

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I



TESIS DOCTORAL

Conciliación de la vida laboral y el cuidado de mayores dependientes

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Ana Teresa Piccini Larco

Directora
María Crespo López

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y

Tratamiento Psicológico I



TESIS DOCTORAL

**CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y EL CUIDADO DE
MAYORES DEPENDIENTES**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA

POR

Ana Teresa Piccini Larco

BAJO LA DIRECCIÓN DE LA DOCTORA

María Crespo López

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y

Tratamiento Psicológico I



Tesis Doctoral

**Conciliación de la vida laboral y el cuidado de mayores
dependientes**

Doctorando: Ana Teresa Piccini Larco

Directora: María Crespo López

Madrid, 2015

A todas aquellas personas que me quieren

AGRADECIMIENTOS

“El agradecimiento es la memoria del corazón”

Lao-Tsé

Este estudio ha sido posible gracias a la colaboración de muchas personas que directa e indirectamente me han ayudado y apoyado durante todo el proceso, por lo que me gustaría dedicarles unas pequeñas líneas de agradecimiento.

En primer lugar agradecer a la directora de esta tesis, María Crespo López, por su infinita paciencia, orientación, comprensión y guía desde el inicio de este largo camino que ha supuesto esta tesis doctoral. Día a día he intentado aprender de sus comentarios, sugerencias y críticas, sin todo ello no hubiese sido posible. Gracias María de corazón...

A todos los cuidadores, quienes generosamente me dieron “parte de ese tiempo que no tienen” y compartieron conmigo sus experiencias y sentimientos. A todos los centros e instituciones que han colaborado en esta investigación (CREA –Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias Salamanca, AFA Zamora- Asociación de familiares y amigos de enfermos de Alzheimer y otras demencias, AFAL Contigo- Asociación para las familias con Alzheimer Madrid, y los Centros Municipales de día del Ayuntamiento de Madrid gestionados por ASISPA- Fray Luis de León, Pamplona, Carmen Laforet, Canal de Panamá y Leñeros).

De forma especial me gustaría agradecer a Rebeca Cáceres Alfonso (CREA) y a María Rodríguez Poyo (AFA Zamora), por su ayuda desinteresada, implicación y facilidades para contactar con muchos de los participantes de este estudio.

Agradecer también a mis compañeras de investigación, Mar Gómez Gutiérrez y Violeta Fernández Lansac, por su apoyo constante y ánimos durante todo este proceso, alentándome y escuchándome desinteresadamente en todo momento.

A mi familia, en especial a mi madre, quien a lo largo de toda mi vida me ha apoyado y motivado a salir adelante, a saber, que con empeño las cosas se pueden lograr.

A mi padre, aunque ya no está conmigo, sus enseñanzas y amor incondicional me acompañan siempre.

A mis amigos, en especial a Marianna que ha estado conmigo siempre; a quienes estuvieron en el principio y ahora no están y sobre todo a quienes han permanecido a mi lado durante todo este tiempo. Muchas gracias a todos.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PARTE TEÓRICA

RESUMEN	17
ABSTRACT	23
1. INTRODUCCIÓN	31
2. EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y LA NECESIDAD DE CUIDADOS	34
2.1 LA POBLACIÓN MAYOR EN EL MUNDO Y ESPAÑA	34
2.2 LA DEPENDENCIA Y LA NECESIDAD DE CUIDADOS EN LOS MAYORES DEPENDIENTES	37
2.3 EL SISTEMA FAMILIAR COMO PRINCIPAL FUENTE DE CUIDADOS	39
3. LOS EFECTOS DEL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EN EL CUIDADOR	40
3.1 EL ÉSTRES EN EL CUIDADOR	40
3.2 LAS CONSECUENCIAS DEL CUIDADO	44
3.2.1 <i>Efectos en la salud emocional</i>	44
3.2.2 <i>Efectos en la salud física</i>	47
3.2.3 <i>Repercusiones sociales</i>	49
3.2.4 <i>Efectos Positivos</i>	49
4. LA COMPATIBILIZACIÓN DEL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES Y EL EMPLEO	52
4.1 TEORÍA DEL AGOTAMIENTO VS. TEORÍA DEL ENRIQUECIMIENTO	53
4.2 EFECTOS EN EL TRABAJO Y EL CUIDADO	59
4.3. EFECTOS EN EL ESTADO EMOCIONAL DEL CUIDADOR	63
5. CONCLUSIONES	82

PARTE EMPÍRICA

6. PLANTEAMIENTO GENERAL, OBJETIVOS E HIPÓTESIS .	89
6.1 OBJETIVOS	90
6.2 HIPÓTESIS	91

7. MÉTODO	98
7.1 PARTICIPANTES	98
7.2 DISEÑO Y VARIABLES	99
7.3 MATERIALES E INSTRUMENTOS	100
7.3.1 <i>Instrumentos Heteroaplicados</i>	101
7.3.1.1 Entrevista Estructurada.....	101
7.3.1.2 Cuestionario de Apoyo Social de Saranson. Versión Breve Revisada ..	103
7.3.1.3 Escala de Deterioro Global.....	104
7.3.1.4 Índice de Actividades de la vida Diaria de Katz.....	105
7.3.2. <i>Instrumentos Autoaplicados</i>	106
7.3.2.1 Listado Revisado de Problemas de Memoria y de Conducta	106
7.3.2.2 Escala de Sobrecarga del Cuidador	107
7.3.2.3 Escala de Sobrecarga del rol; Escala de Cautividad del rol y Escala de Preocupación y Tensión.....	108
7.3.2.4 Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	110
7.3.2.5 Escala de Afecto Positivo y Negativo	111
7.3.2.6 Escala de Conflicto entre rol Trabajo-Cuidado	112
7.4 PROCEDIMIENTO	114
7.4.1 <i>Diseño y elaboración de las baterías de evaluación</i>	114
7.4.2 <i>Estudio Piloto</i>	115
7.4.3 <i>Captación de los participantes</i>	115
7.4.4 <i>Recogida de datos</i>	116
7.5 ANÁLISIS DE DATOS	117
8. RESULTADOS	120
8.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES	120
8.1.1 <i>Características de los cuidadores, los receptores de cuidados, su relación y el apoyo</i>	120
8.1.2 <i>Estado emocional, recursos y hábitos de salud de los cuidadores</i>	125
8.1.3 <i>Situación laboral de los cuidadores</i>	129
8.2 EFECTOS LABORALES DE LA COMPATIBILIZACIÓN DEL CUIDADOY EL TRABAJO	131
8.2.1 <i>Diferencias en los efectos laborales de la compatibilización del trabajo y el cuidado entre cuidadores que trabajan y aquellos que han dejado de trabajar</i>	134

8.3 EFECTOS LABORALES DE LA COMPATIBILIZACIÓN DEL CUIDADO Y DEL TRABAJO EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS CUIDADORES ..	137
8.3.1 Diferencias en el estado emocional de los cuidadores que trabajan y no trabajan	137
8.3.2 Diferencias en el estado emocional de los cuidadores que trabajan y aquellos que han dejado de trabajar.....	140
8.3.3 Diferencias en el estado emocional de los cuidadores que trabajan en función de su experiencia laboral.....	143
8.3.4 Diferencias en el estado emocional de los cuidadores que trabajan en función del género, parentesco y experiencia laboral	150
9. DISCUSIÓN.....	161
9.1 CONTRASTE DE HIPÓTESIS	161
9.2 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	188
9.2.1 Participantes	188
9.2.2 Estado emocional de los cuidadores	191
9.3 EFECTOS LABORALES DE LA COMPATIBILIZACIÓN DEL TRABAJO Y EL CUIDADO	193
9.4 ESTADO EMOCIONAL Y SITUACIÓN LABORAL	196
9.5 EFECTO DE LA EXPERIENCIA LABORAL EN EL ESTADO EMOCIONAL DEL CUIDADOR	198
9.6 EFECTO DEL GÉNERO, EL PARENTESCO Y LA EXPERIENCIA LABORAL EN EL ESTADO EMOCIONAL DEL CUIDADOR	203
9.7 LIMITACIONES Y APORTACIONES DEL ESTUDIO	207
9.8 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	209
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	215
11. ANEXOS.....	236
Anexo 1: Bateria Heteroaplicada.....	237
Anexo 2: Bateria Autoaplicada	251
Anexo 3: Consentimiento informado.....	259

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 4.1. Estudios que valoran el estado emocional y las interferencias en el trabajo de los cuidadores de mayores dependientes.....	66
Tabla 7.1. Variables e instrumentos de evaluación.	110
Tabla 7.2. Modificaciones realizadas en la entrevista estructurada tras el estudio piloto.....	115
Tabla 8.1. Características de los de cuidadores de la muestra.	120
Tabla 8.2. Características de los receptores de cuidados de la muestra	122
Tabla 8.3. Características de la relación entre los cuidadores de la muestra y los receptores de cuidado a los que prestan apoyo	123
Tabla 8.4. Características del apoyo que prestan los cuidadores de la muestra.....	125
Tabla 8.5. Puntuaciones en las variables indicadoras de los efectos del cuidado en los cuidadores de la muestra.....	128
Tabla 8.6. Cambios en las conductas relacionadas con los hábitos de salud de los cuidadores de la muestra.....	129
Tabla 8.7. Situación laboral de los cuidadores de la muestra.	131
Tabla 8.8. Efectos laborales de la compatibilización del cuidado y el trabajo en los cuidadores de la muestra.....	134
Tabla 8.9. Diferencias en las principales interferencias laborales en los cuidadores de la muestra en función de aquellos que se mantienen en la fuerza laboral frente a los que la han abandonado	136
Tabla 8.10. Análisis de ajuste a la distribución normal de las variables indicadoras de los efectos del cuidado en los cuidadores de la muestra.....	137
Tabla 8.11. Diferencias en el estado emocional de los cuidadores de la muestra en función de la situación laboral	140
Tabla 8.12. Diferencias en el estado emocional de los cuidadores de la muestra en función de aquellos que se mantienen en la fuerza laboral frente a los que han dejado de trabajar por diversos motivos	143
Tabla 8.13. Correlaciones entre las variables Experiencia laboral positiva, el Conflicto trabajo-cuidado y el Balance experiencia laboral-cuidado con el estado emocional de los cuidadores trabajadores de la muestra (n=81)	144
Tabla 8.14. Diferencias en el estado emocional de los cuidadores trabajadores de la muestra según alto vs. bajo conflicto trabajo-cuidado (n=81).....	146

Tabl 8.15. Diferencias en el estado emocional de los cuidadores trabajadores de la muestra según alta vs. baja experiencia laboral positiva (n=81).....	148
Tabla 8.16. Diferencias en el estado emocional de los cuidadores trabajadores de la muestra según alto vs. bajo balance experiencia laboral-cuidado (n=81)	150
Tabla 8.17. Efectos principales e interacciones entre género, parentesco y conflicto trabajo-cuidado en los cuidadores trabajadores de la muestra (n=81).	154
Tabla 8.18. Diferencias en el estado emocional de los cuidadores trabajadores de la muestra en función del género y el parentesco (n=81).....	155
Tabla 8.19. Efectos principales e interacciones entre género, parentesco y experiencia laboral positiva en los cuidadores trabajadores de la muestra (n=81).....	157
Tabla 8.20. Efectos principales e interacciones entre género, parentesco y el balance experiencia laboral-cuidado en los cuidadores trabajadores de la muestra (n=81)...	160

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Comparación pirámide de población española 2008 y 2014	35
Figura 2.1 Modelo del Proceso del Estrés.	43
Figura 8.1. Porcentaje de cuidadores con distintos niveles de sobrecarga (n=123)..	126
Figura 8.2. Porcentaje de cuidadores con posible presencia de sintomatología depresiva (n=123).....	127
Figura 8.3. Efecto de la interacción entre el género y el parentesco en los niveles de preocupación y tensión en los cuidadores trabajadores de la muestra (n=81).....	153
Figura 8.4. Efecto de la interacción entre el género y el parentesco en los niveles de afecto positivo en los cuidadores trabajadores de la muestra (n=81).....	156

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Numerosas investigaciones en las últimas tres décadas han proporcionado evidencia empírica que permiten afirmar que el cuidado supone ser una fuente de estrés crónico con consecuencias negativas en la salud emocional y física de los cuidadores de personas mayores dependientes (Pinquart y Sörensen, 2003, 2007). De hecho, esta situación puede complicarse si a la tarea de cuidar, se le añaden otras responsabilidades o roles; el conflicto entre ellos y las consecuencias pueden ser aun mayores (Goode, 1960).

Tradicionalmente, la principal fuente de ayuda y cuidado a las personas mayores dependientes sigue estando proporcionada fundamentalmente por las familias, en especial, por las mujeres (IMSERSO, 2005; Schulz y Martire, 2004). Sin embargo, la creciente participación de éstas en el mercado laboral y el incremento paulatino del número de cuidadores hombres, ofrece una nueva visión de la estructura y dinámica familiar en relación a los cuidados, puesto que las responsabilidades asociadas al desempeño de un trabajo pueden llegar a ser incompatibles con las demandantes tareas que supone el cuidado.

Según los modelos de estrés del cuidador (Aneshensel, Pearlin, Mullan Zarit y Whitlach, 1995; Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990), el hecho de simultanear varios roles (e.g., cuidador y trabajador) contribuiría a un incremento del estrés del cuidador, por la llamada “sobrecarga de rol” y también por la multiplicación del estrés, con la que se hace referencia a los estresores que, en relación con el cuidado, aparecen en los otros roles que desempeña el cuidador (e.g., en el trabajo, cuando ha de pedir permiso para acompañar al mayor al médico, o cuando llega tarde al trabajo a causa de alguna

incidencia en el cuidado). Sin embargo, los resultados al respecto parecen inconsistentes pudiendo el hecho de desempeñar un trabajo adicional a las tareas de cuidado tener repercusiones positivas en los cuidadores que desempeñan ambos roles, e incluso un efecto amortiguador del estrés.

Así se han desarrollado dos perspectivas teóricas claras pero contrapuestas para explicar los efectos de los múltiples roles en la salud emocional y bienestar de los cuidadores que deben compaginar el cuidado con un trabajo remunerado: a) *la teoría del enriquecimiento* (Marks, 1977; Sieber, 1974), la cual postula que la combinación de diferentes roles puede tener un efecto positivo en la salud; y b) *la teoría del agotamiento o escasez de recursos* (Goode, 1960), que sugiere una asociación negativa entre los múltiples roles u obligaciones y la salud.

OBJETIVOS

La presente tesis doctoral se plantea como objetivo analizar los efectos laborales de la compatibilización del trabajo y el cuidado que presentan los cuidadores de personas mayores dependientes, así como conocer las repercusiones que éstos pueden tener en el estado emocional de los cuidadores, estableciendo las características moduladoras de tal efecto y tomando como referencia nuestro entorno sociocultural. Con todo ello se pretende avanzar en el conocimiento de los problemas en la conciliación laboral y el cuidado y sus efectos en el estado emocional de los cuidadores. De esta forma se podrá contribuir en la elaboración de estrategias necesarias que permitan al cuidador trabajador cuidar de forma deseable al ser querido y, al mismo tiempo, se consiga un nivel de desarrollo profesional satisfactorio.

MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio transversal con una muestra de 123 (81 cuidadores trabajadores y 42 cuidadores no trabajadores) cuidadores familiares de mayores

dependientes captados a través de diversos centros e instituciones de atención a personas mayores. La recogida de información se efectuó mediante dos baterías de evaluación compuestas por diferentes instrumentos de medida, una en formato heteroaplicado y la otra en formato autoaplicado.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta principalmente por mujeres, casadas, hijas del receptor de cuidados y con una edad media de 52,91 años. La mayoría de ellas contaba con estudios de segundo grado o universitarios y un 65,9% se encontraban en el momento de la evaluación compaginando la asistencia de un familiar mayor dependiente con un trabajo remunerado.

En relación a las principales *interferencias laborales* que se encontraron en los cuidadores por la dualidad de responsabilidad a las que se enfrentan estuvieron: recibir llamadas telefónicas frecuentes durante la jornada laboral sobre asuntos relativos al mayor, tener que ausentarse de manera imprevista, llegar tarde o inclusive tener que faltar injustificadamente. A pesar de ello, la mayoría de los cuidadores no han pensado nunca en renunciar para centrarse exclusivamente en el cuidado; inclusive la percepción general es tener pocos problemas de compatibilización. En general, la valoración de los cuidadores sobre la vivencia de experiencias laborales positivas priman si se comparan con los conflictos trabajo-cuidado que puedan surgir en el ámbito laboral.

Con respecto al *estado emocional de los cuidadores*, no se encontraron diferencias en ninguna de las variables evaluadas entre los grupos de cuidadores trabajadores y los cuidadores que han trabajado en el pasado pero no lo hacen en la actualidad, ni entre los cuidadores trabajadores y los cuidadores no trabajadores. En general, los cuidadores de este estudio se muestran poco afectados emocionalmente con independencia de su situación laboral.

En relación a las *diferencias en el estado emocional de los cuidadores trabajadores en función de la experiencia laboral*, los cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado se encuentran emocionalmente más afectados, presentando niveles más elevados de carga, depresión, afecto negativo, sobrecarga del rol, cautividad del rol y preocupación y tensión, y menores niveles de afecto positivo y balance afectivo que los cuidadores con bajo conflicto. En general, la experimentación de mayores niveles de conflicto trabajo-cuidado está asociado a un mayor malestar emocional en el cuidador.

En relación a las vivencias laborales positivas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el estado emocional de los cuidadores con altas y bajas experiencias laborales positivas. Únicamente se hallaron diferencias significativas en el afecto positivo, presentando los cuidadores con altas experiencias laborales positivas puntuaciones mayores en afecto positivo en comparación con el grupo de bajas experiencias laborales positivas.

Con respecto al balance experiencia laboral-cuidado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables evaluadas (i.e., carga, depresión, afecto positivo y negativo, balance afectivo, sobrecarga del rol, cautividad del rol y nivel de preocupación y tensión) entre ambos grupos, estando los cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado (i.e., con predominio de experiencias laborales positivas sobre las negativas) emocionalmente mejor en comparación con los de bajo balance experiencia laboral-cuidado (i.e., con predominio de experiencias laborales negativas sobre las positivas).

