están validadas. Sin embargo, el principal autor que llegó a esta conclusión, Ford²¹, concluyó que mientras se investigaban escalas propias para las culturas se podí-

an utilizar las generales y el resultado sería fiable en un 70%. Esta importante limitación al menos es reconocida, ya que muchos autores lo obvian.

Los instrumentos para medir el cansancio han sido preguntas abiertas como las utilizadas en diversas investigaciones¹³ que hacen referencia al sentimiento de cansancio y la dificultad en la realización de cuidados, así como al sentimiento de falta de información (ambas características definitorias de cansancio según NANDA).

También es cierto que existen autores que utilizan escalas propias para medir el cansancio a través de la escala de Lawton, pero no está traducida al español ni validada²³. Otros autores han utilizado la escala de Zarit²⁴ (que si está valida y traducida al español), pero es más propia del sentimiento de carga en general y no específica del cansancio que sólo pertenece a uno de los tres componentes de la carga²⁵.

Procedimientos: técnicas de muestreo y recogida de datos

Se inició con la búsqueda de empresas de atención a domicilio con cuidadores no profesionales en Barcelona. Se seleccionaron aquellas que disponían de inmigrantes y aleatoriamente las suficientes para el estudio. Petición a las empresas a

través de un documento notificando la voluntariedad y confidencialidad, así como los objetivos. Explicación del proyecto y de la cumplimentación del cuestionario. Selección aleatoria de los cuidadores inmigrantes de los centros hasta llegar a la población necesaria para la realización del estudio y entrega de los cuestionarios. Entrega del consentimiento informado. Pasado un mes se recogen los cuestionarios comprobando su correcta cumplimentación.

Utilizando los instrumentos de medida se determinan qué individuos presentan características definitorias de cansancio según la NANDA. Se consiguen 52 cuidadores cansados y 58 no cansados. El total de cuidadores conseguidos coincide con el tamaño de la muestra necesario (110), pero en realidad deberían ser 55 cansados y 55 no cansados. Creemos que la diferencia es muy escasa y que afectará poco en los resultados del estudio, por lo que se realiza el mismo.

En el análisis se utilizaron las comparaciones de medias para averiguar el grado de significación estadística entre el cansancio y el resto de factores de riesgo a través de la "t" de Student con intervalos de confianza del 95 % y significación estadística $\leq 0,05$. Cuando los factores de riesgo sean cualitativos se realizará a través de la Chi cuadrado. En aquellos ca-

sos que exista significación se realiza análisis de binarios con *odds ratio* y estudios de regresión para averiguar la fuerza y grado de intervención de las variables estudiadas sobre la variable dependiente.

Resultados

Cansancio en los cuidadores cansados (grupo caso)

Según la definición de cansancio de la NANDA se obtiene que el grupo de cansados tiene los siguientes porcentajes en sus características definitorias: dificultad para la realización de cuidados (DRC): 17,3 % (mujer: 42,1 % y varón: 57,9 %), falta de información para realizar los cuidados (FI): 30 % (Mujer: 51,5 % y varón: 48,5 %).

Descripción del cuidador formal no profesional inmigrante

Es una persona entre 26 y 50 años (edad media 32) que no se diferencia en cuanto al género especialmente (hombre 60 %). Es hispanoamericano (89 %), está casado (50 %) y vive con su cónyuge (41,8 %). Lleva 5 años en Cataluña y tres trabajando como cuidador. Habla bien el castellano y entiende el catalán en un 55,5 %. No cree que la falta de conocimiento del catalán y sus costumbres puedan darle problemas de integración

ni en el cuidado. De hecho, está integrado en un 75 % y tiene amigos catalanes en el 80 %. Sin embargo, desea que sus hijos mantengan sus costumbres en un 41 %. El grado de apoyo social es bajo en un 43 %. Tiene estudios universitarios no acabados (43,6 %) y su nivel económico es bajo (63,6 %). Desearía quedarse indefinidamente en Cataluña en casi la mitad de los casos y no ha sido tratado con racismo en un 88 % de los casos. Es cristiano (95,5 %). Su salud física y emocional es correcta aunque tiene una tendencia a estar deprimido 42,7 %.