Finalmente, los datos obtenidos apuntan que el género es un factor central que influye en el malestar emocional de los cuidadores trabajadores en los tres tipos de experiencias laborales estudiadas en esta investigación. Las mujeres trabajadoras de este estudio experimentan niveles de carga, afecto negativo, sobrecarga del rol, cautividad

del rol y preocupación y tensión mayores que los hombres. Sin embargo, en el caso del parentesco esta variable no ha mostrado estar relacionada con un peor estado emocional de los cuidadores trabajadores.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio confirman que los cuidadores trabajadores no se encuentran emocionalmente más afectados por la duplicidad de roles a los que se ven expuestos; por lo tanto, se inclinan hacia la hipótesis de la *teoría de enriquecimiento o expansión de recursos* (Marks, 1977; Sieber, 1974). Esto lleva a la conclusión que la situación laboral *per se* de los cuidadores no afecta significativamente su estado emocional y a plantear si la repercusión que ésta situación puede tener en su estado emocional estará mediada por la valoración o interpretación que realice de su situación personal (i.e., coste beneficio del binomio trabajo-cuidado).

En esta línea, al igual que otras investigaciones (Edwards, Zarit, Stephens y Townsend, 2002; Stephens, Franks y Atienza, 1997), en este estudio la satisfacción laboral (i.e., conjunto de aspectos que el cuidador trabajador valora positivamente de su trabajo) y la vivencia de situaciones positivas en el trabajo se asocia con un mejor estado emocional, lo cual es un indicador claro de bienestar general (Aryee, Srinivas y Tan, 2005). De esta forma, la satisfacción laboral puede servir de un amortiguador importante de los efectos negativos que pueden surgir en el cuidador por las demandas del cuidado. Por lo tanto, el enriquecimiento que se produce por este binomio puede contribuir a mejorar la satisfacción del rol de cuidador y a un aumento de actitudes positivas hacia el trabajo. Así, un cuidador que se siente altamente motivado y de buen humor tras un día de trabajo, probablemente responderá también de forma positiva, paciente y agradable al llegar a atender al familiar mayor dependiente.

En definitiva, conocer los efectos que puede tener en el cuidador la duplicidad de roles al experimentar conflictos entre el trabajo y el cuidado, permitirá elaborar estrategias de intervención concretas que ayuden a aminorar los efectos negativos que se pueden producir, teniendo en cuenta las necesidades específicas de los cuidadores (i.e., niveles de carga, presencia de sintomatología depresiva) y factores de riesgo asociados a ellos (e.g., cuidadoras mujeres con menos nivel educativo). Así pues, las intervenciones deben producirse en dos niveles: individual y organizacional. A nivel organizacional, es necesario el diseño de políticas institucionales de conciliación que faciliten acuerdos laborales más flexibles (e.g., flexibilidad horaria, teletrabajo), que se desarrollen culturas organizacionales de mayor apoyo a los trabajadores (e.g., ofertar actividades de ocio o sociales), y que aumenten los accesos a recursos formales de apoyo.

Palabras clave: *empleo, conflicto de roles, balance trabajo-cuidado, cuidadores, mayores dependientes, demencia.*

ABSTRACT

INTRODUCTION

Numerous studies carried out over the last three decades have provided empirical evidence that caregiving is a source of chronic stress with negative consequences on the emotional and physical health of caregivers of dependent elderly (Pinquart & Sörensen, 2003, 2007). This situation may become more complicated if other responsibilities or roles are added to caregiving; the conflict between these, as well as the consequences, may be even greater (Goode, 1960).

Traditionally, the main source of support and care for the dependent elderly continues to be given by families, especially by women (IMSERSO, 2005; Schulz & Martire, 2004). However, the increasing female participation in the labor market and the gradual increase of male caregivers offer a new perspective of the family structure and dynamics in relation to caregiving, since the responsibilities associated with having a paid work can be incompatible with the demanding tasks of caregiving.

According to the stress process model of caregiving (Aneshensel, Pearlin, Mullan Zarit & Whitlatch, 1995; Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990), having concurrent roles (e.g., caregiver and worker) contributes to caregiver stress, due to the so-called “role overload”, as well as stressors related to caregiving that appear in other roles a caregiver plays (e.g., in the workplace, when it is necessary to ask for time off to take the care recipient for a doctor’s appointment, or when one arrives late to work because of an incident related to caregiving). However, results appear to be inconsistent and inconclusive, since combining work and elder care responsibilities can have positive effects on caregivers that play both roles, and may even have a stress-buffering effect.

Therefore, two clear but opposing theoretical perspectives have been developed to explain the effects of combining work and elder care responsibilities on the emotional health and well-being of caregivers: a) *enrichment theory* (Marks, 1977; Sieber, 1974), which postulates that combining different roles have a positive effect on caregivers; and b) *the theory of depletion or scarcity of resources* (Goode, 1960), which suggests a negative association between multiple roles and the caregiver's well-being.

OBJECTIVES

The aim of this doctoral dissertation is to analyze the labor effects of reconciliation caregiving and employment in family caregivers of dependent elderly, and to examine the impact that these situation may have on caregivers' psychological well-being, establishing moderating characteristics of these effects and taking our sociocultural context as a reference. This is intended to progress in the existing knowledge about employment and caregiving and their effects on the emotional state of employed caregivers. Therefore, this study may contribute to propose strategies that enable working caregivers to take care of their loved ones and, at the same time, achieves a satisfactory level of professional development.

METHOD

A cross-sectional study was conducted with a sample that included 123 (81 employed and 42 non-employed) family caregivers of dependent elderly relatives recruited through different family associations and senior care centers. Information gathering was carried out by using two batteries made up of different measurement instruments: a) semi-structured interview, and b) standardized questionnaires (in a self-administered format).

RESULTS

Most of the caregivers in the sample were women and married, daughters of the care recipient, with a mean age of 52.91 years. The majority of these women had secondary or higher education, and 65.9% were simultaneously involved in caring for a dependent elderly relative and employment at the time they were assessed.

In relation to the main *work interferences* found among caregivers due to their dual responsibility were: receiving frequent telephone calls during working hours about matters related to the care recipient, having to take time off unexpectedly, arriving late or even having unexcused absences from work. Despite this, the majority of the caregivers have never thought of resigning in order to focus exclusively on being a caregiver; in fact, their overall perception was that they have few problems combining their roles. In general, caregivers feel that their positive work experiences prevail over conflicts between their jobs and being a caregiver that may arise in the workplace.

Regarding to *caregivers' emotional state*, no differences in any dependent variables were found between groups of employed caregivers and caregivers that had been employed in the past but are not currently, or between employed caregivers and non-employed caregivers. In summary, caregivers in this study were not found to be emotionally distressed, regardless of their employment status.

In relation to *differences in the emotional state of employed caregivers in relation to their working experience*, caregivers with a high level of work-caregiving conflict were more emotionally distressed; they had higher levels of burden, depression, negative affect, role overload, role captivity, worry and strain, and lower levels of positive affect and affective balance than caregivers with a low level of conflict. In general, higher levels of work-caregiving conflict were associated with greater emotional distress in caregivers.

Regarding positive work experiences, no significant differences were found in the emotional state of caregivers with high and low levels of positive work experiences. Significant differences were only found in positive affect. Caregivers with a high level of positive work experiences scored higher in positive affect in comparison with the group with low levels of positive work experiences.

With regard to balancing work and caregiving, significant differences between the two groups were found on all the measures assessed (i.e., burden, depression, positive and negative affect, affective balance, role overload, role captivity, worry and strain). Caregivers with a good experience balancing work and caregiving (i.e., where positive work experiences prevail over negative ones) were doing better emotionally in comparison with those with a poor experience balancing work and caregiving (i.e., where negative work experiences prevail over positive ones).

Lastly, the data obtained indicates that gender is a central factor that influences emotional distress of employed caregivers in the three types of work-related experiences studied. Women caregivers in this study experience higher levels of burden, negative affect, role overload, role captivity, and worry and strain than their men counterparts. However, in the case of kinship, this variable has not been shown to be related to a worse emotional state on employed caregivers.

CONCLUSIONS

The results of this study set out that employed caregivers are not affected emotionally by their dual role; therefore, they lean to support the *expansion theory or enrichment* (Marks, 1977; Sieber, 1974). Our findings suggest that employment status *per se* does not affect emotionally to the caregivers and propose that the effect of this situation on their emotional state depends on their personal evaluation or interpretation of the situation (i.e., cost-benefit of combining work and caregiving).

In this study, as in others (Edwards, Zarit, Stephens & Townsend, 2002; Stephens, Franks & Atienza, 1997), job satisfaction (i.e., set of aspects of a working caregiver's job that he or she considers to be positive) and positive work experiences are associated with a better emotional state, which is a clear indicator of psychological well-being (Aryee, Srinivas & Tan, 2005). In this sense, job satisfaction can serve as an important buffer of potential negative effects of caregiving demands. Therefore, the enrichment produced by this dual role can contribute to improvement in satisfaction with one's caregiver role and an increase in positive attitudes toward work. A caregiver that feels highly motivated and is in a good mood at the end of the work day will likely be positive, patient and pleasant when he or she arrives to care for a frail elderly relative.

Ultimately, knowing the potentially debilitating effects that a dual role of employee/caregiver may have on an individual when they experience work-caregiving conflict, may contribute to develop intervention strategies that help to mitigate any negative effects, taking into account caregivers' specific needs (i.e., burden levels, depressive symptoms) and risk factors associated with them (e.g., female caregivers, less education level). Therefore, interventions must take place on both the individual and organizational levels. On the organizational level, it is necessary to design institutional reconciliation policies that facilitate flexible work arrangements (e.g., flexible work schedules, telecommuting), develop organizational cultures that provide employees' better support (e.g., leisure or social activities), and increase access to formal services resources.

Key words: *employment, role conflict, balancing work-caregiving, caregivers, frail elderly, dementia.*

PARTE TEÓRICA

PARTE TEÓRICA

*“Al no reconocer y valorar la labor del cuidador,
corremos el peligro de quedarnos sin ellos”*

(MacDonald, Phipps y Lethbridge, 2005).

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la investigación científica ha puesto de manifiesto de manera consistente que los cuidadores no profesionales, en su mayoría familiares de mayores dependientes, están, por el hecho de serlo sometidos a una situación de estrés crónico con importantes repercusiones en su salud mental, física y su bienestar (e.g., Pinquart y Sörensen, 2003, 2007; Schulz y Beach, 1999; Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995; Vitaliano, Zhang y Scanlan, 2003). Esta situación puede agravarse e intensificar la sintomatología en el caso de que el mayor al que asista padezca algún tipo de demencia (Pinquart y Sörensen, 2003). Adicionalmente, si a la tarea de cuidar, se le añade el hecho de tener otras responsabilidades o roles, el conflicto entre ellos y las consecuencias pueden ser aun mayores (Goode, 1960). De hecho, en muchas ocasiones las responsabilidades asociadas al trabajo pueden llegar a ser incompatibles con las exigencias que conlleva ser cuidador. Inclusive, a menudo el tiempo que se invierte en el cuidado de un familiar mayor dependiente puede llegar a equivaler a un trabajo a tiempo completo (Schulz et al., 2003). Por este motivo, en los últimos años ha emergido un volumen creciente de literatura destinada a comprender el papel del empleo como una fuente de tensión y estrés que aumenta la carga y el estrés del cuidador, todo ello enmarcado dentro del modelo de estrés en cuidadores propuesto por Pearlin et al. (1990). Sin embargo, los resultados al respecto parecen inconsistentes y en ocasiones contradictorios, pudiendo el hecho de combinar el trabajo y el cuidado no aumentar la tensión en el rol ni suponer una mayor sobrecarga en los cuidadores (Dautzenberg,

Diederiks, Philipsen, Stevens, Tan y Vernooij-Dassen, 2000). De hecho, desempeñar un trabajo adicional al cuidado puede tener repercusiones positivas en los cuidadores que desempeñan ambos roles (Scharlach, 1994; Stoller y Pugliesi, 1989).

Así, en la actualidad se han planteado dos perspectivas claras pero muy diferentes para explicar y describir el efecto que puede tener en los cuidadores el hecho de tener un empleo remunerado y tener que asumir el cuidado de un familiar dependiente. Por un lado, la *teoría del enriquecimiento* (Marks, 1977; Sieber, 1974), argumenta que desempeñar varios roles ofrece a los cuidadores múltiples recursos instrumentales y afectivos que mejoran su desempeño en los distintos ámbitos tanto personal como laboral, ofreciéndoles la posibilidad de enriquecerse con conocimientos, habilidades, seguridad psicológica, confianza y sentimientos de logro. Así el empleo sería una valiosa fuente de respiro de las obligaciones y responsabilidades propias del cuidado, una fuente de crecimiento y satisfacción personal, representando además un suministro importante de recursos financieros que mejoran el estilo de vida de los cuidadores, así como una fuente de acceso a interacciones sociales que contribuyen a formar fuentes de apoyo social importantes (Bainbridge, Cregan y Kulik, 2006; Chumbler, Pienta y Dwyer, 2004; Kramer y Kipnis, 1995).

Por otro lado, estaría la *teoría del agotamiento o escasez de recursos* (basada en la teoría de conflictos de roles de Goode, 1960) la cual sugiere que el “compromiso” que se tiene al asumir un rol, reduce los recursos y la energía que necesita un individuo para hacer frente a otros “compromisos” (Covinsky et al., 2001; Fredriksen-Goldsen y Scharlach, 2006; Kemp y Rosenthal, 2001; Pavalko y Woodburry, 2000). De esta manera, como consecuencia de la falta de conciliación, la falta de tiempo y las dificultades surgidas al tratar de sacar horas “de donde sea posible”, los cuadros de estrés y los problemas de salud se convierten en condiciones habituales para muchos

cuidadores trabajadores (Gordon, Pruchno, Wilson-Genderson, Marcinkus y Rose, 2012).

Mediante esta tesis doctoral se pretende profundizar en el conocimiento sobre el estado emocional de los cuidadores trabajadores y los principales problemas laborales que pueden presentar al tener que llevar a cabo ambas tareas. Actualmente, existe un número importante de cuidadores que han tenido que abandonar la vida laboral para centrarse exclusivamente en el cuidado del familiar mayor dependiente por verse imposibilitados de seguir adelante con ambas responsabilidades, teniendo que optar por el cuidado del ser querido, con lo que ello también supone. Dicha problemática, en la actualidad afecta más a las mujeres, a pesar de que en los últimos años se ha conseguido una participación más equilibrada de hombres y mujeres en el mercado laboral. Sin embargo, las mujeres siguen asumiendo la mayor parte de las responsabilidades familiares y domésticas. En España, al igual que en muchos otros países, la familia, y en especial la mujer siguen teniendo un papel relevante en el cuidado de los adultos mayores dependientes (Roger-García, 2010a). Por lo tanto, el impacto sobre la participación de hombres y mujeres en el mercado de trabajo cuando hay que dedicar tiempo al cuidado de las personas dependientes es el reflejo no sólo de un desigual reparto de responsabilidades familiares, sino también de la falta de servicios o servicios muy caros, a los que pocos pueden acceder para el cuidado de las personas dependientes y la falta de oportunidades para conciliar trabajo y el cuidado de una familiar con dependencia.

El contenido del presente trabajo se ha estructurado en dos grandes apartados. En el primero de ellos se recogen los aspectos teóricos y en el segundo de ellos la descripción del trabajo empírico de la investigación, desde los objetivos e hipótesis planteadas, la metodología y los resultados obtenidos.

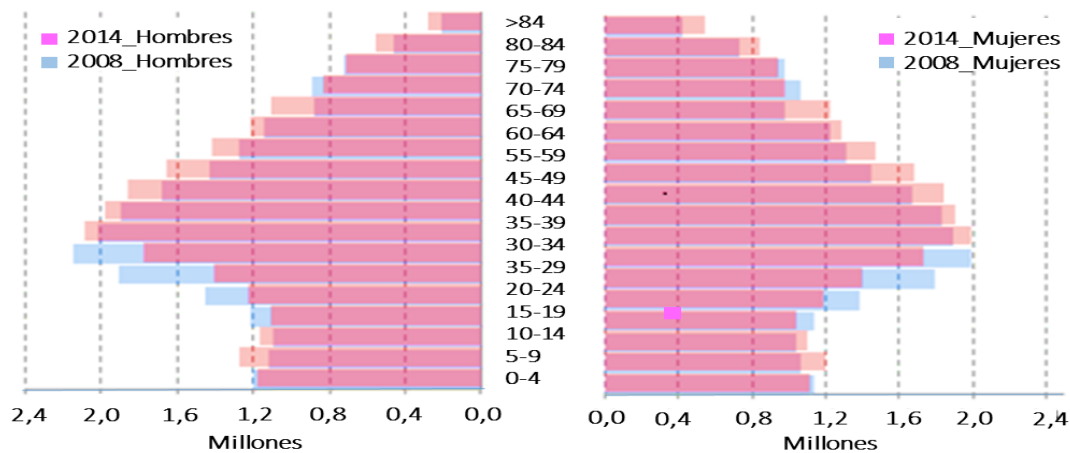
2. EL ENVEJECIMIENTO PROBLACIONAL Y LA NECESIDAD DE CUIDADOS

2.1 LA POBLACIÓN MAYOR EN EL MUNDO Y ESPAÑA

El envejecimiento de la población mundial, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, es un indicador de la mejora de la salud mundial. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la población de 60 años o más, a nivel mundial, es de 650 millones, y se calcula que en 2050 alcanzará los 2.000 millones. En los próximos cinco años, el número de personas mayores de 65 años será superior al de niños menores de cinco años (OMS, 2013).

España no es ajena a este proceso de envejecimiento (INE, 2010). De hecho la población actual de nuestro país se sitúa en 46.507.760 personas según datos del Censo de Población y Vivienda de 2014 (INE, 2014), lo cual supone un 0,47 menos de habitantes respecto al año anterior (220 mil personas). Este descenso en la población se ha concentrado principalmente en los grupos de edades comprendidas entre los 15-34 años y los 0-4 años. No obstante, este descenso ha supuesto un aumento de la población a partir de los 35 años; por lo tanto empezamos a notar un envejecimiento de la población. En la Figura 1.1., se muestra los datos de la población a principios de 2014 y cómo ha cambiado respecto al año 2008.

Figura 1.1. Comparación pirámide de población española 2008 y 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2008, 2014).

Se estima que Europa perderá 9 millones de menores de 14 años entre 2010-2050, y simultáneamente se ganará 35 millones de personas mayores de 80 años (Durán, 2012). Hoy por hoy, España es uno de los países con mayor proporción de adultos mayores (Colombo, Llena-Nozal, Mercier y Tjadens, 2011). De hecho en la actualidad las personas de 65 años o más representan al 18,1% del total de la población, es decir 8.442. 427 personas (INE, 2014).

El creciente envejecimiento de la población es uno de los cambios más significativos que se ha dado en las sociedades desarrolladas durante la segunda mitad del siglo XX (Lorenzo, 2004). Este aumento de la población mayor se debe fundamentalmente a factores relacionados con la disminución de la mortalidad y morbilidad, las mejoras en las condiciones de vida, la disminución de la natalidad, los flujos migratorios, la mejora de los servicios socio-sanitarios, los avances de la tecnología médica, y el aumento de la esperanza de vida, entre otros factores (IMSERSO, 2008). Según los datos más recientes, la esperanza de vida de los españoles al nacer es de 80,0 años para los hombres y 85,6 años para las mujeres (Abellán y Pujol, 2015). Estos datos llevan a posicionar a la población española como la más longeva de

la Unión Europea, por delante de Italia y Suecia (Eurostat, 2015). Según datos del Índice Global del Envejecimiento (2014), la población mayor de 60 años en España representa el 23,4% del total de la población en el 2014, y en el 2050 esa proporción habrá subido hasta el 40,2%. Esto situará a España como una de las poblaciones más envejecida de los 96 países incluidos en el Índice, por detrás de Japón, Corea del Sur y Portugal.

El envejecimiento es un proceso inherente al ser humano, es natural e ineludible, sin embargo con él pueden sobrevenir unas condiciones de fragilidad y dependencia (González y Ham-Chade, 2007). Así pues, a pesar del aumento de la calidad de vida y salud general de las personas, el envejecimiento de la población genera también un incremento de enfermedades crónicas y degenerativas con el consiguiente aumento en la necesidad de ayuda de una tercera persona para la realización de las actividades cotidianas de la persona mayor. Si bien es cierto que la discapacidad y el necesitar ayuda de una tercera persona no es un problema exclusivo de las personas mayores, ya que ésta también se encuentra en poblaciones de diferentes edades y diversas patologías, es indiscutible que la mayor prevalencia de situaciones de dependencia se pueden observar a partir de los 65 años. De hecho, los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia del 2008 (EDAD, 2008) señalan que del total de la población española dependiente, un 68,3% corresponden al grupo de 65 años o más. Esto pone de manifiesto que la prevalencia de necesidad de asistencia se incrementa casi exponencialmente con la edad si se compara con los diferentes porcentajes en cuanto a la división de la dependencia por grupo de edades (Abellán, Esparza y Pérez, 2011). Todos los datos anteriores ponen de manifiesto y son el punto de partida para el conocimiento de la necesidad y futura demanda de cuidados que se presentan como consecuencia del envejecimiento de la población.

2.2 LA DEPENDENCIA Y LA NECESIDAD DE CUIDADOS EN LOS MAYORES DEPENDIENTES

Tal como se ha comentado en el apartado anterior aunque no de forma exclusiva, el envejecimiento de la población puede acarrear problemas de salud y disminución o pérdida de la autonomía personal, con lo cual se necesitará de una tercera persona para realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal. Es decir, se da lugar a la llamada situación de “dependencia”, que por definición es: una situación referencial en la que una persona necesita de otras (Abellán et al., 2011). Por lo tanto, hay por lo menos dos individuos: el que necesita y el que es necesitado (Durán y García, 2005). En el caso específico de las personas mayores, el mayor dependiente y la persona cuidadora.

En España la Ley 39/2006 del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (conocida como Ley de Dependencia), tomando como referencia la definición delimitada por el Consejo de Europa (1998) sobre dependencia la define como *“el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razón derivada de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligada a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”*.

Partiendo de esta definición, la dependencia implicaría una situación de carácter permanente motivado por una pérdida de autonomía, que puede o no venir asociada a la edad avanzada, enfermedad o discapacidad; implica la necesidad de una ayuda

importante, sobre todo para la realización de actividades básicas de la vida diaria, o la necesidad de apoyo para la autonomía personal.

Para dar soluciones a la situación de dependencia diversas investigaciones (Abellán et al., 2008; IMSERSO, 2005) ponen de manifiesto que la principal respuesta a esta situación, aun cuando ésta requiera cuidados de larga duración, proviene del denominado cuidado informal o no profesional. Hasta la fecha existen diversas definiciones a la hora de delimitar el término “cuidado informal”, sin embargo existe cierto acuerdo en definirlo como *“la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen”* (Wright, 1987). Para Rogero-García (2010a) el cuidado informal estaría formado por aquellas actividades de ayuda que van dirigidas a personas con algún grado de dependencia, que son provistas por su red social y en las que no existe entidad intermediaria o relación contractual. Es decir, es aquel cuidado que se da sin percibir una remuneración económica por dicha tarea y es llevado a cabo por una persona allegada al enfermo que no es un profesional de la salud.

En España, la Ley de Dependencia (Ley 39/2006 del 14 de diciembre), define el cuidado no profesional como *“la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada”*. En la actualidad en nuestro país, los cuidados informales siguen siendo predominantes a la hora de hacer frente al problema de la dependencia, superando ampliamente a los recursos formales. De hecho, en España el 77,5% de las personas mayores dependientes recibe únicamente cuidados informales (Rogero-García, 2009). Esto pone en evidencia que la mayoría de las veces

la utilización de los recursos formales serían un complemento a la ayuda informal que se le brinda a un mayor dependiente (Casado y López-Casasnovas, 2001).

2.3 *EL SISTEMA FAMILIAR COMO PRINCIPAL FUENTE DE CUIDADOS*

Tradicionalmente, la fuente principal de cuidados que recibe una persona mayor dependiente proviene de la familia, como parte de los deberes inherentes a ella, recayendo el peso fundamental del mismo en la mujer (Ruiz y Moya, 2012; Cuesta, 2009). Desde la concepción familista del cuidado, se entiende que es dentro del contexto familiar donde surge la enfermedad, por tanto es donde también debe ser resuelta o tratada (Úbeda y Roca, 2008).

Partiendo de esta idea, las familias asumen en la mayor parte de los casos, la totalidad de los cuidados de los mayores dependientes, con todas las consecuencias que ello conlleva. Según datos del IMSERSO (2005), el 83% de las personas mayores dependientes reciben atención y cuidados dentro del contexto familiar. Sin embargo, la implicación de los distintos miembros de la familia no siempre es la misma ni es equitativa, por lo tanto surge la figura del cuidador principal que es aquella persona en quien recae la mayor parte del peso y las responsabilidades de las tareas de cuidado (Rodríguez y Sancho, 1999). De hecho, en muchas ocasiones esta responsabilidad no se ha asumido de forma voluntaria, sino que ha recaído en esa persona sin que se haya producido ningún acuerdo manifiesto entre los demás miembros de la familia, generando en algunos casos conflictos familiares. Además, en muchos casos el resto de la familia o bien no apoyan en absoluto, o si lo hacen sólo realizan actividades de apoyo puntuales (Ingersoll-Dayton, Neal, Ha y Hammer, 2003). En nuestro país, tal y como muestra la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores 2006 (IMSERSO, 2006) esas actividades de cuidado recaen en mayor medida en las mujeres de la propia familia. El cuidado entonces se vuelve una forma de trabajo no remunerado, y los

cuidadores no sólo aportan tiempo y recursos monetarios sino, frecuentemente, el desgaste de su propia salud, sobre todo cuando se trata de cuidados de larga duración.

Por ello podemos afirmar, que el cuidado de los mayores es “de número singular” y también de género femenino (Rodríguez y Sancho, 1999). Según los datos de la EDAD (2008), ciertas tareas son asumidas mayoritariamente por las mujeres (i.e., ayudar a comer, a vestirse o a realizar el aseo personal), mientras que los hombres realizan más tareas de movilidad física dentro y fuera del hogar (i.e., ir al médico, hacer compras y gestiones, o ayudar a utilizar el transporte público) (García-Calvente, del Río y Marcos-Marcos, 2011). Estas diferencias son importantes porque la realización de determinados tipos de tareas, más demandantes y consumidoras de tiempo, suponen un mayor riesgo para la salud de las personas que cuidan.

Asimismo, este cuidado por lo general es asumido en la mayor parte de los casos por las hijas o esposas de la persona cuidada (De Koker, 2010; Moen y Roehling, 2005; Pinquart y Sörensen, 2011; Wolff y Kasper, 2006). Así, se puede afirmar que el perfil de la persona cuidadora sería: mujer, de clase media, con un bajo nivel educativo, responsable de las tareas domésticas, que convive en el mismo domicilio que el mayor dependiente y es familiar directo de éste (García-Calvente, Mateo y Maroto, 2004; Vaquiro y Stieповich, 2010). De hecho en España, sendas encuestas han puesto de manifiesto la “feminización” de la figura del llamado cuidador principal o más bien “cuidadora principal” (EDAD, 2008; IMSERSO, 2005).

3. LOS EFECTOS DEL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES

DEPENDIENTES EN EL CUIDADOR

3.1 EL ESTRÉS EN EL CUIDADOR

La mayoría de los modelos conceptuales para explicar el estrés en los cuidadores están basados en el marco teórico del modelo transaccional de estrés y afrontamiento

(Lazarus y Folkman, 1984). En él, el estrés es visto como un proceso dinámico de interacción entre la persona y el medio ambiente. Así, en la valoración que haga una persona de una situación influirán los recursos y estrategias que la persona perciba que dispone para hacerle frente. Por tanto, para Lazarus y Folkman (1984) la evaluación es necesaria para explicar las diferencias individuales en la calidad, la intensidad y la duración del estrés experimentado por una persona. A partir de este modelo han surgido una serie de adaptaciones del mismo para entender la problemática de los cuidadores, en especial de los cuidadores de personas con demencia, pero en realidad generalizables al cuidado de mayores en situación de dependencia.

Así, Pearlin et al. (1990) adaptando el modelo general de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) al campo del cuidado informal proponen el llamado Modelo del Proceso del Estrés, constituyéndose como el marco teórico de referencia en el estudio del proceso de cuidado y sus consecuencias.

En este modelo Pearlin et al. (1990), tal como se observa en la Figura 2.1., distinguen cuatro componentes interrelacionados entre sí: antecedentes del sujeto y contexto del estrés, estresores (primarios y secundarios), los resultados y las variables mediadoras.

Los antecedentes del cuidador se refieren características sociodemográficas de la persona que provee cuidados. Incluye aspectos como son: la edad del cuidador, el género, el origen étnico, el nivel socioeconómico, el nivel de educación, la ocupación y la composición familiar. Así mismo dentro de este componente se tiene en cuenta la relación de parentesco entre el receptor de cuidados y el cuidador (e.g., cónyuge o hijos), la historia del cuidador (calidad de la relación con el receptor de cuidados previa, cambios producidos por el cuidado en la relación, motivos por los que se convirtió en cuidador), y disponibilidad de ayudas. Todas estas características son especialmente

relevantes dentro del proceso de cuidado porque ayudan a explicar cómo una situación preexistente (e.g., una relación previa problemática entre padre e hijo) puede afectar o repercutir en la situación actual de cuidados.

Los estresores, son las condiciones problemáticas y circunstanciales experimentadas por el cuidador. Estos estresores pueden ser de tres tipos: los estresores primarios objetivos, los estresores primarios subjetivos y los estresores secundarios. Los estresores primarios objetivos son las demandas y necesidades derivadas de la situación del receptor de cuidados. Entre ellos estaría el deterioro cognitivo del mayor (e.g., pérdida de memoria, problemas de comunicación y reconocimiento, etc.), trastornos de la conducta del enfermo y la necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria (e.g., bañarse, comer, vestirse, ir al baño). Los estresores primarios subjetivos corresponden a la valoración subjetiva que hace el cuidador de los estresores primarios a los que se ve sometido como consecuencia del cuidado (i.e., carga, privación afectiva e instrumental del cuidador).

Por otro lado los estresores secundarios se refieren a las consecuencias de los estresores primarios sobre el cuidador, es decir, la afectación negativa que tiene en otras áreas de su vida a causa de las demandas del cuidado (e.g., conflictos laborales, familiares, dificultades económicas, aislamiento social, etc.). Los estresores secundarios pueden ser a su vez de dos tipos: estresores de rol y las tensiones intrapsíquicas.

Los estresores de rol serían las consecuencias negativas que experimenta el cuidador en otras áreas de su vida, debido a su papel como cuidador (e.g., conflictos en el trabajo). Por otro lado, las tensiones intrapsíquicas implican especialmente la pérdida o disminución de la autoestima y el autoconcepto, la sensación de pérdida de la propia identidad y del sentido de competencia del cuidador. Es importante no sólo reconocer

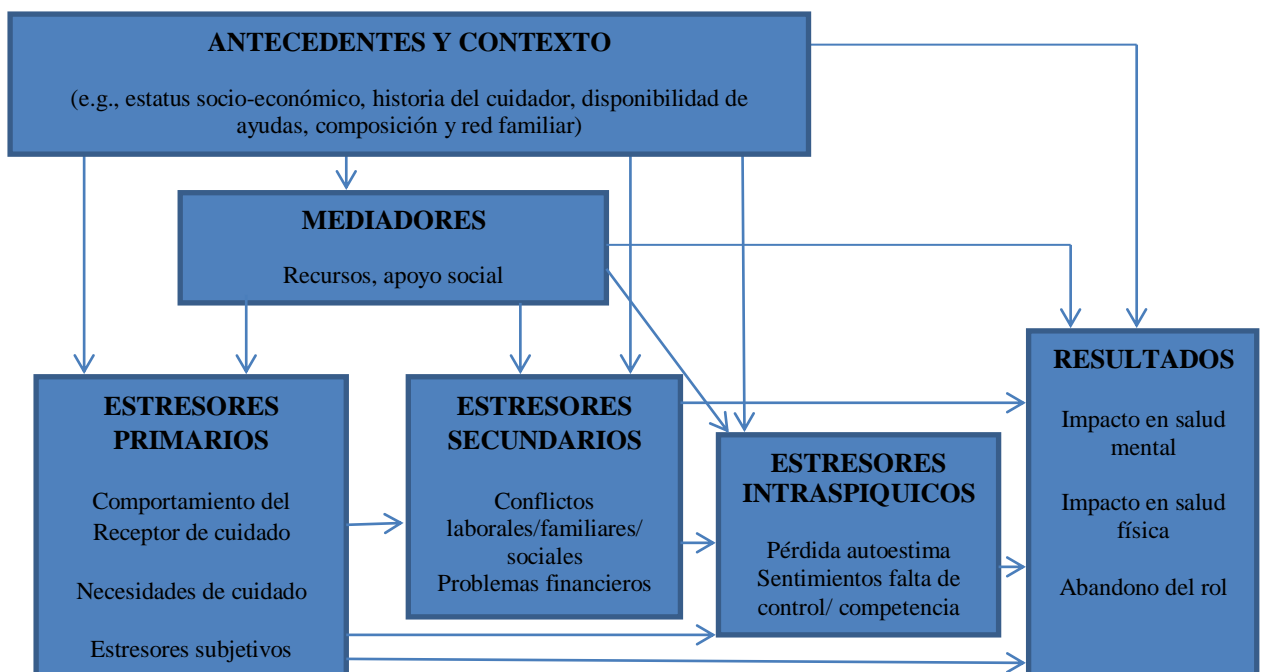
los distintos tipos de estresores a los que los cuidadores se enfrentan, sino también es importante tener en cuenta la interrelación que se produce entre ellos.

Las variables mediadoras se refieren a los recursos materiales, personales y sociales para el afrontamiento de la situación, que ayudan a mediar o amortiguar las consecuencias del cuidado en la vida del cuidador, empeorando o mejorando la situación. Las variables mediadoras son las que nos permiten explicar por qué ante una misma situación los cuidadores presentan distintas respuestas y por ende diferentes consecuencias.

Finalmente, los resultados son las consecuencias de los estresores, es decir, los efectos que estos tienen sobre la salud emocional, física y el bienestar del cuidador.

En general este modelo considera la existencia de factores (e.g., apoyo social y los estilos de afrontamientos) que pueden amortiguar o mitigar los efectos del estrés en los cuidadores o bien pueden incrementar y potenciar las consecuencias negativas de dicha situación.

Figura 2.1 Modelo del Proceso del Estrés



Adaptado de Pearlin et al., 1990.

3.2 *LAS CONSECUENCIAS DEL CUIDADO*

Ser cuidador de un familiar mayor dependiente es considerado una situación de estrés crónico con importantes repercusiones en la salud mental, física y el bienestar del cuidador (Lamura et al., 2008; Pinquart y Sörensen, 2003, 2007; Vitaliano et al., 2003). De hecho, en algunas ocasiones se les ha llegado a denominar “pacientes ocultos” por la gran cantidad de consecuencias negativas que pueden llegar a experimentar, observándose en ellos con frecuencia la presencia de sintomatología clínica (i.e., depresión ansiedad, etc.) que afecta sustancialmente su calidad de vida (Biurrún, 2001; Neugaard, Andersen, McKune y Jamoom, 2008). Ciertamente, la vida de las personas que son cuidadoras se ve condicionada por el desempeño de su rol, puesto que no se “trabaja de cuidador”, se “es cuidador”.

3.2.1 *Efectos en la salud emocional*

Existe evidencia contrastada de que los cuidadores de mayores dependientes presentan importantes problemas de carácter emocional, como son: estados de ánimo bajos, problemas de ansiedad, pérdida de sensación de control y autonomía, depresión, sentimiento de culpa y frustración (Rogerio-García, 2010a).

Los estudios demuestran consistentemente que los cuidadores de mayores dependientes (no profesionales), presentan niveles importantes de sintomatología depresiva y problemas de salud mental (Mahoney, Regan, Katona y Livingston, 2005; Pinquart y Sörensen, 2003; Zarit, 2006). De hecho, las repercusiones emocionales son mayores que la afectación física que pueden llegar a presentar los cuidadores como consecuencia de la asistencia que brindan (Neugaard et al., 2008; Pinquart y Sörensen, 2007). Así, cuando los cuidadores de mayores con Alzheimer se comparan con los no cuidadores, se encuentra que estos cuidadores presentan mayores niveles de depresión,

mayor uso de psicofármacos y una tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento centradas en las emociones (Mausbach, Chattillion, Roepke, Patterson y Grant, 2013).

Específicamente, Cuijpers (2005) realizó una revisión sistemática de los estudios orientados a examinar la prevalencia e incidencia de depresión mayor en cuidadores de familiares con demencia, y concluyó que el 22,3% (dentro de un rango de prevalencia de 0,15 y 0,32) de los cuidadores cumplen los criterios diagnósticos para depresión mayor (DSM-IV).