Descripción de la persona cuidada

Es una persona mayor entre 71 y 80 años en la mitad de los casos (edad media de 74 años). La mitad son varones y la otra mitad mujeres. Están viudos en un 42 % y casados en un 37 %. Vive con su cónyuge en un 37 %, y solo en un 32 %. Su nivel de ingresos es medio (58,2 %) y sus estudios primarios. Lleva más de 60 años en Cataluña (62,7 %) y es catalanoparlante (65 %). No cree que el catalán sea un problema para el cuidado (66,4 %). Es cristiano (87,3 %). Su salud presenta una dependencia media en un 47,2 % y alta en un 31 %. Su salud mental es de ligera desorientación en un 41,8 %. Su estado emocional es de posible / real

depresión en un 81,9 %. Su nivel cognitivo está alterado en el 47 % de los casos.

Significación estadística entre el cansancio y los factores de riesgo

Se ha encontrado que hay significación estadística con “t” de Student, Chi cuadrado y regresión logística en el cuidador en su estado civil, emocional y el apoyo social que recibe. En la persona cuidada se ha encontrado sobre su salud y nivel de ingresos (tablas 1, 2 y 3).

Fuerza estadística entre el cansancio y los factores de riesgo

Se ha encontrado que hay fuerza estadística con la *odds ratio* en el cuidador en su estado civil (*odds* 3,32), emocional (*odds* 0,31) y en el apoyo social que recibe (*odds* 0,386). En la persona cuidada en su salud física (*odds* 0,15) y el nivel de ingresos (tabla 4).

Con la regresión logística existen las siguientes fuerzas estadísticas en el cuidador: nivel de catalán (71 %) y apoyo social (13 %), y en la persona cuidada los ingresos (74 %) y la salud física (34 %) (tabla 5).

Los 4 factores de riesgo explican conjuntamente el 77,3 % del cansancio con una especificidad del 81 % y una sensibilidad del 73,1 % (tabla 5).

Factor de riesgo cuantitativo	p	Significación sobre cansancio
Cuidador		
Estado civil	0,03	Sí
Tiempo en Cataluña	0	Sí
Tiempo cuidador	0,04	Sí
Horas/semana cuidado	0	Sí
Horas/día cuidado	0	Sí
Catalán	0	Sí
Estado físico	0,04	Sí
Apoyo social	0,015	Sí
Estado emocional	0,01	Sí
Nivel de ingresos de persona cuidada	0,041	Sí
Salud física de persona cuidada	0	Sí

Tabla 1. “t” de Student. Comparación medias. (Cualitativa binaria [cansancio]). Cuantitativas

En cuanto a la significación estadística entre la integración en Cataluña y los factores de riesgo se ha encontrado tal significación con “t” de Student y Chi cuadrado en el cuidador en el apoyo social que recibe (tablas 6 y 7).

Existe fuerza estadística entre integración en Cataluña y los factores de riesgo con la *odds ratio* en el cuidador en el apoyo social que recibe (*odds 13,3*) (tabla 8).

Discusión

Los individuos cansados presentan porcentajes en la DRC y la FI diferentes a

Factor de riesgo cualitativo	p	Significación binario sobre cansancio
Cuidador		
Estado civil		
Casado/no casado	0,02	Sí
Estado emocional		
Depresión/no depresión	0,04	Sí
Apoyo social		
Apoyo / bajo apoyo	0,015	Sí
Persona cuidada		
Salud física		
Salud/no salud	0,01	Sí

Tabla 2. Chi cuadrado cualitativa binaria (cansancio). Cualitativas binarias

Dependiente	Independiente	p	Significación
Cansancio	Cuidador		
	Nivel catalán	0	Sí
	Apoyo social	0	Sí
Persona cuidada			
	Ingresos	0,01	Sí
	Salud física	0,039	Sí

Tabla 3. Regresión logística cuantitativa binaria (cansancio). Cuantitativa

otros estudios. La DRC se ha producido en un 17,3 %, Ríos encontró un 30,5 %¹³. Según nuestros datos se dio más en varones (57,9 %). Estudios de autores americanos –Navaie y Waliser¹¹– obtienen una DRC en varones del 32 % y en mujeres del 52 % con una fuerza *odds 2* (en nuestro estudio no hay significación estadística).