Otras investigaciones relacionadas con cuidadores de personas con demencia, señalan que cuando los familiares receptores de cuidados presentan sintomatología más severa propia de la demencia (e.g., arrebatos emocionales, problemas conductuales, trastornos en los ciclos de sueño, etc.), los niveles de sobrecarga aumentan, llegando a exacerbarse en los cuidadores la sintomatología depresiva y ansiosa (Covinsky et al., 2001; García-Alberca, Lara y Berthier, 2011; Mohamed, Rosenbec, Lyketsos y Schneider, 2010). De hecho, investigaciones realizadas con cuidadores de enfermos de demencia vascular y demencia por cuerpos de Lewy evidencian la asociación existente entre el nivel de alteración comportamental de los receptores de cuidados y mayores niveles de malestar emocional de los cuidadores (Galvin, Duda, Kaufer, Lippa, Taylor y Zarit, 2010; Leggett, Zarit, Taylor y Galvin, 2011).

De la misma manera, Ho, Chan, Woo, Chong y Sham (2009), señalan que los cuidadores de familiares con Alzheimer, experimentan un aumento de las visitas a los médicos, una disminución en la salud general y peso corporal, así como un aumento en los síntomas depresivos y ansiosos como consecuencia del cuidado.

En la misma línea, algunos estudios han señalado que la experimentación de emociones negativas suele ir asociadas a pensamientos disfuncionales. Una mayor presencia de pensamientos y actitudes disfuncionales con respecto a la situación de

cuidado, impiden o dificultan el ejercicio de un cuidado saludable con creencias realistas y adaptativas por parte del cuidador y por lo tanto genera un aumento en la sintomatología depresiva, rabia, frustración, etc. (Losada et al., 2006; Stebbins y Pakenham, 2001). En relación a las emociones se ha encontrado que la tristeza, la depresión, junto con la ansiedad y la ira, son las reacciones más habituales en los cuidadores como respuesta a las numerosas decisiones dolorosas, ambiguas y confusas que deben afrontar (Cohen, Colantonio y Vernich, 2002).

Además, algunos estudios indican que los cuidadores que muestran más sobrecarga, depresión y estrés percibido, refieren tener mayor intensidad en algunas emociones negativas, concretamente: tensión, disgusto, culpabilidad, susto, enfado, irritabilidad, nerviosismo y preocupación (Yanguas et al., 2010). Por consiguiente no es extraño que algunos estudios señalen que estas repercusiones no sólo tienen influencia en el malestar emocional experimentado por los cuidadores sino que también pueden afectar a la persona cuidada, acelerando la decisión de institucionalizar al mayor (Gaugler, Kane, Kane, Clay y Newcomer, 2003; Gaugler, Yu, Krichbaum y Wyman, 2009).

En un estudio de cuidadores hombres cónyuges de familiares con demencia, Ducharme et al. (2006) encontraron que mayores niveles de sobrecarga del rol (*role overload*) se asocian con mayores niveles de malestar emocional y con una menor salud percibida, mientras que altos niveles de cautividad del rol (*role captivity*) se asocian también a un mayor malestar emocional en el cuidador y la aceleración de la decisión de institucionalizar al familiar enfermo. En la misma línea, Givens, Mezzacappa, Heeren, Yaffe y Fredman (2014) realizan una investigación donde compararan la sintomatología depresiva en cuidadores de familiares con demencia con cuidadores de mayores dependientes con otras enfermedades. Los resultados muestran que el 22,8% de los

cuidadores de familiares con demencia experimentan elevados niveles de sintomatología depresiva frente a un 11,2% de quienes atienden a mayores dependientes con otras enfermedades. Además, encuentran una asociación directa entre la presencia de sintomatología depresiva y altos niveles de cautividad del rol (*role captivity*) y la presencia de comportamientos disruptivos del familiar enfermo. Sin embargo, Bertrand, Fredman y Saczynski (2006) encontraron que la sola percepción por parte de los cuidadores de mayores dependientes de experimentar niveles de carga elevados y la sensación de estar cautivos dentro rol (con la independencia de la presencia de comportamientos problemáticos en el receptor de cuidados) genera en los cuidadores niveles importantes de malestar emocional.

Finalmente, algunos estudios se han centrado en la relación entre el afecto positivo y negativo de los cuidadores. Así, Robertson, Zarit, Duncan, Rovine y Femia (2007) encuentran que los cuidadores que reportan alto afecto positivo no necesariamente reportan bajo afecto negativo, y viceversa. Esto parece indicar que la presencia de sentimientos de desánimo derivados de la experiencia de cuidado, pueden coexistir con los sentimientos de crecimiento y satisfacción que puede producir la experiencia de cuidado.

3.2.2 *Efectos en la salud física*

Aunque algunos estudios señalan que los problemas físicos como consecuencia del cuidado tardan más tiempo en aparecer que las repercusiones en la salud mental, éstos no dejan de estar presentes. De hecho, este deterioro físico está ampliamente estudiado (Roth, Haley, Owen, Clay y Goode, 2001) y puede producir consecuencias tan importantes y negativas como las repercusiones en la salud emocional.

Así, Elliot, Burgio y DeCoster (2010) en el estudio longitudinal REACH II, encontraron que una parte importante de los cuidadores de enfermos de Alzheimer

tienen seriamente comprometida la salud física, presentando problemas osteomusculares que facilitan que se produzcan fracturas y esguinces. Por otro lado, se ha observado que los cuidadores de enfermos de Alzheimer tienen mayor riesgo de desarrollar problemas cardiovasculares, como consecuencia de los aumentos en los niveles de los receptores adrenérgicos β_2 a causa del estrés experimentado (Mausbach, Patterson, Rabinowitz, Grant y Schulz, 2007). Asimismo, distintos estudios revelan la presencia de deterioros en el sistema inmunológico y endocrino de los cuidadores (Li et al., 2007; Vitaliano et al., 2003), lo cual repercute en el proceso de curación de heridas y en las respuestas a las vacunas de los cuidadores (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002).

Del mismo modo, se ha encontrado que los cuidadores de enfermos con demencia tienen un riesgo de mortalidad 63% mayor que los no cuidadores, debido a las altas demandas a las que se ven expuestos por el cuidado (Schulz y Beach, 1999). De la misma manera, a mayores niveles de estrés derivados por el cuidado de mayores en general (e.g., demencia, crónicos, cáncer, etc.) mayor será el riesgo de mortalidad de los cuidadores (Perkins et al., 2013).

Finalmente, el meta-análisis realizado por Vitaliano et al. (2003) en donde se compara la salud física (5 categorías de salud percibida y 6 categorías de salud fisiológica) de los cuidadores de personas con demencia con no cuidadores, revela que los cuidadores tienen significativamente menores niveles de salud percibida global, por lo que consumen con más frecuencia medicamentos para las complicaciones físicas que pueden presentar en comparación con los no cuidadores. Además, los cuidadores presentan mayores niveles de las hormonas del estrés y menores niveles de anticuerpos que los no cuidadores. De hecho, elevados niveles de las hormonas del estrés pueden conducir a un mayor riesgo de problemas de salud como pueden ser: diabetes, hipertensión y reducción de la resistencia a los virus (Vitaliano et al., 2003). De forma

similar, el estudio de Korn, Logsdon, Polissar, Gómez-Beloz, Waters y Ryser (2009), arroja datos que señalan que los cuidadores son más propensos a padecer enfermedades crónicas como son: artritis, asma, hipertensión, diabetes mellitus, dolores de cabeza y acidez estomacal.

3.2.3 *Repercusiones sociales*

Las consecuencias en la salud emocional y física no son las únicas repercusiones que pueden experimentar los cuidadores. De hecho, los efectos del cuidado se extienden al tiempo libre, a la vida familiar y el ámbito económico y profesional. Las actividades sociales y de ocio se ven afectadas no sólo porque el cuidador no dispone de tiempo libre sino también porque en muchos casos la desconexión de la situación de cuidado es imposible (Bittman, Fast, Fisher y Thompson, 2004). En ocasiones, las pequeñas actividades agradables del día (e.g., leer, escuchar música, hablar con amigos, etc.) se van dejando de lado paulatinamente. Al respecto, Mausbach, Patterson y Grant (2008), señalan la relación existente entre la falta de eventos agradables (i.e., restricción de actividades de ocio) y la presencia de sintomatología depresiva en un grupo de cuidadores de familiares con demencia.

3.2.4 *Efectos positivos*

La asistencia a personas mayores no sólo pueda acarrear consecuencias negativas en los cuidadores, también un buen número de consecuencias positivas pueden derivarse de dicha experiencia. De hecho, recientemente Carbonneau, Caron, y Desrosiers (2010), proponen un modelo conceptual para comprender la relevancia que tienen los aspectos positivos en el bienestar de los cuidadores. Así mencionan tres aspectos centrales a tener en cuenta: calidad de la relación entre el cuidador y la persona receptora de cuidados, la sensación de logro y el significado que tiene para el cuidador el desempeñar dicha asistencia. Estos aspectos interactúan con otros dos factores

determinantes en el proceso de cuidado, la sensación de autoeficacia y los eventos enriquecedores diarios experimentados, de tal manera que la interacción entre los aspectos centrales y los factores conlleva a resultados positivos para el cuidador, mejorando su bienestar y reforzando sus ganas de seguir ejerciendo dicho papel (Carbonneau et al., 2010).

Al respecto, Cohen et al. (2002) han encontrado que en torno al 73% de los cuidadores de familiares mayores señalan al menos experimentar un aspecto positivo de esta situación (e.g., momentos placenteros o divertidos, alegría satisfacción por cuidar al ser querido), lo cual además, es indicativo de menores niveles de carga percibida y mejores autoevaluaciones con respecto a su salud. De la misma manera, Haley, LaMonde, Han, Burton y Schonwetter (2003), señalan que cuidadores que perciben más beneficios de la situación de cuidado experimentan menores niveles de depresión. De hecho, tal y como mencionan Crespo y López (2007), la experiencia del cuidado se puede valorar como un “aprendizaje vital” para los cuidadores. En este sentido la satisfacción por el cuidado y el bienestar pueden tener importantes beneficios para los cuidadores aún después del fallecimiento del receptor de cuidados. Aunque otros autores indican que tras el fallecimiento, y la consecuente pérdida de los aspectos positivos asociados al cuidado (i.e., satisfacción), los síntomas depresivos pueden aumentar (Boerner, Schulz y Horowitz, 2004).

De modo congruente con los resultados obtenidos por Cohen et al. (2002), Hilgeman, Allen, DeCoster y Burgio (2007) encontraron que los cuidadores que reportan más aspectos positivos de la situación de cuidado, experimentan menores niveles de depresión, y menor percepción de carga relacionada con las actividades de asistencia diaria.

Asimismo, Pinquart y Sörensen (2003) en un meta-análisis identifican 228 estudios que valoran el efecto de diversos aspectos positivos del cuidado (en concreto, satisfacción, aspectos placenteros o ganancias percibidas). Esos beneficios se asocian con menores niveles de carga y depresión, lo que, a juicio de los autores, podría indicar que los beneficios percibidos reducen el efecto negativo de la situación de asistencia sobre el estado emocional del cuidador. Sin embargo, y dada la naturaleza correlacional de los datos obtenidos, cabe la posibilidad de efectuar interpretaciones alternativas, tales como que los cuidadores con mayor malestar emocional pudieran percibir en menor medida los aspectos positivos asociados al cuidado. Además, los resultados de Pinquart y Sörensen (2003) evidencian la ausencia de relación entre la percepción de beneficios del cuidado y los estresores objetivos de la situación (e.g., tareas, horas dedicadas al cuidado), lo cual podría señalar que la percepción de beneficios se asocia a otros aspectos de la relación cuidador-receptor de cuidados, tales como la cercanía mutua, la motivación o la propia personalidad del cuidador.

Semiatin y O'Connor (2012) encontraron que cuidadores con altos niveles de autoeficacia identifican con mayor facilidad aspectos positivos del cuidado, aun en situaciones altamente demandantes y estresantes de cuidados. Estos cuidadores se sienten más satisfechos, experimentan mayores sentimientos de bienestar y de utilidad, llegando a sentirse orgullosos ante la propia capacidad para afrontar las crisis.

En definitiva, la posibilidad de auxiliar a una persona que lo necesita (más aún si se la quiere), e incluso la posibilidad de acompañarla en los últimos momentos de su vida, puede ser percibida por el cuidador como una oportunidad de crecimiento personal y traducirse, así, en sentimientos de bienestar y satisfacción, reduciendo la percepción de carga y mejorando el estado emocional de los cuidadores (Roff, Burgio, Gitlin, Nichols, Chaplin y Hardin, 2004). De hecho, la experimentación de aspectos positivos

puede amortiguar los efectos negativos del cuidado, ejerciendo menos presión en los cuidadores, lo cual se traduce en la creación de un mejor ambiente para el receptor de cuidados (Cohen et al., 2002; Liew, Luo, Ng, Chionh, Goh y Yap, 2010).

4. LA COMPATIBILIZACIÓN DEL CUIDADO DE PERSONAS

MAYORES DEPENDIENTES Y EL EMPLEO

Como se ha señalado en apartados anteriores la familia ha constituido el principal proveedor de cuidados a las personas mayores dependientes; dentro de ella han sido las mujeres las que hasta el momento han asumido los cuidados más pesados, rutinarios y que exigen una mayor dedicación y suponen una sobrecarga más intensa por parte del cuidador si se compara con los cuidadores hombres (López y Crespo, 2008; Larrañaga, Martín, Bacigalupe, Bergiristáin, Valderrama y Arregi, 2008). Asimismo, el cuidado de un familiar mayor dependiente, como ha sido ampliamente documentado y comentado en apartados anteriores, supone ser una fuente de estrés crónico que afecta la salud física y sobre todo emocional de los cuidadores pero que también puede tener aspectos positivos que provienen especialmente de la gratificación de cuidar de otro.

Adicionalmente, si a la tarea de cuidar se le añade el hecho de tener otras responsabilidades y desempeñar distintos roles (e.g., trabajador/a, esposo/a, madre, padre, etc.) el conflicto entre ellos y las consecuencias podrían ser aun mayores (Goode, 1960). No obstante, aquí pueden surgir dos posibilidades. Por un lado, es posible que los cuidadores lleguen a gestionar eficazmente su desempeño en ambos roles; o por el contrario, los esfuerzos para mantenerse pueden tener consecuencias negativas. De hecho, en muchas ocasiones las responsabilidades asociadas al trabajo pueden llegar a ser incompatibles con las exigencias que conlleva ser cuidador (Vilaplana, 2010). Sin embargo, los resultados al respecto parecen inconsistentes pudiendo el hecho de

desempeñar un trabajo adicional tener tanto repercusiones positivas como negativas (Enright y Friss, 1987; Skaff y Pearlin, 1992).

Así, en la actualidad se han planteado dos perspectivas muy diferentes para explicar y describir el efecto que puede producir en los cuidadores el hecho de tener un empleo remunerado y asumir el cuidado de un familiar mayor dependiente.

4.1 TEORÍA DEL AGOTAMIENTO VS. TEORÍA DEL ENRIQUECIMIENTO

1. Teoría del agotamiento: (basada en la teoría de conflictos de roles de Goode, 1960). Considera que la participación del individuo en múltiples roles (e.g., laboral, familiar, personal, cuidador, etc.) puede llegar a agotar los recursos y la energía que dispone el individuo, impactando de forma negativa en su desempeño, generando estrés y dificultando la posibilidad de asumir otros “compromisos” (Covinsky et al., 2001; Fredriksen-Goldsen y Scharlach, 2006; Kemp y Rosenthal 2001; Pavalko y Woodburry, 2000).

En consonancia con la hipótesis de Goode (1960), Pearlin y su grupo de investigación (Aneshensel et al., 1995; Pearlin et al., 1990) argumentan que el estrés que se genera en el cuidador por las tareas demandantes propias del cuidado, puede proliferar o más bien extenderse y afectar de manera negativa el funcionamiento y/o desempeño de los cuidadores en otros roles. Todo ello se produce por la cantidad de tiempo y energía que el cuidador emplea en el cuidado, dejándolo sin recursos para desempeñar otros roles de manera satisfactoria. A medida que la energía y tiempo del cuidador se empiezan a centrar en las demandas de cuidado, todo aquello que se encuentra fuera de ese contexto de cuidado, se interrumpe y/o se empieza a desplazar, en particular las actividades de ocio y, llegado el momento, el trabajo.

Para Mui (1992), esta postura deriva en la llamada “hipótesis de la escasez”, la cual señala que las personas no tienen suficiente tiempo o recursos para cumplir

adecuadamente múltiples roles. Esta situación se da por dos supuestos: por la sobrecarga de rol, que se refiere a "las limitaciones impuestas por tiempo", y por el conflicto de roles, que se refiere a las "expectativas discrepantes independientemente de las presiones de tiempo".

En otras palabras, esta perspectiva considera que las exigencias del trabajo y las del cuidado de un familiar mayor son en cierto grado incompatibles, por lo que la implicación en un rol dificulta el desempeño o participación en el otro, ya que las energías de una persona no son ilimitadas, con lo que compaginar ambos roles resultaría difícil o más bien agotador (Goode, 1960). Un trabajo demandante supondría inevitablemente conflictos, presiones y problemas con las tareas de cuidado. De esta manera, como consecuencia de esta incompatibilidad y los problemas de conciliación, la falta de tiempo y las dificultades surgidas al tratar de sacar horas "de donde sea posible", los cuadros de estrés y los problemas de salud se convierten en condiciones habituales para muchos cuidadores trabajadores (Gordon et al., 2012; Wang, Shyu, Chen y Yang, 2011).

Numerosos estudios sobre cuidadoras hijas empleadas han demostrado que las múltiples demandas que se producen al estar al cuidado de padres ancianos interfieren frecuentemente con el desempeño del empleo, y viceversa (Aneshensel et al., 1995; Barling, MacEwn, Kelloway y Higginbottom, 1994; Neal, Champman, Ingersoll-Dayton y Emlen, 1993; Scharlach, 1994). Así, Stephens et al. (1997) señalan que las interferencias que más presentan las mujeres en el trabajo como consecuencia del cuidado son el tener interrupciones frecuentes para atender asuntos relativos al familiar y el sentirse agotadas e incapaces de concentrarse durante la jornada laboral. Asimismo, señalan que el trabajo interfiere en el cuidado en una menor cantidad y calidad de tiempo disponible que pueden ofrecer para la atención de los mayores dependientes.

Todo ello, repercute de manera negativa en la salud mental de las cuidadoras, especialmente en lo que se refiere a un aumento de la sintomatología depresiva. Por lo tanto, ambos tipos de interferencias explican la relación entre el aumento del estrés experimentado por las cuidadoras y la aparición de sintomatología depresiva.