Factor de riesgo cuantitativo sobre cansancio	No cansados		Sí cansados
Estado civil cuidador	No casado	63,8 %	34,6 %
	Sí casado	36,2 %	65,4 %
	odds 3,328	IC 95 1,52	7,28
Depresión cuidador	No depresión	39,7 %	67,3 %
	Sí depresión	60,3 %	32,7 %
Factor protección	odds 0,31	IC 95 0,14	0,68
Apoyo social	No apoyo	32,8 %	55,8 %
	Sí apoyo	67,2 %	44,2 %
Factor protección	odds 0,386	IC 95 0,17	0,83
Salud física persona cuidada	No salud	65,5 %	92,3 %
	Sí salud	34,5 %	7,7 %
Factor protección	odds 0,15	IC 95 0,05	0,5

Tabla 4. Odds ratio cualitativa binaria (cansancio). Cualitativas binarias

Factor de riesgo cuantitativo sobre cansancio	Experiencia	Inverso	Fuerza
Cuidador			
Nivel catalán	3,43	0,29	71 %
Apoyo social	0,881	1,13	13 %
Persona cuidada			
Ingresos	3,848	0,259	74 %
Salud física	1,53	0,66	34 %

Tabla 5. Fuerza estadística regresión logística. Cuantitativa binaria (cansancio). Cuantitativa

ca en el género). Podría ser que los profesionales se atrevan a manifestar menos esta dificultad por miedo a represalias.

La FI encontrada ha sido del 30 %, dato muy similar al 36,3 % de Ríos¹³. La FI es un hecho solicitado por los cuidadores, porque sin manifestar dificultad en los cuidados demuestran interés por prestarlos mejor.

Con respecto a la significación estadística entre cansancio y algunos factores de riesgo –hipótesis de la investigación– encontramos diversos autores con los que compararnos.

La salud física de la persona cuidada tiene una odds: 0,15 y una p = 0,01, mientras que en Ríos su p = 0,007¹³. La regresión logística da una fuerza del 34 %. En

cualquier caso ambas nos indican que a mayor enfermedad hay más cansancio.

Los ingresos de la persona cuidada representan una fuerza del 74% y no ha sido encontrada por ningún otro autor. En nuestra opinión quizá sea debido a una mayor exigencia por parte del cuidador.

El estado civil de los cuidadores ha obtenido una fuerza odss: 3,328 y no hemos encontrado ningún autor que refiera esta circunstancia. Quizá sea por un aumento de carga por el trabajo del mantenimiento del propio hogar.

El apoyo social al cuidador es un importante factor de protección, ya que tiene una fuerza estadística del 13%. A mayor apoyo menor cansancio. Esta afirmación coincide con la que hace Greenberger, que nos dice que aunque la carga y el cansancio no mejoran del todo con la ayuda social, al menos sí mejora el sentimiento de cansancio²⁶. Cox nos explica que el apoyo social representa una $R^2 = 0,21$ (fuerza del 21%) del estrés personal o subjetivo (incluye el sentimiento de cansancio) y se asemeja al nuestro²⁷.

El nivel de catalán del cuidador ha presentado una fuerza en la regresión logística del 71%, pero no como factor protector como se podría esperar, sino como factor de riesgo. No hemos encontrado ningún autor que nos manifieste esta situación. En cambio, tanto el cui-

Factor de riesgo cuantitativo sobre integración en Cataluña	p	Significación
Apoyo social del cuidador	0	Sí
Tiempo que lleva en Cataluña el cuidador	0,04	Sí

Tabla 6. “t” de Student. Cualitativa binaria (integración en Cataluña). Cuantitativas

Factor de riesgo cualitativo binario sobre integración	p	Significación
Apoyo social cuidador Apoyo/no apoyo	0	Sí

Tabla 7. Chi cuadrado. Cualitativa binaria (integración en Cataluña). Cualitativas binarias

Factor de riesgo cuantitativo sobre integración	No integrados	Sí integrados
Apoyo social	No apoyo	85,2%
	Sí apoyo	14,8%
odds	IC 95	
13,3	4,17	42,58

Tabla 8. Odds ratio cualitativa binaria (integración en Cataluña). Cualitativas binarias

dador (73,6%) como la persona cuidada (66,4%) manifiestan que el uso o no del catalán no representa un problema en el desarrollo del cuidado. Pero, contrariamente, en el estudio parece que aquél que se esfuerza en un nivel alto de cata-

lán está más cansado. Quizás la causa se encuentra en que los individuos con nivel alto de catalán tienen mayor nivel de estudios, y representa un mayor esfuerzo para ellos realizar este tipo de trabajo, que quizá hacen más por obligación que por deseo, y por tanto el factor de riesgo no sería el catalán, sino el nivel de estudios alto ($R^2=0,11$; fuerza del 11%).

Se ha comprobado que la “integración en Cataluña sea un nuevo factor de riesgo frente al cansancio” no tiene significación. No hemos encontrado autores que nos hablen sobre el tema, por tanto merece ser más estudiado.

Entre las limitaciones hay que destacar la pérdida de algún candidato, ya que empezaron 140 y sólo han acabado 110 (pérdida del 21%). De éstos 55 han sido cansados y 58 no cansados (cuando en realidad necesitábamos 55 de ambos grupos), sin embargo al ser tan pequeña la diferencia la hemos encontrado suficiente. El motivo de la pérdida de los individuos puede ser que no han querido participar por cierto temor a revelar alguna situación de inmigración ilegal. En otras investigaciones de minorías de cuidadores también ha ocurrido (pérdida de hasta un 40%²¹ y en un 17%²²) alegando en ambos casos temas raciales.

Hay que añadir las limitaciones que se han presentado por el empleo de esca-

las de medición de salud física, etc., validadas para población española, pero que no están adaptadas a las diferentes culturas de los cuidadores. Varios autores (españoles e internacionales) también la han manifestado, y hasta el momento los investigadores están buscando nuevas escalas según las culturas de los cuidadores, pero hasta ahora no han sido validadas. Esta limitación se ha calculado que es de un 30%, y por tanto los datos son válidos en un 70%²¹.

Es necesario abrir propuestas de investigación y actuación: repetir investigaciones similares a la actual, pero tomando un ámbito de actuación mayor, validar y utilizar escalas adaptadas a la cultura del grupo estudiado, comprobar si es el uso del catalán o el nivel de estudios el que potencia el cansancio en el cuidador y buscar escalas de integración de los inmigrantes en Cataluña que puedan ser aplicadas a los cuidadores.

Conclusiones

1. Los cuidadores formales no profesionales inmigrantes presentan nuevos factores de riesgo en el cansancio. En la persona cuidada a más ingresos más cansancio (fuerza 74%); puede ser debido a que se produzca mayor exigencia al cuidador. En el cuidador estar casado influye

como factor de riesgo. Los casados tienen 3,328 veces más posibilidad de estar cansados, quizás por la sobrecarga del mantenimiento del hogar propio y la del cuidado; el nivel de catalán está asociado a mayor cansancio (fuerza 71 %). El nivel de estudios está asociado al nivel de catalán (fuerza 11 %). Quizás la obligación y no el deseo de realizar este tipo de trabajo puede ser el motivo de que tengan más cansancio.