Así, los cuidadores que se mantienen en la fuerza laboral, y adicionalmente se encargan de asistir a un familiar mayor, presentarían problemas de estrés así como una disminución en su productividad laboral debido a que suelen ser más lentos y menos eficaces en sus tareas (Neal y Wagner, 2002; McSweeney, 2005). El deterioro físico, mental y la disminución de la calidad de vida de los cuidadores, serían una consecuencia de la inmersión del cuidador en múltiples roles (Fairchild y Lyon, 2008). Esta situación podría llegar a perjudicar la calidad de vida no sólo del cuidador sino también de la persona receptora de cuidados (Manepalli, Dasai y Sharma, 2009).

Al respecto, numerosos estudios han puesto de manifiesto que el estrés es uno de los principales síntomas que presentan los cuidadores cuando sienten que no están manejando de manera equilibrada las tareas de cuidado y la vida laboral, pudiendo también experimentar sentimientos tales como: temor, enojo, frustración, indefensión, impotencia y agobio (Amstrong y Amstrong, 2001; Rajnovich, Keefe y Fast, 2005).

2. Teoría del enriquecimiento o la expansión de recursos (basada en Marks, 1977; Sieber, 1974). Esta postura considera que las experiencias adquiridas en un rol mejoran la calidad de vida y el desempeño en los otros roles o funciones. Así, Sieber (1974) señala que el desempeño en múltiples roles ofrece al individuo cuatro tipos de ganancias o resultados positivos: privilegios, seguridad, recursos, enriquecimiento de la personalidad y una alta gratificación del ego. De este modo, cuando un recurso escasea en un rol determinado, existe una mayor probabilidad de poder abastecerse o compensarse con otros recursos en los otros roles en los que uno se involucra.

En congruencia con lo postulado por Sieber (1974), Greenhaus y Powell (2006) sugieren que el enriquecimiento sucede cuando los beneficios de los recursos obtenidos en el rol A, promueven una mejora en el desempeño o afecto individual dentro del rol B. Más específicamente, el enriquecimiento ocurre cuando los recursos (e.g., habilidades y perspectivas, flexibilidad, recursos físicos y psicológicos, etc.) obtenidos en un rol, mejoran el desempeño en el otro rol, de manera directa o indirectamente a través de su influencia en el afecto positivo. De esta manera, el enriquecimiento sería entendido como sinónimos de mejora, facilitación e integración (Greenhaus y Powell, 2006). La mejora se produciría cuando una función aumenta la energía y actitud, y contribuye al desarrollo de habilidades en los otros roles (Graves, Ohlott y Ruderman, 2007). La integración se daría cuando las actitudes en un rol influyen positivamente otros roles, o cuando las experiencias en un rol sirven como recursos que enriquecen los otros roles que se tienen (Greenhaus y Parasuraman, 1999). Y finalmente la facilitación se daría en la medida en que la participación de un individuo en un dominio de la vida (i.e., trabajo/cuidado) ofrece ganancias (e.g., de desarrollo personal, afectiva, mayor capital, etc.) que contribuyen a mejorar el funcionamiento de otros dominios (i.e., cuidado-trabajo) (Wayne, Grzywacz, Carlson y Kacmar, 2007).

De esta manera, el hecho que la persona se tenga que adaptar a diferentes roles en la vida le permite ganar autoestima, poder, sentido de competencia, prestigio, mayor gratificación emocional, reconocimiento social, y una mayor remuneración económica lo cual genera que entre el balance de ganancias y pérdidas, primen las primeras sobre las segundas. Por lo tanto, disfrutan de un mejor ajuste aquellas personas que tienen la oportunidad de desempeñar algún rol laboral y cuidar a un familiar mayor dependiente, frente a los que sólo pueden desarrollarse en un solo contexto (Greenhaus y Powell

2006, Hobfoll, 1989; Hong y Seltzer, 1995; Moen, Robison y Dempster-McClain, 1995).

Aunque existe muy poca literatura hasta el momento, sobre los aspectos positivos que tiene en los cuidadores el poder simultanear ambos roles, algunos estudios señalan que los cuidadores trabajadores tienden a experimentar una menor tensión en el rol de cuidador y una mejor salud emocional en comparación con aquellos cuidadores que no están empleados (Brody, Kleban, Johnsen, Hoffman y Schoonover, 1987; Miller, 1989; Skaff y Pearlin, 1992). De hecho, Stephens et al. (1997) señalan que el estado emocional positivo que se puede generar por vivir una buena experiencia o la satisfacción por el trabajo realizado puede afectar de manera positiva y hacer que los cuidadores estén de buen humor, y facilite sus labores en cualquier de los roles que desempeñen. En otras palabras, los sentimientos de confianza y de realización por el desempeño en un rol tienen un efecto positivo en las experiencias que se vivan en el otro rol.

Skaff y Pearlin (1992) encontraron que los cuidadores que están implicados en el cuidado de un familiar mayor y trabajan experimentan niveles de ansiedad significativamente menores que aquellos cuidadores que sólo experimentan un rol, el de cuidadores. Asimismo, Scharlach (1994) encuentra que los cuidadores que combinan ambos roles presentan niveles elevados de autoeficacia, crecimiento personal, orgullo, y un importante sentido de competencia que superan con creces los efectos negativos que puede ocasionar el simultanear ambos roles.

Por otra parte, el tiempo que se está en el trabajo tiene el potencial de proporcionar a los cuidadores momentos de distracción y respiro; en otras palabras, el tiempo que se está fuera de casa, y por ende ajeno de las responsabilidades de cuidado, ayudan al cuidador a amortiguar el efecto negativo del cuidado (Brody, 1990;

Scharlach, 1994). Al respecto, Martire y Stephens (2003) concluyeron que si bien el experimentar múltiples roles puede ocasionar un conflicto entre los mismos, también puede ser beneficioso para la salud de los cuidadores, puesto que les permite experimentar momentos de respiro, distracción, apoyo social por parte de los compañeros y optar por un mayor ingreso económico, lo cual se traduce en un mayor nivel de bienestar. Asimismo, el trabajo contribuye al enriquecimiento de los cuidadores a través números procesos de compensación. Barnett y Hyde (2001) señalan que las personas que trabajan tienen acceso a una mayor red de recursos o apoyos sociales, a través de sus compañeros así como un espacio de respiro de las labores que supone el cuidado.

Stephens y Townsend (1997) señalan que la satisfacción que se puede experimentar en el trabajo puede ser beneficiosa para algunos cuidadores que simultanean ambos roles, encontrando una asociación inversa entre la satisfacción laboral y la sintomatología depresiva. Estos investigadores encontraron que los cuidadores con altos niveles de satisfacción laboral experimentan menos sintomatología depresiva, excepto aquellos cuidadores con elevados niveles de sobrecarga. Los cuidadores con altos niveles de satisfacción laboral serán más efectivos y capaces de afrontar los retos que supone el cuidado, además de incrementar su autoestima y sentido de competencia hasta entonces tan minados por las tareas de cuidado (Franks y Stephens, 1992).

En la misma línea, Martire, Stephens y Atienza (1997) encontraron que tener un trabajo remunerado les permite a las mujeres cuidadoras amortiguar los efectos negativos que pueden experimentar como responsables del cuidado de un mayor dependiente.

4.2 EFECTOS EN EL TRABAJO Y EL CUIDADO

Los estudios sobre el impacto que supone el cuidado informal en la participación de los cuidadores en el mercado laboral son escasos, existiendo sólo unos pocos que se han interesado en esta problemática (Bolin, Lindgren y Lundborg, 2008; Casado-Marín, García-Gómez y López-Nicolás, 2011; Crespo, 2006; Escribano-Soto, Pardo-García y Moya-Martínez, 2012). Esta ausencia se debe a que la mayor parte de los estudios se han centrado en la descripción del perfil de los cuidadores, y en las repercusiones del cuidado en el bienestar y la calidad de vida de los cuidadores y de los familiares receptores de cuidado (Rogerio-García, 2010a).

En general, la mayor parte de los estudios señala que los principales efectos del cuidado sobre la condición laboral de los cuidadores trabajadores son: la reducción del número de horas trabajadas, la pérdida de oportunidades laborales, las ausencias injustificadas (absentismo), solicitud de permisos laborales sin retribución salarial, la reorganización del horario laboral para poder compaginar el cuidado, y la disminución de la productividad del trabajador (Dautzenberg et al., 2000; Jenson y Jacobzone, 2000); todas estas medidas son tomadas por el cuidador trabajador antes de optar por la decisión de abandonar definitivamente el mercado laboral (Doty, Jackson y Crown, 1998). No obstante, otros estudios revelan que algunos cuidadores abandonan o se jubilan antes de tiempo cuando empiezan a sentir que las responsabilidades del cuidado se vuelven extremadamente demandantes (Carmichael, Connel, Hulme y Sheppard, 2008; Dentinger, y Clarkberg, 2002; Evandrou y Glaser, 2003; Henz, 2004; Lai y Leonenko, 2007; Stone y Short, 1990; Uriarte-Landa y Hébert, 2011).

Wilson, Van Houtven, Stearns y Clipp (2007) encontraron que las mujeres cuidadoras se ausentan del trabajo en mayor medida en comparación con los hombres cuidadores (58% vs 38% respectivamente). Muchas de estas ausencias se deben tanto a

las responsabilidades inherentes al cuidado del mayor dependiente como a la sintomatología depresiva presente en los cuidadores.

Sin embargo, no hay que dejar de lado que el asumir el cuidado de un familiar mayor dependiente tiene un intenso impacto económico en el hogar de los cuidadores; ya sea por disminución de los ingresos o por un aumento de los gastos asociados al cuidado, la repercusión económica es sustancial. De hecho, la disminución de las horas trabajadas se relaciona con la pérdida de beneficios asociados a un horario completo, a la disminución en las oportunidades de ascensos o promociones, o a la posibilidad de percibir una jubilación más elevada (Neal y Wagner, 2002).

Según datos de la EDAD (2008), un 26% de las personas cuidadoras de personas dependientes señalaron presentar repercusiones negativas sobre todo en el ámbito laboral y económico. De hecho, muchas personas cuidadoras han tenido que reducir su jornada laboral como una medida de conservar su empleo y seguir percibiendo un sueldo, o de lo contrario aceptar un empleo a tiempo parcial. Ambas medidas permiten cuidar al tiempo que seguir percibiendo unos ingresos económicos. No obstante, estas medidas no siempre son posibles.

En nuestro país, según datos del estudio del IMSERSO (2005), la mayoría de los cuidadoras han visto su vida laboral resentida de una u otra manera por causa del cuidado. Así, un 12% de las mujeres cuidadoras se han visto obligadas a reducir su jornada de trabajo remunerado, un 11% ha tenido problemas para cumplir con el horario establecido, el 7,2% considera que su vida profesional se ha resentido, y una de cada cuatro cuidadoras señala que no pueden trabajar fuera de su hogar. Lo anterior pone en evidencia que las tareas de cuidado pueden entrar en conflicto con la participación de las cuidadoras en cualquier actividad laboral, obligándolas a disminuir o bien a renunciar a poder desempeñar un trabajo remunerado. De hecho, esta posibilidad se ve

incrementada según el nivel de carga y número de horas que se dedique al cuidado del familiar mayor dependiente. Al respecto, dos estudios (Casado-Marín et al., 2011; Joshi, 1995) señalan que a partir de una dedicación al cuidado de entre 20 - 28 horas semanales los cuidadores empiezan a presentar crecientes dificultades para mantenerse dentro de la fuerza laboral.

En otro estudio realizado en España por Moya-Martínez, Escribano-Sotos y Pardo-García (2012) con 998 cuidadores con edades comprendidas entre los 16-64 años encontraron que la tasa de empleo de los cuidadores fue del 33,2%. Un 87,6% de los cuidadores fueron mujeres y su tasa de participación en el mercado laboral fue del 30,3% frente al 53,5% de los hombres. Comparando los datos obtenidos con los de la encuesta de población activa (EPA), los investigadores encontraron que las personas que se dedican al cuidado informal reducen la probabilidad de participar en el mercado laboral entre un 10% y un 12%. Esto evidenciaría que la reducción en la participación en el mercado laboral estaría condicionada por el hecho de ejercer actividades de cuidado a un familiar mayor dependiente. Más aun, una vez que los cuidadores han dejado la fuerza laboral para centrarse en el cuidado de un familiar mayor dependiente, al momento de querer reincorporarse encuentran dificultades para poder hacerlo (Casado-Marín, et al., 2011; Hutton y Hirst, 2000; Lee y Gramotnev, 2007; Pavalko y Artis, 1997; Spiess y Chneider, 2003).

El impacto laboral y económico de cuidar no sólo se evidencia a corto plazo, sino que también tiene consecuencia en la vida de las personas que cuidan a largo plazo (Andersson, Levin y Emtinger, 2002). El abandono del empleo remunerado o la imposibilidad de acceder a él, tiene consecuencias en la disminución de los derechos a prestaciones sociales en el futuro, reduciendo así la capacidad adquisitiva de las

personas que cuidan durante el tiempo de cuidados e incluso cuando cesan las tareas de cuidado (García-Calvente et al., 2011).

Reid, Stajduhar y Chappell (2010), señalan que los cuidadores que se mantienen en la fuerza laboral, en algunos casos “sienten” que abandonan o no llegan a atender a sus familiares como quisieran por tener que hacer frente a sus responsabilidades laborales. Frente a ello, los cuidadores deben disminuir sus horas de trabajo, pedir permisos no remunerados para atender asuntos propios, etc., con la finalidad de hacer frente a sus responsabilidades como cuidadores sin dejar de lado los compromisos laborales. En algunos casos incluso deben cambiar de un trabajo a tiempo completo a un trabajo a tiempo parcial con los costes económicos que eso supone (Timmermann, 2010).

Por otro lado, la creciente incorporación de la mujer (cuidadora por excelencia) al mercado de trabajo ofrece una nueva visión de la estructura y dinámica familiar en relación a los cuidados. La mujer no puede seguir desempeñando las mismas funciones que venía haciendo, o por lo menos no con la misma dedicación de tiempo y esfuerzo, y además, trabajar fuera del hogar. Sin embargo, aunque en los últimos años se haya conseguido una participación más equilibrada de hombres y mujeres en el mercado laboral, en el caso que ambos miembros de una pareja trabajen fuera del hogar, sigue siendo la mujer más que el hombre la que realiza mayores ajustes a su vida para poder seguir cuidando a sus familiares mayores dependientes (Brockwood, Hammer, Neil y Colton, 2001).

Así, los cuidadores hombres suelen percibir las tareas asistenciales a un familiar mayor como una extensión de sus obligaciones o como “tareas que se deben completar”, sin embargo la vivencia de las cuidadoras mujeres es totalmente diferente, viviendo la

situación de cuidados como una pérdida de su libertad por el nivel de implicación emocional (Blahak, 2010).

De hecho, Moreno, Recio, Borrás y Torns (2013) señalan que el aumento de la participación femenina en el mercado laboral no ha supuesto el abandono por parte de las mujeres de las tareas de cuidado y mucho menos ha traído consigo el aumento de la participación masculina en las labores de cuidado. La mujer se ha incorporado al ámbito laboral, con la particularidad de que el espacio de lo privado no ha dejado de serle propio. La atribución de roles en función del sexo parece mantener su pauta más tradicional en lo que concierne a los cuidados (Batthyány, 2009).

4.3 EFECTOS EN EL ESTADO EMOCIONAL DEL CUIDADOR

A fin de efectuar un análisis sistemático de los estudios dirigidos a valorar el efecto que tiene en el estado emocional de los cuidadores de mayores dependientes el hecho de tener que compatibilizar el cuidado y el desempeño de un trabajo remunerado, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática de los artículos publicados al respecto.

Para ello se hizo uso de las bases de datos *PsycINFO*, elaborada por la American Psychological Association (APA), y *MEDLINE*, producida por la National Library of Medicine. La selección de artículos se centró en los publicados más recientemente, en concreto entre los años 2000-2014. Asimismo éstos fueron considerados con independencia del idioma en que estuviesen escritos y la organización responsable de su publicación.

Los identificadores empleados en la búsqueda fueron las palabras *employment*, *employed*, *work interruptions*, *work conflict*, *role conflict*, *balancing*, *balance*, *reconciling*, *caregiver*, *caregivers*, *caregiving*, *dementia*, *Alzheimer*, *elderly*, y *frail elders*; disponiéndose todas las combinaciones posibles entre ellas. Cada combinación

(e.g. *employment and caregiving*) fue introducida en tres ocasiones en la base PsycINFO: como descriptores, título y palabras clave. Debido a la escasez de resultados encontrados no fue necesario establecer más especificaciones, salvo para aquellas combinaciones que contenían el término *care*, de significado mucho más amplio. En estos casos la búsqueda debía excluir las publicaciones que incluyesen las palabras, *family conflict, children, child, o parental care*, en cualquiera de los campos. Asimismo, se procedió a revisar también las referencias mencionadas en cada uno de los artículos seleccionados. En la base *MEDLINE* se emplearon los mismos identificadores que en *PsycINFO* aunque esta vez éstos fueron introducidos como título y tema (*topic*).

Una vez presentada la lista de artículos adecuados a las condiciones de búsqueda, se identificaron los que se referían concretamente al cuidado no profesional de mayores dependientes. Ello excluyó un número importante de artículos que se referían a la conciliación familiar, al cuidado de personas con algún tipo de discapacidad sin importar la edad de los receptores de cuidado y repercusiones de la conciliación en el mercado laboral y/o en la familia (e.g., esposos, e hijos). Tampoco se consideraron artículos de opinión, revisiones bibliográficas, e investigaciones dirigidas a la validación de instrumentos de medida o de procedimientos terapéuticos. Como resultado del procedimiento descrito se identificaron doce artículos de interés referidos específicamente a los efectos emocionales de la combinación de la vida laboral y el cuidado de mayores dependientes, ocho de ellos realizados en Estados Unidos (Bullock, Crawford y Tennstedt, 2003; Covinsky et al., 2001; Edwards et al., 2002; Gillen y Marks, 2005; Lee, Walker y Shoup, 2001; Scharlach, Gustavson y Del Santo, 2007; Stephens, Townsend, Martire y Druley, 2001; Wilson et al., 2007); dos en Taiwán (Wang et al., 2011; Wang, Shyu, Tsai, Yang y Yao, 2013); uno en Canadá (Reid et al., 2010); y sólo uno en Europa, concretamente en Austria (Trukeschitz, Schneider,

Mühlmann y Ponocny, 2013). Dichos artículos aparecen resumidos en la Tabla 4.1. En ella se presentan los estudios ordenados cronológicamente (comenzando por los más recientes) y considerando para cada uno: (1) Identificación del trabajo (autores y año de publicación); (2) Número de participantes y características (edad, género y parentesco con la persona cuidada, situación laboral, dedicación al trabajo) (3) Diseño; (4) Variables e instrumentos de medidas utilizados; y (5) Resultados encontrados.