2. Los factores de riesgo “clásicos” sobre el cansancio no actúan más. Se ha encontrado significación y fuerza estadística semejante a autores en los siguientes casos de la persona cuidada: salud física de la persona cuidada actúa sobre el cansancio como factor de protección¹³. Si hay mala salud tienen un 34 % de probabilidades más de dar cansancio. Del cuidador: el apoyo social es un factor de protección con 0,386 más probabilidades de no tener cansancio²⁷. El motivo puede ser que el hecho de tener red social de ayuda le puede servir de escape del estrés. La regresión logística tiene una fuerza del 13 %.

3. La integración en Cataluña no es un nuevo factor de riesgo en el cansancio, ya que no hemos encontrado significación ni fuerza estadística entre la integración y el cansancio. En cambio, sí que hemos encontrado significación y fuerza

estadística entre apoyo social y cansancio, y además también hemos encontrado significación y fuerza entre apoyo social e integración. La integración en Cataluña es del 75 %, y parece ser que se cansan tanto los integrados como los que no lo están, probablemente por un tema de no mucha diferencia cultural, ya que el cuidador es latinoamericano. Sin embargo, sí que hay relación entre el apoyo social y la integración en Cataluña. A mayor apoyo social hay más integración, de forma que tienen 13,3 más probabilidades de estar integrados aquellos que poseen apoyo social. Esto quizás sea así porque el soporte de las redes que dan ayuda social favorecen la integración en Cataluña. Como el apoyo social sí que tiene relación con la integración, quizás en otros estudios sí que aparecerá significación con el cansancio.

4. La dificultad para la realización de cuidados se da más en los varones (57,9 % frente al 42,1 % de las mujeres). Quizás puede ser que culturalmente las mujeres están más acostumbradas a realizar el cuidado. La falta de información se da casi a partes iguales entre varón y mujer. La falta de información se ha producido más (30 %) que la dificultad de la realización de cuidados (17,3 %). Esto puede significar que los cuidadores se sienten seguros en su cuidado y creen

que lo prestan bien, aunque piensan que lo pueden mejorar con más información.

5. El perfil del cuidador inmigrante formal no profesional es una persona de 32 años de media, hispanoamericano, casado y lleva 5 años en Cataluña y tres como cuidador. Entiende el catalán en un 55,5 %, está integrado en un 75 % y tiene amigos catalanes en el 80 %. Sin embargo, desea que sus hijos mantengan sus costumbres en un 41 % y el grado de apoyo social es un 43 %.

6. El perfil de la persona cuidada es de una edad media de 74 años, viudo en un 42 % y vive solo en un 32 %. Su nivel de ingresos es medio y es catalanoparlante (65 %). No cree que el catalán sea un problema para el cuidado. Tiene dependencia media en un 47,2 % y alta en un 31 %, desorientación en un 41,8 % y su estado emocional es de posible/real depresión en un 81,9 %. Presenta alteración de su nivel cognitivo en el 47 % de los casos.

7. En la práctica asistencial las enfermeras de hospitalización y los asistentes sociales de los hospitales al comprobar que la familia (cuidador informal) ha delegado en un cuidador formal no profesional inmigrante deben tener en cuenta varios temas: el cuidador inmigrante no profesional puede presentar cansancio, y por tanto repercutir en el cuidado de

nuestro paciente o persona ingresada. Entre los factores que caracterizan el cansancio del rol cuidador está la dificultad en la realización de cuidados y la falta de formación. La enfermera puede transmitir conocimientos, información y enseñar cómo realizar algunos cuidados que podría desempeñar el cuidador. Con ello se conseguirá que el cuidador no profesional no presente tanto cansancio y que el paciente esté mejor cuidado.

8. Son necesarias más investigaciones que profundicen y/o aseguren los resultados de esta investigación, sobre todo en el ámbito del apoyo social y actuaciones de enfermería que mejoren el cansancio de los cuidadores y el cuidado a las personas mayores.

Bibliografía

1. Pereda O. *La nova llei d'estrangeria entrerà en vigor a finals d'any*. Barcelona: Europa Press, 2003.
2. IMSERSO. *Las personas mayores en España. Informe 2002*. IMSERSO 2002, p. I-90.
3. Quintanilla M. *Enfermería Geriátrica*. 1.^a ed. Barcelona, 2002.
4. García López M, Rodríguez Ponce C, Toronjo AM. *Enfermería del anciano*. 1st ed. Madrid: Enfermería siglo 21, 2001.

5. Llitra E. Propuesta de un indicador de falta de apoyo informal para las personas mayores. *Intervención Psicosocial* 1998;7(1):125-41.
6. Wood S. Informal carers of people with dementia: the new national carers framework. *Nursing standard* 1999;14(13-15):41-3.
7. Wino A, Strauss E, Nordberg G, Sassi F, Johansson L. Time spent on informal and formal care giving for persons with dementia in Sweden. *Health policy* 2002;61:255-68.
8. Conesa M. Espanya ja no dóna refugi. *El Periodico de Catalunya*, 21 de junio de 2003; p. 5.
9. Fuentes A. Les llatinoamericanes acaparen els nous llocs de treball d'atenció social. *El Periodico de Catalunya*, 19 de mayo de 2003; p. 23.
10. Crockers S. Methodological issues in male caregiver research: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 2002;40(6):626-40.
11. Navaie-Waliser M, Spriggs A, Feldman P. Informal Caregiving. *Medical Care* 2002;40(12):1249-59.
12. Morano C, Bravo M. A psychoeducational model for hispanic alzheimer's disease caregivers. *The Gerontologist* 2002;42(1):122-6.
13. Ríos MA, Rueda G, Valverde AH, Mohamed F. Cansancio en el desempeño del rol cuidador. *Metas* 2001;38:30-6.
14. Bourgeois M, Burgio L. Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: a review and analysis of content, process and outcomes. *International Journal Aging Human Development* 1996;43(1):35-76.
15. Dilworth Anderson P, Cantz Williams I, Gibson B. Issues of race, ethnicity and culture in caregiving research: a 20 year review (1980-2000). *The Gerontologist* 2002;42(2):237-72.
16. Nagatomo I, Takigawa M. Mental status of the elderly receiving home health services and the associated stress of home helpers. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13(1):57-63.
17. NANDA: North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002*. 1st. ed. Madrid: Elsevier, 2002.
18. Solé C. *Trabajadores extranjeros en Cataluña. ¿Integración o racismo?* 1st. ed. Madrid, 1991.
19. Alonso X, Artigas S, Canals A, Cuevas R. *Debats d'immigració a Catalunya. Aportacions de la societat civil*. 1st. ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 3 A.D.

- 20.** Guillen F. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson, 1994.
- 21.** Ford M, Havstad S, Hill D, Kart C. Assessing the reliability of four standard health measures in a sample of older, urban adults. *Research on aging* 2000;22(6):774-96.
- 22.** Haley W, West C, Wadley V, Ford G, White F, Barret J et al. Psychological, social and health impact of caregiving: a comparison of black and white dementia family caregivers and noncaregivers. *Psychology and Aging* 2003;10(4):540-52.
- 23.** Pruchno R, Patrick JH. Mothers and fathers of adults with chronic disabilities. Caregiving appraisals and well-being. *Research on Aging* 1999; 21(5):682-713.
- 24.** Zarit SH, Leitsch SA. Developing and evaluating community based intervention programs for Alzheimer's patients and their caregivers. *Aging Mental Health* 2001;5(Suppl 1):S84-S98.
- 25.** Lampley V, Mold J, Flory D. Perceived needs of African-american caregivers of elders with dementia. *Journal of the National Medical Association* 2001;93(2):47-57.
- 26.** Greenberger H, Litwin H. Can burdened caregivers be effective facilitators of elder care-recipient health care? *J Adv Nurs* 2003;41(4):332-41.
- 27.** Cox C, Monk A. Strain among caregivers: comparing the experiences of african american and hispanic caregivers of alzheimer's relatives. *International Journal Aging Human Development* 1996;43(2):93-105.