Tabla 4.1. Estudios que valoran el estado emocional y las interferencias en el trabajo de los cuidadores de mayores dependientes

	Participantes	Diseño	VARIABLES evaluadas e instrumentos de medida	Resultados
Trukeschitz et al. (2013)	N=938 (52,5% cuidadores de mayores dependientes) -Edad media: 49,6 años -Género: 70,9% mujeres -Situación laboral: 100% trabajadores	Estudio transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Variables sociodemográficas e información relativa al cuidado • Características del trabajo e interferencias en el mismo • Motivación laboral (UWES) • Nivel de dependencia • Nivel de carga (CBI) • Estado de salud • Tiempo de dedicación a actividades de ocio 	<p>-El cuidado de un familiar mayor se relaciona con mayor conflicto en el trabajo, si: aumentan las horas de cuidado y la percepción de carga.</p> <p>-El nivel de compromiso experimentado por el cuidador, el nivel de habilidades percibidas por el cuidador para el desempeño del trabajo y mayor motivación laboral reduce los niveles de tensión en el trabajo.</p>
Wang et al. (2013)	N=176 (cuidadores de mayores con demencia) -Edad media: 51,6 años -Género:54,5% mujeres -Parentesco: 35,2% hijo/as, 19,9% hijas políticas y 19,3% esposas -Dedicación al trabajo: 39,8% tiempo completo, 10,8% tiempo parcial y 49,4% no trabaja.	Estudio transversal correlacional	<ul style="list-style-type: none"> • Variables sociodemográficas e información relativa al cuidado • Nivel de tensión (FCI) • Nivel de cercanía o mutualidad (FCI) • Nivel de preparación para asumir el rol de cuidador (FCI) • Nivel de sobrecarga • Salud mental (MCS versión SR-36) • Nivel de demanda en el trabajo. 	<p>-Un mayor nivel de preparación e información en la tarea de cuidado se asocia a un menor nivel de tensión en el rol en aquellos cuidadores con poco conflicto entre el cuidado y el trabajo.</p> <p>-Un mayor nivel de demandas en el cuidado se asocia con una peor salud mental en aquellos cuidadores con un nivel bajo de conflicto entre el cuidado y trabajo.</p> <p>-En los cuidadores con menor nivel de conflicto entre el trabajo y el cuidado, el nivel de preparación hace que disminuya la tensión y mantienen una adecuada salud mental inclusive cuando el nivel de demandas aumenta.</p>
Wang et al. (2011)	N=119 (cuidadores de mayores con demencia) -Edad media: 48,8 años -Género:52,1% mujeres -Parentesco: 72,3% hijo/as, 27,7 % hijas políticas -Dedicación al trabajo: 48,7% tiempo completo, 12,6 % tiempo parcial y 38,7% no trabaja	Estudio transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Variables sociodemográficas e información relativa al cuidado • Nivel de tensión (FCI) • Recursos internos y externos (FCI) • Depresión (CES-D) • Nivel de demanda en el trabajo 	<p>-Cuidadores que tienen un empleo a tiempo completo presentan más tensión en los roles que aquellos con empleo a tiempo parcial o desempleados.</p> <p>-Nivel de demandas explica 16% de la varianza de tensión del rol y 6% de la varianza en depresión.</p> <p>-Cuidadores que tienen más inflexibilidad en el trabajo presentan más síntomas depresivos.</p>

Tabla 4.1. (Cont.)

	Participantes	Diseño	Variables evaluadas e instrumentos de medida	Resultados
Reid et al. (2010)	N=243 (cuidadores de mayores dependientes) -Edad media: 54,1 años -Género: 69,1% mujeres -Situación laboral: 56% trabaja, 44% no trabaja.	Estudio transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Variables sociodemográficas e información relativa al cuidado • Interferencia en el trabajo (WIS) • Sobrecarga (CBI) • Nivel de bienestar (LSS) • Autoestima (AE) • Apoyo social (AS) 	-La cantidad de interferencias en el trabajo se relaciona positivamente con el nivel de sobrecarga pero no con la autoestima ni bienestar del cuidador. -Las tareas de cuidado afectan disminuyendo el rendimiento laboral del cuidador. -A mayor grado de dependencia del receptor de cuidados mayor sobrecarga en el cuidador.
Scharlach et al. (2007).	N=1183 (cuidadores de mayores dependientes) -Situación laboral: 40% trabaja, 60% no trabaja.	Estudio transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Variables sociodemográficas e información relativa al cuidado • Necesidades del receptor de cuidados (RC) y recursos utilizados (diseño propio) • Adecuación de servicios para RC • Utilización de ayuda formal e informal 	-Los RC de cuidadores que trabajan reciben menos ayuda por parte de sus cuidadores, recibiendo mayor asistencia de personal de pago, utilizando en mayor medida recursos formales de asistencia, presentando mayores dificultades que aquellos RC que sus cuidadores no trabajan. -Cuidadores trabajadores utilizan en mayor medida los servicios de apoyo en comparación con cuidadores que no trabajan.
Wilson et al. (2007)	N=453 (cuidadores de mayores con demencia: tipo Alzheimer o vascular) -Edad media: 56,7 años -Género: 90% mujeres -Situación laboral: 100% trabaja	Estudio transversal (datos obtenidos del estudio National Longitudinal Caregivers Survey NLCS)	<ul style="list-style-type: none"> • Variables sociodemográfica e información relativa al cuidado • Estado de salud • Depresión (CES-D) • Grado de dependencia del RC • Absentismo del trabajo (días y horas) 	-Depresión del cuidador se asocia con probabilidad de ausentarse del trabajo en cualquier momento. -Ser mujer, tener mayores ingresos económicos y tener mayores responsabilidades de cuidado se asoció con un mayor absentismo en el trabajo.
Gillen y Chung (2005)	N=170 (cuidadores de mayores dependientes) -Edad: entre 18-40 años -Género: 67% mujeres -Situación laboral: 47,6% trabaja	Estudio transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Variables sociodemográfica e información relativa al cuidado • Interferencias en el trabajo • Depresión (CES-D) 	-Cuidadores que trabajan y presentan mayores niveles de sintomatología depresiva llegarán tarde al trabajo, saldrán más temprano, pedirán días de permiso sin retribución, faltarán por enfermedades y pedirán más días de asuntos personales.
Bullock et al. (2003)	N=119 (cuidadores de mayores dependientes) Raza de los cuidadores: Afroamericana -Edad media: cuidadores que trabajan: 45,4 años y cuidadores que no trabajan 55,2 años -Género: 70,1% mujeres cuidadoras que no trabajan, y 74,1 mujeres cuidadoras que no trabajan -Situación laboral: 52% trabajan; 48% no trabajan	Estudio transversal	<ul style="list-style-type: none"> • Variables sociodemográfica e información relativa al cuidado • Grado de dependencia del RC (Katz) • Utilización de ayuda formal e informal • Interferencias en el trabajo por el cuidado 	-Los cuidadores que trabajan no proveen menos tiempo de cuidado que aquellos cuidadores que no trabajan. -Los RC que tienen cuidadores con algún tipo de empleo utilizan en mayor medida servicios de ayuda formales. -La mayoría de los cuidadores que no tienen empleo lo han tenido que abandonar y se mantienen fuera de la fuerza laboral debido a las responsabilidades del cuidado.

Tabla 4.1. (Cont.)

	Participantes	Diseño	Variables evaluadas e instrumentos de medida	Resultados
Edwards et al. (2002)	N=202 (cuidadores de mayores con demencia) -Edad media: 56 años -Género: 84% -Parentesco: 56% hijas, 17% esposas, 11% hijas políticas, 8 % esposos, 7% hijos y 1% hijos políticos. -Situación laboral: 50% trabajan; 50% no trabajan.	Estudio transversal (datos obtenidos de un estudio Longitudinal)	<ul style="list-style-type: none"> • Variables sociodemográfica e información relativa al cuidado • Niveles de preocupación y tensión (WSS) • Sobrecarga del rol (RO) • Niveles de conflicto en el trabajo (WCRC) • Depresión (CES-D) • Grado de dependencia del RC • Problemas de memoria y comportamiento del receptor de cuidados (MBPC) 	<p>-No existen diferencias significativas en depresión ni niveles de preocupación y tensión entre los cuidadores que trabajan y los que no trabajan.</p> <p>-Cuidadores que trabajan y presentan mayores niveles de conflicto se relaciona con mayores niveles de sobrecarga y preocupación y tensión.</p> <p>-Los cuidadores que presentan mayores conflictos en el trabajo presentarán un incremento de la sintomatología depresiva cuando experimentan pocas experiencias positivas en el trabajo.</p>
Stephens et al. (2001)	N=278 (cuidadores de mayores dependientes) -Edad media: 43,6 años -Género: 100 % mujeres -Parentesco: 87% hijas, 13% nueras. -Situación laboral: 100% trabajan.	Estudio transversal (datos obtenidos de un estudio Longitudinal)	<ul style="list-style-type: none"> • Variables sociodemográfica e información relativa al cuidado • Niveles de sobrecarga • Niveles de conflicto interrol • Depresión (CES-D) • Niveles de restricción en actividades placenteras 	<p>-Un mayor conflicto con el cuidado de un padre se relaciona con: menor nivel educativo, el RC presenta un mayor nivel de deterioro cognitivo y problemas de conducta, tienen hijos mayores, llevan más tiempo casadas, ocupan puestos de menor responsabilidad en el trabajo, tienen un menor nivel de ingresos familiares y personales.</p> <p>-Si el conflicto se genera entre ser cuidador y el empleo: son personas de mayor edad, tienen un mayor nivel de educación, son madres de hijos mayores y llevan más tiempo casadas.</p> <p>-El conflicto entre trabajo y atención a padres es el que más afecta el bienestar emocional de las cuidadoras.</p> <p>-A mayores problemas de conducta del RC mayor nivel de síntomas depresivos en los cuidadores.</p>

Tabla 4.1. (Cont.)

	Participantes	Diseño	VARIABLES EVALUADAS E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	Resultados
Covinsky et al. (2001)	N=4592 (cuidadores de mayores dependientes, 54% de los RC con demencia) -Edad media: 45,3 años -Género: 62% mujeres -Parentesco: 26,7 % hijos o hijos políticos, 41,2% hijas o hijas políticas. -Situación laboral: 100% trabajan o potencialmente trabajadores	Estudio transversal. (datos obtenidos de un estudio Longitudinal)	<ul style="list-style-type: none"> • Variables sociodemográfica e información relativa al cuidado • Interferencias en el trabajo • Grado de dependencia de RC (Katz) • Funcionamiento cognitivo (PSMSQ) 	-Los cuidadores que trabajan y viven con el RC son más propensos a reducir su jornada laboral que aquellos que no conviven con el RC, puesto que experimentan mayores niveles de sobrecarga y estrés. -Si el RC tiene demencia, el cuidador reducirá en mayor medida su jornada laboral. -Las hijas mujeres e hijas políticas serán más propensas a reducir su jornada laboral en comparación de los hijos hombres e hijos políticos.
Lee et al. (2001)	N=527 (48,1% cuidadores de mayores dependientes) -Género: 57% mujeres -Situación laboral: 83% trabajan, 17% no trabajan	Datos obtenidos de un estudio Longitudinal Nacional sobre Salud y Jubilación	<ul style="list-style-type: none"> • Variables sociodemográfica e información relativa al cuidado • Depresión (CES-D) • Salud mental y física 	-Cuidadores que trabajan y asisten más horas al RC presentan un peor estado emocional que aquellos que prestan asistencia menos horas. -Cuidadores que ocupan ambos roles (cuidar y trabajar) tienen un peor estado emocional que aquellos que sólo desempeñan un rol.

UWES= Utrecht Work Engagement Scale (Schaufeli, Bakker y Salanova, 2006); FCI= Family Caregiving Inventory (Archbold y Stewart, 1996; Archbold, Stewart, Greenlick y Harvath, 1990, 1992); MCS= Mental Component Summary versión en taiwan del SR-36; SF-36= 36 Item Short-Form Health Survey (Ware y Sherbourne, 1992); CES-D= Center or Epidemiologic Studies Scale (Radloff, 1977); WIS= Work Interference Scale de Reid et al., 2010); CBI= Caregiver Burden Inventory (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980); PANAS= Positive and Negative Affect Scale (Watson, Clark y Tellegen, 1988); RMBPC=Revised Memory and Behaviour Problems Checklist (Teri, Truax, Logsdon, Uomoto, Zarit y Vitaliano, 1992); LSS= Life Satisfaction Scale (Andrew y Withey 1976); SS=Soporte Social (Pearlin, Menaghan, Lieberman y Mullan, 1981); AE= Autoestima (Rosenberg, 1965); RC= Receptores de cuidados; Carga e Índice de Dependencia del enfermo (IADL) (Lawton y Brody,1969), Grado de Dependencia del enfermo (Katz, Ford y Moskowitz, 1963);WSS=Worry and Strain Scale (Zarit et al., 1998); RO=Role Overload (Pearlin et al., 1990); WCRC= Work Caregiving Role Conflict (Pearlin et al., 1990); (PSMSQ= Short Portable Mental Status Examination (Pfeiffer, 1975); JCQ= Job Content Questionnaire (Hurrell, Nelson y Simon, 1998).

Características de los participantes

De los 12 estudios seleccionados, 5 utilizan muestras de conveniencia, incluyendo cuidadores cuya participación fue voluntaria o que fueron reclutados a través de grupos de apoyo, asociaciones, instituciones médicas, hospitales, universidades o centros de día. En 4 estudios las muestras fueron aleatorias entre los participantes de otros estudios longitudinales sobre cuidadores (Edwards et al., 2002; Lee et al., 2001; Stephens et al., 2001; Wilson et al., 2007); en dos de ellos, las muestras fueron obtenidas mediante el listado telefónico de la provincia en donde se desarrolló el estudio (Reid et al., 2010; Scharlach et al., 2007); y finalmente en el estudio de Trukeschitz et al. (2013) la muestra estuvo compuesta por cuidadores seleccionados mediante un muestreo estratificado.

La recogida de información se efectuó o bien a través de entrevistas directas (Covinsky et al., 2001; Edwards et al., 2002; Reid et al., 2010; Stephens et al., 2001); por correo mediante un sobre franqueado para la devolución (Gillen y Chung, 2005; Trukeschitz et al., 2013; Wilson et al., 2007; Wang et al., 2011, 2013); o por teléfono (Bullock et al., 2003; Scharlach et al., 2007). Obsérvese que Lee et al. (2001) combinan el procedimiento directo de toma de datos, con entrevistas telefónicas, y el envío por correo de las baterías autoaplicadas, al ser datos de un estudio Nacional Longitudinal sobre Salud y Jubilación.

En cuanto al número de participantes de los estudios, en cuatro, el número de participantes se sitúa entre los 100 y 199 (Bullock et al., 2003; Gillen y Chung, 2005; Wang et al., 2011, 2013); en tres ocasiones, tienen entre 200 y 300 (Edward et al., 2002; Reid et al., 2010, Stephens et al., 2001); en dos, entre 400 y 550 participantes (Lee et al., 2001; Wilson et al., 2007); en otros dos, entre 900 y 1200 participantes (Scharlach et

al., 2007; Trukeschitz et al., 2013); y finalmente Covinsky et al. (2001) parte de una muestra de más de 4.000 cuidadores.

En cuanto a la situación laboral de los participantes, la mayor parte de los estudios señalan como requisito que los cuidadores estén trabajando a jornada completa o parcial. En el caso de los estudios en los que participan cuidadores que no trabajan, éstos se dedican en mayor medida a tareas del hogar. En estos casos, la mayoría de los cuidadores son cónyuges de los receptores de cuidados.

De los 12 estudios seleccionados, en cuatro, los participantes tienen como requisito ser cuidador de una persona con Alzheimer u otro tipo de demencia (Edwards et al., 2002; Wang et al., 2011, 2013; Wilson et al., 2007), y en los ocho restantes la condición es ser cuidadores de mayores dependientes en general.

En todos los estudios, se observa que el número de mujeres cuidadoras es superior al porcentaje de hombres, lo cual corresponde con el perfil general de los cuidadores, tanto en nuestro país (e.g., IMSERSO 2005), como en otros contextos. En tres estudios casi la totalidad de los participantes fueron mujeres (Edwards et al., 2002; Stephens et al., 2001; Wilson et al., 2007). No obstante, es de mencionar que en la mayoría de los estudios hay un porcentaje importante de hombres (rango entre 29,1% y 47,9%).

Con respecto a la edad media de los participantes, al estar la mayoría estudios orientados a evaluar a cuidadores que cumplen un doble rol, el rango de edad de los cuidadores que se encuentran trabajando se sitúa en torno a los 45 y los 56 años, aunque con una mayor concentración de cuidadores entre los 45-50 años. Sin embargo, el rango de edad aumenta ligeramente a 55-80 años cuando se trata de cuidadores que no trabajan. La edad de los participantes de los estudios también se relaciona con el tipo de relación existente entre el cuidador y el mayor dependiente. La gran mayoría de los

participantes de los estudios son hijos o hijos políticos de la persona cuidada, en cuyo caso la edad media es menor, en comparación a los cuidadores que son cónyuges, con una edad media algo superior.

Por último, en aquellos estudios en las que se detallan aspectos sociodemográficos relativos al adulto mayor dependiente, se observa que la edad oscila entre los 73-81 años, y que la amplia mayoría son mujeres (rango de entre 40,3% y 72%) (Reid et al., 2010; Scharlach et al., 2007; Wang et al., 2011, 2013).

Metodología de los estudios

Casi la totalidad de los estudios utilizan un diseño comparativo de dos o más grupos, realizando la comparación entre los grupos de cuidadores que trabajan y cuidadores que no trabajan; sólo dos estudios (Lee et al., 2001; Trukeschitz et al., 2013) realizan las comparaciones de las variables evaluadas entre un grupo de cuidadores que trabajan y un grupo de personas no cuidadoras que trabajan. Tres estudios utilizan diseños transversales con medida única de las variables evaluadas, siendo las muestras únicamente cuidadores que trabajan (Covinsky et al., 2001; Gillen y Chung, 2005; Wilson et al., 2007).

Todos los estudios presentan un análisis descriptivo de los resultados, y la gran mayoría utiliza procedimientos de análisis de regresión (i.e., regresión múltiple, regresión jerárquica, regresión lineal, etc.) o análisis multivariantes para considerar los resultados.

En cuanto a las variables e instrumentos de medida empleados, en la mayoría de los estudios la variable utilizada con más frecuencia para valorar la salud psicológica de los cuidadores ha sido la depresión, evaluada en la mayoría de los casos a través de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977). Esto se debe a que el CES-D es el instrumento que más consistencia ha demostrado para

valorar la depresión en los estudios con cuidadores (Pinquart y Sörensen, 2003; Schulz et al., 1995). En cuanto a las demás variables evaluadas en los estudios, éstas son muy diversas dado que los estudios persiguen distintas metas y objetivos. En general, se centran en dos objetivos principales: valorar el estado emocional y la tensión de rol de los cuidadores trabajadores en comparación con los cuidadores que no trabajan (Edwards et al., 2002; Gillen y Chung 2005; Lee et al., 2001; Stephens et al., 2001; Wang et al., 2011); y en otras se investiga el efecto o interferencias del cuidado en el trabajo y/o en la calidad del cuidado (Bullock et al., 2003; Covinsky et al., 2001; Scharlach et al., 2007; Trukeschitz et al., 2013). Mientras que otros tres combinan ambos objetivos (Reid et al., 2010; Wilson et al., 2007; Wang et al., 2013).

Por otro lado, en tres estudios (Edwards et al., 2002; Reid et al., 2010; Stephens et al., 2001) las variables incluidas se basan en el modelo de estrés y afrontamiento para explicar la problemática de los cuidadores (enmarcada dentro del modelo de Pearlin et al., 1990) en la que se distinguen tres factores interrelacionados entre sí: estresores, mediadores y resultados en el estado emocional y físico del cuidador. Por otra parte, siete estudios (Edwards et al., 2002; Reid et al., 2010; Scharlach et al., 2007; Stephens et al., 2001; Trukeschitz et al., 2013; Wang et al., 2011, 2013) utilizan la teoría del agotamiento o escasez de recursos (basada en Goode, 1960) o la teoría del enriquecimiento o la expansión de recursos (basada en Marks, 1977; Sieber, 1974), para explicar las posibles reacciones de los cuidadores al estar inmersos en ambos roles (i.e., el cuidado y un trabajo remunerado).

Para terminar, en todos los estudios se observan algunas limitaciones, reconocidas en muchos casos por los propios autores. Todas las investigaciones revisadas son estudios transversales, lo que no permite tener información acerca de cómo era la salud antes de ejercer el rol de cuidador, o de empezar a trabajar, y más aun

no permite valorar los cambios que se pueden presentar con el tiempo en las llamadas “trayectorias de salud” (Pearlin, 2010). La realización de investigaciones longitudinales es necesaria para entender la evolución de la salud emocional y física de los cuidadores y el impacto que puede tener en ellas el ejercer múltiples roles, entendiendo que esto no tiene por qué tener siempre consecuencias negativas en los cuidadores.

Asimismo, al contar con un solo momento de medida de las variables evaluadas, no se puede conocer el “tránsito” de los cuidadores entre un rol y otro rol, es decir, si han empeorado o mejorado en su estado emocional una vez que han asumido u dejado de desempeñar un rol. Otra limitación podría ser que aquellos cuidadores que han señalado que no trabajan, lo hagan o bien por causas del cuidado o bien por otras que no tienen que ver con ello, y para los análisis hayan sido tomados como no “trabajadores”, sin tener en cuenta los motivos. Otras limitaciones en algunos de los estudios, es la utilización de muestras de conveniencia (e.g., mujeres cuidadoras trabajadoras de una universidad), y por ello no se pueden generalizar los resultados obtenidos. Asimismo, los resultados obtenidos en los diversos estudios no permiten establecer diferencias de género y/o culturales (9 estudios están realizados en poblaciones angloparlantes, dos en poblaciones taiwanesas y una con austriacos y todos ellos con una amplia mayoría de participantes mujeres).

Resultados de los estudios

De manera general, los estudios analizados muestran que asumir el cuidado de un mayor dependiente y mantenerse en la fuerza laboral, repercute de manera negativa en el estado emocional de los cuidadores, así como en su desempeño laboral. De esta manera, la hipótesis de la escasez o agotamiento de recursos se ve confirmada en más de la mitad de los estudios revisados.

Así, Lee et al. (2001) señalan que la sintomatología depresiva aumenta en aquellos cuidadores que desempeñan ambos roles (i.e., cuidado y trabajo remunerado); sin embargo, éstos no presentan una peor salud emocional si se les compara con cuidadores que sólo ocupan un rol. No obstante, la salud emocional de los cuidadores trabajadores tiende a disminuir y tornarse más afectada, según los cuidadores se van involucrando e invirtiendo más horas en las tareas de asistencia al familiar mayor dependiente. Por lo tanto, mientras más horas al día se dediquen al cuidado la sintomatología depresiva tiende a aumentar, y por lo tanto su salud emocional empeorará.

Stephens et al. (2001) con la finalidad de conocer el efecto que tiene en las mujeres desempeñar simultáneamente varios roles (i.e., cuidadora de un mayor dependiente, cuidador de un hijo/a en casa, esposa, y trabajadora), encontraron que el rol de cuidadora de un familiar mayor dependiente es el rol que mayor conflicto genera con los otros roles desempeñados. Estos investigadores reportaron que un 38% de las cuidadoras participantes experimentaron un conflicto importante entre el cuidado y el trabajo. Estos resultados sugieren que la carga experimentada por las exigencias derivadas de las tareas de cuidado, aumenta el estrés en las cuidadoras, merma sus recursos, y, por consiguiente, perjudica el bienestar y sentido de identidad de las cuidadoras trabajadoras. En definitiva, para estos investigadores, y en congruencia con otros estudios, el aumento de la sintomatología depresiva en las mujeres trabajadoras cuidadoras se relaciona no sólo con las altas demandas de las tareas de cuidado sino con la influencia que puede tener la combinación de los múltiples roles en los que las mujeres se ven inmersas (i.e., esposas, madres, hijas, trabajadoras, etc.).

En la misma línea, Gillen y Chung (2005), también confirman la hipótesis de la escasez de recursos en relación al cuidado y el empleo remunerado. Estos autores

señalan que los cuidadores que debido las responsabilidades asociadas al cuidado llegan tarde al centro laboral, faltan al trabajo, solicitan días de asuntos propios, solicitan permisos sin retribución, salen antes de completar la jornada laboral y se ausentan por motivos de enfermedad suelen presentar elevados niveles de sintomatología depresiva. En consonancia, Wilson et al. (2007) señalan la asociación entre la sintomatología depresiva en los cuidadores y el número de horas laborales pérdidas y/o una mayor probabilidad de perder horas laborales como resultado de las demandas propias del cuidado. Por lo tanto, cuanto más severa sea la depresión del cuidador, más probabilidad de que se pierdan días laborales debido a las tareas de asistencia.

En congruencia con lo anterior, Wang et al. (2011), encuentran que las presiones propias del contexto laboral, las responsabilidades del trabajo y la falta de políticas de flexibilidad laboral, afectan a los cuidadores en el desempeño de sus tareas de cuidado. Así, la incompatibilidad laboral explica el 16% de la varianza de la tensión del rol del cuidador, y el 6% de la varianza de la sintomatología depresiva. Para Bullock et al. (2003), la necesidad de compaginar ambos roles no sólo afecta al estado emocional de los cuidadores, sino que también se ve reflejado en una disminución importante en los salarios de los cuidadores trabajadores y/o una imposibilidad de búsqueda de empleo. Muchos cuidadores deben renunciar al trabajo para centrarse en el cuidado, y se ven imposibilitados de reincorporarse a la fuerza laboral, con lo que ello supone (e.g., actualización de conocimientos, tiempo de cotización, jubilación, etc.).

En cuanto a la calidad de cuidados brindados a los familiares receptores de asistencia, Scharlach et al. (2007) encuentran elementos para confirmar una vez más la teoría de la escasez de recursos. Ellos señalan que el agotamiento en los cuidadores, producto del tiempo y energía que emplean en el desempeño de ambos roles, repercute en el tiempo invertido en cuidar, llegando en algunas ocasiones a disminuir la cantidad

de horas semanales que emplean en el cuidado. Esta disminución se toma como medida provisoria, antes de tener que tomar la decisión de renunciar al trabajo para centrarse en el cuidado. De hecho, la posibilidad de seguir trabajando les permite compensar las horas reducidas de cuidado que pueden ofrecer, utilizando asistencia remunerada o servicios de ayuda formal.

Si bien los estudios comentados anteriormente reportan evidencia que sustenta la hipótesis de la escasez o agotamiento de recursos en los cuidadores trabajadores, también hay estudios que no toman partido por ninguna de las dos hipótesis encontrando resultados que apoyan en cierta medida la hipótesis de la escasez así como la hipótesis de la expansión de recursos. De esta manera, Edwards et al. (2002) no encuentran diferencias significativas en el estado emocional y las tensiones del rol entre cuidadores que trabajan y los que no. Al examinar sólo al grupo de cuidadores trabajadores, encuentran que sólo determinados conflictos en el trabajo se relacionan con una mayor tensión en el rol. De hecho, la condición laboral *per se*, no es vista como una condición de desventaja para los cuidadores, sino más bien determinadas circunstancias en el trabajo (e.g., el número de horas trabajadas por semana) pueden generar conflictos con el rol del cuidador, y afectar negativamente el estado emocional de los cuidadores. De tal manera, un cuidador experimentará un mayor conflicto entre ambos roles, y por consiguiente un aumento de la sintomatología depresiva, sólo en el caso que el trabajo le proporcione pocas experiencias laborales positivas. En otras palabras, la satisfacción laboral servirá de amortiguador del efecto del estrés que puede generar la dualidad de roles. No obstante, señalan que los cuidadores con jornadas laborales más amplias (i.e., más horas trabajadas al día) tienden a presentar mayores conflictos trabajo-cuidado en comparación con los cuidadores que trabajaron menos horas al día.

Trukeschitz et al. (2013) consideran también que el desempeño de ambos roles puede tener efectos positivos, sustentado la hipótesis de la expansión de recursos. Así, estos autores señalan que los aspectos positivos derivados del cuidado, como son el orgullo de sentir que se es capaz de dominar las responsabilidades y desafíos que supone el cuidado de un familiar mayor, el esfuerzo, la percepción de poseer una sólida fuente de apoyo social por parte de amigos y familiares para hacer frente a las situaciones adversas, y la misma satisfacción que proporciona poder cuidar a alguien que se quiere, ayudan a paliar los efectos negativos que se pueden generar del conflicto entre ambos roles, más aun, ayudará a mejorar el desempeño laboral del cuidador-trabajador. No obstante, Trukeschitz et al. (2013) también encuentran elementos para sustentar la hipótesis de la escasez o agotamiento, argumentando que la presencia de ciertas características de la situación de cuidado como son la cantidad de tiempo empleado en las tareas de cuidado, altos niveles de carga y la percepción de mayor carga subjetiva, se asociará con mayores niveles de conflicto entre el trabajo-cuidado.

Reid et al. (2010) proponen que los cuidadores que trabajan no presentan un peor estado emocional en comparación con los que no trabajan. Sin embargo, sí hacen hincapié en la relación existente entre mayores interferencias laborales y elevados niveles de carga como consecuencia del cuidado. Por consiguiente, los cuidadores que manifestaron que su desempeño laboral se había visto afectado por las tareas de cuidado, señalaron experimentar mayores niveles de sobrecarga.

Por otro lado, Wang et al. (2013) estudian la existencia del conflicto cuidado-trabajo y el efecto moderador de las variables reciprocidad y preparación en el estado de salud mental y la tensión del rol de los cuidadores trabajadores. Así, en este estudio, los cuidadores con bajos niveles de conflicto entre el trabajo y cuidado, y con mayores niveles de preparación (i.e., sentirse preparados y con conocimientos para desempeñar

el rol de cuidador) experimentan menores tensiones en el rol. De la misma forma, en los cuidadores con bajo conflicto trabajo–cuidado, el nivel de preparación los ayuda a reducir la tensión del rol y mantener una adecuada salud mental, aun en situaciones de excesiva sobrecarga.

Por lo que respecta a las *variables predictoras* de un peor estado emocional en aquellos cuidadores que ocupan ambos roles, los resultados de los estudios indican la existencia de un conjunto de variables que se relacionan con un peor estado emocional en los cuidadores trabajadores como son:

En relación al cuidador: el género, la raza, menor nivel educativo, un menor nivel socioeconómico, menor nivel de responsabilidad y cualificación del trabajo y tener hijos menores de 18 años al cargo del cuidador.

Con respecto al género, los estudios en cuidadores en general ponen de manifiesto de manera consistente que son las mujeres las que más ocupan el rol de cuidador, por lo tanto también son ellas, en el caso de tener que desempeñar múltiples roles, las que mayores problemas presentan a la hora de compatibilizar trabajo-cuidado, así como un peor estado emocional (Lee et al., 2001; Reid et al., 2010; Stephens et al., 2001; Trukeschitz et al., 2013).

Con relación a la raza, los cuidadores de minorías étnicas (e.g., afroamericana o hispana) en comparación a los de raza blanca tienen mayor probabilidad de presentar conflictos entre trabajo-cuidado (Bullock, et al., 2003; Covinsky et al., 2001; Scharlach et al., 2007).

Con respecto al nivel socioeconómico y educativo del cuidador, los estudios consultados señalan que un menor nivel educativo de los cuidadores se relaciona con más conflictos, lo cual a su vez tiene una relación directa con un trabajo de menor cualificación y, por ende, menores ingresos económicos, datos corroborados también en

la literatura sobre cuidadores (Edwards et al., 2002; Gillen y Chung, 2005; Scharlach et al., 2007; Stephens et al., 2001).

Si bien los estudios consultados señalan que un bajo nivel de ingresos económicos en el cuidador es un factor de riesgo de mayores problemas en la compaginación laboral y el cuidado, curiosos son los datos obtenidos por Wilson et al. (2007), quienes encontraron que los cuidadores con mayores ingresos presentan una mayor sintomatología depresiva y pierden más horas laborales debido a las responsabilidades asociadas al cuidado (3,8% horas más en el último mes). Lo anterior se podría atribuir a que posiblemente al percibir mayores ingresos, los cuidadores que conviven en el domicilio con el familiar receptor de cuidados (haciéndose cargo de los gastos que ello genera) se ven expuestos a un mayor nivel de demandas de cuidado. Por lo tanto, al tener que responder a dichas demandas y al contar con una paga más elevada, pueden decidir faltar al trabajo o salir antes de cumplir el horario, sin que ello perjudique su nivel de ingresos. Sin embargo, esta situación termina perjudicando la salud emocional de los cuidadores aumentando la sintomatología depresiva en ellos.

Y finalmente, si hablamos de cuidadoras hijas de mediana edad, éstas pueden tener estresores añadidos a la situación de cuidado del familiar mayor dependiente, al tener que desempeñar distintos roles familiares que pueden entrar en conflicto, como por ejemplo el tener hijos menores de edad a su cargo (Stephens et al., 2001; Wang et al., 2011). De hecho, Stephens et al. (2001) mencionan que si los hijos a cargo están en edad adolescente (i.e., entre los 12 y 18 años) la tensión y el estrés se pueden intensificar, al tener el cuidador que lidiar con problemática propia de la edad adolescente (e.g., rebeldía, aislamiento, etc.). Sin embargo, el convivir con hijos menores en el hogar no siempre tiene que ser visto como algo negativo, pues éstos

pueden proporcionar un mayor apoyo y servir de compañía tanto a los receptores de cuidado como a los cuidadores.

Con relación al estado del mayor, los estudios señalan que los cuidadores que asisten a familiares con un mayor grado de dependencia, que presentan mayores niveles de comportamientos perturbadores (e.g., deambular, gritar, preguntar una y otra vez lo mismo, insomnio, etc.), que vienen ejerciendo por mayor tiempo el rol de cuidador, que prestan una mayor cantidad de ayuda y más horas por día, o que conviven con el familiar en el mismo domicilio presentarán mayores problemas para compaginar la vida laboral y el cuidado de sus familiares dependientes, todo ello repercutiendo de manera negativa en la salud emocional de los cuidadores (Covinsky et al., 2001; Lee et al., 2001; Reid et al., 2010; Stephens et al., 2001; Trukeschitz et al., 2013; Wang et al., 2011).

En relación a los recursos, la mayoría de los estudios consultados coinciden que la falta de apoyo social tiene repercusiones importante en el estado emocional de los cuidadores, se encuentren éstos trabajando o no. Sin embargo, cuando estos se encuentran compaginando ambas labores y carecen de apoyo social las consecuencias pueden ser aun mayores. Un menor apoyo social se asocia con mayores niveles de malestar emocional y de sobrecarga. Es importante mencionar que es la calidad de dicho apoyo social más que la cantidad, la que explica el efecto que éste puede tener en el estado emocional de los cuidadores tanto trabajadores como no trabajadores (Clay, Roth, Wadley y Haley, 2008).

Con relación a las *interferencias laborales* como consecuencias del cuidado, los estudios consultados señalan que como consecuencia del conflicto que se experimenta entre ambas esferas, el rendimiento laboral del cuidador puede ser menor, ya que éste se puede encontrar cansado o preocupado por el alto grado de demandas a

las que se ve expuesto por el cuidado, o por recibir constantemente llamadas telefónicas del familiar o sobre asuntos relativos a él/ella (Bullock et al., 2003; Reid et al., 2010). Además, si con el tiempo no se logra encontrar un equilibrio entre ambas esferas, el cuidador incluso puede llegar a reducir el número de horas trabajadas, cambiar el turno laboral, aumentar los pensamientos o deseos sobre la idea de renunciar al trabajo o incluso llegar a concretarlo (Bullock et al., 2003; Covinsky et al., 2001; Reid et al., 2010).

En la misma línea, otras de las interferencias laborales que presentan los cuidadores como consecuencia de tener que atender las responsabilidades del cuidado (e.g., llevar al receptor de cuidados a una cita médica, realizar papeleos o gestiones burocráticas relativas al cuidado, etc.) son: llegar tarde al trabajo, salir antes de cumplir la jornada laboral, pedir permisos sin retribución, o pedir días de asuntos propios y tener que salir de manera imprevista para atender algún asunto relativo al familiar enfermo (Gillen y Chung, 2005; Reid et al., 2010; Wilson et al., 2007). Todo lo anterior repercute de manera negativa tanto en la salud emocional de los cuidadores como en su desempeño laboral.

5. CONCLUSIONES

La revisión de los estudios consultados nos sugiere que hasta el momento no se dispone de una línea lo suficientemente clara que nos permita afirmar que simultanear el cuidado de un mayor dependiente y tener un trabajo remunerado necesariamente perjudica la salud emocional ni el bienestar de los cuidadores. De hecho, la revisión nos aporta evidencias para sustentar ambas hipótesis, tanto la de escasez de recursos como la de expansión de recursos. Como muchos roles que en sí son exigentes y demandantes, el compaginar las tareas de cuidado de un familiar mayor dependiente y el empleo tienen el potencial de interferir entre sí, de tal manera que

pueden ser perjudiciales para el bienestar de los cuidadores. De hecho, el mantenimiento del equilibrio entre el trabajo y el cuidado se puede ver amenazado por cualquier aumento de dedicación que se haga a favor de cualquiera de los dos ámbitos, lo cual facilitará la aparición de conflictos o problemas. Sin embargo, es evidente que la experimentación de ciertas situaciones positivas, sobre todo aquellas que se experimentan dentro del contexto laboral, servirá para compensar y amortiguar los efectos perjudiciales que puede experimentar el cuidador como consecuencia de la responsabilidad de asistir a un familiar mayor dependiente, dotándole de recursos que le servirán para un mejor desempeño en ambos roles. De hecho, los estudios analizados nos permiten corroborar la coexistencia de aspectos problemáticos y positivos en la compatibilización de ambos roles, ya que estos aspectos no tienen por qué ser elementos contrapuestos e incompatibles debido a que los límites entre los roles pueden ser muy ambiguos. Tal es así, que los cuidadores pueden verse afectados por los aspectos estresantes y gratificantes de la combinación de ambos roles, aunque cada uno, tendrá distintos predictores de su ocurrencia. Así pues, se ha demostrado que los efectos que tiene en el individuo el desempeño de múltiples roles dependerá en gran medida de la calidad de las experiencias, sentimientos, y pensamientos que se originen dentro y a través de estos roles. Es decir, de la evaluación personal que realice de la situación.

De hecho, el trabajo en sí puede ser una fuente importante de gratificación y satisfacción para los cuidadores, y esto se relaciona con un mejor estado de bienestar emocional y calidad de vida. La satisfacción experimentada por los cuidadores en cualquiera de los dominios tendrá el efecto de poder influenciarse entre sí; cuando los efectos de esta compatibilización son positivos, la satisfacción experimentada tiene el poder de expandirse en el otro rol, dando como resultado una acumulación de “satisfacción” a través de los roles. Sin embargo, un efecto similar se da cuando se

produce un incremento del estrés como consecuencia de este acoplamiento de roles, generando la aparición de múltiples consecuencias negativas.

De la misma manera, debemos tener en cuenta la influencia que ejercen multitud de factores pertenecientes a diferentes categorías (contexto del cuidado; estado del mayor; y recursos individuales, familiares y comunitarios de los que dispone el cuidador) a la hora de valorar el estado emocional de los cuidadores que compaginan el cuidado con un empleo remunerado.

Sin embargo, no debemos dejar de lado el importante número de estudios que avalan la hipótesis de la escasez de recursos o agotamiento. Como se ha documentado ampliamente en la literatura científica, las tareas de cuidado de un familiar mayor dependiente exigen mucho tiempo, esfuerzos, compromisos y energía por parte del cuidador lo cual tiene una serie de consecuencias negativas en ellos ampliamente contrastadas (Lamura et al., 2008; Pinquart y Sörensen, 2003, 2007; Rogero-García, 2010a). Si a ello se le añade el hecho de tener un trabajo remunerado, que en sí implica una serie de responsabilidades adicionales, el conflicto entre ellos puede ser aun mayor, producto de las tensiones y dilemas que se pueden originar entre ambas esferas.

En definitiva, y a modo de resumen, hasta la fecha no existen resultados concluyentes que avalen sólo una de las hipótesis (i.e., escasez y enriquecimiento) propuestas por la literatura sobre los efectos de la compaginación del cuidado y el trabajo remunerado en el estado emocional del cuidador. De hecho, los datos parecen aportar evidencia para corroborar ambas hipótesis.

Sin embargo, esta falta de consistencia podría deberse a que no todas las investigaciones han considerado las mismas variables de resultado a la hora de valorar el estado emocional de los cuidadores, o han tomado en cuenta las mismas variables que pueden influenciar o modular el estado emocional del cuidador trabajador. Este podría

ser el caso de la variable género, debido a los diferentes roles, niveles de implicación y responsabilidades, hombres y mujeres experimentan niveles de conflictos muy diferentes, de modo que los hombres presentan mayores niveles de interferencia en el trabajo por el cuidado, y las mujeres mayores niveles de interferencia en el cuidado por el trabajo (Greenhaus, Parasuraman, Granrose, Rabinowitz y Beutell, 1989; Neal, Ingersoll-Dayton y Starrels, 1997; Ugarteburu-Gastañares, Cerrato-Allende e Ibarretxe-Zorriqueta, 2008).

Con todo, del análisis realizado podemos concluir que las investigaciones y el nivel de conocimiento sobre el tema del estado emocional de los cuidadores y la compatibilización laboral es limitado, debido a que las dos perspectivas teóricas que se han propuesto no llegan a ofrecer un marco teórico que combine de manera satisfactoria una explicación real de las consecuencias del conflicto, de las posibles ganancias, de los procesos de tomas de decisiones (e.g., para reducir horarios, abandonar el trabajo, etc.) y de las interacciones entre las partes implicadas (i.e., las organizaciones y la propia situación personal de cuidado).

Entender la complejidad de la situación que se puede generar entre el binomio trabajo-cuidado para un cuidador trabajador requiere un análisis detallado y exhaustivo del contexto y de todas las variables implicadas. Solamente teniendo una visión global de la situación se podrá diseñar medidas eficaces para promover el bienestar de los cuidadores trabajadores y de las personas dependientes, a través del refuerzo de los aspectos positivos y de la minimización de los aspectos negativos (Rogeró-García, 2010b). Con ello se podrá potenciar aquellas habilidades que ayudan a gestionar con éxito ambos roles y por tanto representan beneficios en el cuidador, y por otro lado intervenir en aquellas situaciones y/o problemas que repercuten en el estado emocional del trabajador. De esta manera, dar respuestas a preguntas como: ¿en qué grado las

tareas que conlleva el cuidado condicionan la continuidad en el puesto de trabajo o el poder ejercer una actividad laboral sin restricciones?; ¿está el estado emocional de los cuidadores trabajadores relacionado con su satisfacción laboral?; ¿en qué medida los múltiples roles pueden ser beneficiosos para la salud mental y bienestar de los cuidadores?; ¿de qué depende que algunos cuidadores que compaginan ambas labores experimenten mayor malestar que otros?; ¿qué lleva a que algunos cuidadores se precipiten y tomen la decisión de abandonar la fuerza laboral y se centren en el cuidado?, etc. ayudará a planificar estrategias de intervención específicas a nivel individual y organizacional que ayuden a los cuidadores trabajadores a equilibrar de manera positiva y saludable las demandas del contexto de cuidado y las del ámbito laboral.

PARTE EMPÍRICA

PARTE EMPÍRICA

6. PLANTEAMIENTO GENERAL, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Las familias son un elemento central en cómo las sociedades modernas se enfrentan a los retos del envejecimiento de la población, puesto que éstas asumen en gran medida el cuidado y atención de sus miembros mayores dependientes. Sin embargo, diversos estudios ponen de manifiesto (Casado-Marín et al., 2011; Fast et al., 2011; Moreno et al., 2013) que hoy en día los miembros de las familias que asumen el cuidado principal de un familiar se mantienen o por lo menos intentan mantenerse dentro de la fuerza laboral a la vez que se siguen encargando del cuidado de sus seres queridos, más ahora que ha aumentado la participación de la mujer en el mercado laboral, quien ha sido una parte fundamental en el cuidado de los familiares mayores dependientes (Fast, Keating y Yacyshyn, 2008; Moreno et al., 2013). Lo cierto es que los cuidadores trabajadores deben recurrir con frecuencia a cambios y/o modificaciones en sus situaciones laborales con la finalidad de permitirse seguir atendiendo sus responsabilidades como cuidadores a la vez que se mantienen dentro de la fuerza laboral, y eso puede originar una serie de consecuencias negativas en varios niveles.

Por otro lado, si bien es cierto que el cuidado de un familiar mayor al que se quiere puede ser beneficioso para el cuidador, en términos de autoestima y gratificación, la combinación de ambas responsabilidades puede ocasionar que el cuidador trabajador presente importantes dificultades emocionales que los impulse a tomar ciertas decisiones que pueden afectar tanto su desarrollo profesional como el personal.

Así pues, en la actualidad se ha abordado de manera independiente la valoración del estado emocional de los cuidadores trabajadores y los efectos laborales de la compatibilización del cuidado y trabajo. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estos elementos están condicionados entre sí; por lo tanto, a mayores problemas para

compatibilizar el trabajo y el cuidado peor podría ser el estado emocional del cuidador trabajador. Así mismo, la satisfacción laboral (entendida como la experiencia subjetiva positiva del cuidador en relación a su trabajo y el cuidado) de los cuidadores trabajadores en muchos casos no ha sido estudiada como una variable moderadora que puede influir de manera positiva en el estado emocional de los cuidadores.

Por lo tanto, habiendo revisado la literatura existente respecto a la compatibilización del cuidado-trabajo y sus efectos, existen cuestiones que quedan sin respuestas o más bien no están claras. Esta falta de homogeneidad en los resultados obtenidos hasta el momento o la falta de respuestas nos lleva a plantear la necesidad de estudiar el estado emocional y las principales interferencias laborales de los cuidadores trabajadores de familiares de mayores dependientes de nuestro contexto sociocultural, con la finalidad de poder planificar acciones eficaces, teniendo en consideración las principales dificultades, las demandas a las que se ven expuestos en su labor de cuidador trabajador, sus vivencias, así como los costos o efectos que tienen por el hecho de ser cuidadores. Con ello se pretende proporcionar estrategias que ayuden a los cuidadores a combinar las responsabilidades familiares con el trabajo, así como mejorar su salud emocional.

6.1 OBJETIVOS

Se plantea como **objetivo general** de esta investigación analizar los efectos laborales de la compatibilización del cuidado y el trabajo, y las repercusiones que éstos pueden tener en el estado emocional de los cuidadores familiares de mayores dependientes, estableciendo las características moduladoras de tal efecto y tomando como referencia nuestro entorno sociocultural.

Este objetivo general se desglosa en los siguientes **objetivos específicos**:

1. Identificación de las principales interferencias laborales que presentan los cuidadores trabajadores como consecuencia de las responsabilidades asociadas a la asistencia de un familiar mayor dependiente.
2. Analizar las diferencias de los efectos laborales de la compatibilización trabajo-cuidado entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que se mantienen en la fuerza laboral y aquellos que antes trabajaban pero en la actualidad no lo hacen.
3. Analizar las diferencias en el estado emocional entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan *vs.* los que no trabajan.
4. Analizar las diferencias en el estado emocional de los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan *vs.* aquellos que han dejado de trabajar pero lo han hecho en el pasado.
5. Analizar las diferencias en el estado emocional de los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan en función de su experiencia laboral (satisfacción laboral).
6. Explorar si las diferencias en el estado emocional de los cuidadores trabajadores según su experiencia laboral están modulados por el género del cuidador y el parentesco con el receptor de cuidados.

6.2 HIPÓTESIS

A fin de alcanzar los objetivos descritos, se pusieron en contraste las siguientes hipótesis:

H₁: *Los cuidadores que compatibilizan un trabajo remunerado con el cuidado de un familiar mayor dependiente presentarán interferencias y repercusiones laborales debido a la dualidad de responsabilidades a las que se ven sometidos.*

- **H_{1.1}** Los problemas de compatibilización ocasionarán que los cuidadores trabajadores piensen con frecuencia en renunciar al trabajo para centrarse en el cuidado.
- **H_{1.2}** Los cuidadores trabajadores percibirán tener más problemas para compatibilizar el trabajo y el cuidado.
- **H_{1.3}** Los cuidadores trabajadores no continuarían trabajando, en caso de no existir necesidad económica.
- **H_{1.4}** Existirán niveles elevados de conflicto trabajo-cuidado en los cuidadores trabajadores que compatibilizan el cuidado y la asistencia de un familiar mayor dependiente.
- **H_{1.5}** Los cuidadores trabajadores que compatibilizan el cuidado y la asistencia de un familiar mayor presentarán bajos niveles de experiencias laborales positivas.
- **H_{1.6}** Existirán niveles bajos de balance experiencia laboral-cuidado en los cuidadores trabajadores.

H₂: *Los cuidadores que compatibilizan un trabajo remunerado con el cuidado de un familiar mayor dependiente en la actualidad presentaran mayores interferencias y repercusiones laborales que aquellos cuidadores que trabajaron en el pasado pero no lo hacen en la actualidad.*

- **H_{2.1}** La frecuencia de pensamientos sobre la posibilidad de renunciar al trabajo para centrarse en el cuidado será mayor en los cuidadores que se encuentran trabajando que en aquellos que no encuentran trabajando en la actualidad pero lo han hecho en el pasado.

- **H_{2.2}** Los cuidadores que se mantienen en la fuerza laboral presentarán mayores problemas para compatibilizar el cuidado y el trabajo que aquellos cuidadores que no trabajan en la actualidad pero lo han hecho en el pasado.

H₃: *Los cuidadores de mayores dependientes que trabajan experimentarán mayores problemas emocionales que los cuidadores de mayores dependientes que no trabajan; en concreto:*

- **H_{3.1}** Mostrarán niveles de carga significativamente mayores.
- **H_{3.2}** Mostrarán niveles de depresión significativamente mayores.
- **H_{3.3}** Mostrarán puntuaciones de afecto positivo significativamente menores.
- **H_{3.4}** Mostrarán puntuaciones de afecto negativo significativamente mayores.
- **H_{3.5}** Mostrarán puntuaciones de balance afectivo significativamente menores.
- **H_{3.6}** Mostrarán puntuaciones de sobrecarga del rol significativamente mayores.
- **H_{3.7}** Mostrarán puntuaciones de cautividad del rol significativamente mayores.
- **H_{3.8}** Mostrarán puntuaciones de preocupación y tensión significativamente mayores.

H₄: *Los cuidadores de mayores dependientes que trabajan experimentarán mayores problemas emocionales que los cuidadores de mayores dependientes que han trabajado en el pasado pero no en la actualidad; en concreto:*

- **H_{4.1}** Mostrarán niveles de carga significativamente mayores.
- **H_{4.2}** Mostrarán niveles de depresión significativamente mayores.
- **H_{4.3}** Mostrarán puntuaciones de afecto positivo significativamente menores.
- **H_{4.4}** Mostrarán puntuaciones de afecto negativo significativamente mayores.
- **H_{4.5}** Mostrarán puntuaciones de balance afectivo significativamente menores.

- **H_{4.6}** Mostrarán puntuaciones de sobrecarga del rol significativamente mayores.
- **H_{4.7}** Mostrarán puntuaciones de cautividad del rol significativamente mayores.
- **H_{4.8}** Mostrarán puntuaciones de preocupación y tensión significativamente mayores.

H₅: *El estado emocional de los cuidadores que trabajan se verá modulado por su satisfacción y experiencia laboral; en concreto:*

H_{5.1} Existirán diferencias en el estado emocional de los cuidadores en función de la experimentación de conflicto trabajo-cuidado (alto y bajo conflicto-trabajo-cuidado). Los cuidadores de mayores dependientes que presenta alto conflicto-trabajo-cuidado experimentarán mayores problemas emocionales que los cuidadores de mayores dependientes con bajo conflicto trabajo-cuidado; en concreto:

- **H_{5.1.1}** Mostrarán niveles de carga significativamente mayores.
- **H_{5.2.1}** Mostrarán niveles de depresión significativamente mayores.
- **H_{5.3.1}** Mostrarán puntuaciones de afecto positivo significativamente menores.
- **H_{5.4.1}** Mostrarán puntuaciones de afecto negativo significativamente mayores.
- **H_{5.5.1}** Mostrarán puntuaciones de balance afectivo significativamente menores.
- **H_{5.6.1}** Mostrarán puntuaciones de sobrecarga del rol significativamente mayores.
- **H_{5.7.1}** Mostrarán puntuaciones de cautividad del rol significativamente mayores.
- **H_{5.8.1}** Mostrarán puntuaciones de preocupación y tensión significativamente mayores.

H_{5.2} Existirán diferencias en el estado emocional de los cuidadores en función de la experimentación de mayores experiencias laborales positivas (alto y bajo experiencias laborales positivas). Los cuidadores de mayores dependientes que presentan altas experiencias laborales positivas experimentarán menores problemas emocionales que

los cuidadores de mayores dependientes con bajas experiencias laborales positivas; en concreto:

- **H_{5.2.1}** Mostrarán niveles de carga significativamente menores.
- **H_{5.2.2}** Mostrarán niveles de depresión significativamente menores.
- **H_{5.2.3}** Mostrarán puntuaciones de afecto positivo significativamente mayores.
- **H_{5.2.4}** Mostrarán puntuaciones de afecto negativo significativamente menores.
- **H_{5.2.5}** Mostrarán puntuaciones de balance afectivo significativamente mayores.
- **H_{5.2.6}** Mostrarán puntuaciones de sobrecarga del rol significativamente menores.
- **H_{5.2.7}** Mostrarán puntuaciones de cautividad del rol significativamente menores.
- **H_{5.2.8}** Mostrarán puntuaciones de preocupación y tensión significativamente menores.

H_{5.3}: Existirán diferencias en el estado emocional de los cuidadores en función de la experimentación de un mayor balance experiencia laboral cuidado (alto y bajo balance experiencia laboral-cuidado). Los cuidadores de mayores dependientes que presentan alto balance experiencia laboral-cuidado experimentarán menores problemas emocionales que los cuidadores de mayores dependientes con bajo balance experiencia laboral-cuidado; en concreto:

- **H_{5.3.1}** Mostrarán niveles de carga significativamente menores.
- **H_{5.3.2}** Mostrarán niveles de depresión significativamente menores.
- **H_{5.3.3}** Mostrarán puntuaciones de afecto positivo significativamente mayores.
- **H_{5.3.4}** Mostrarán puntuaciones de afecto negativo significativamente menores.
- **H_{5.3.5}** Mostrarán puntuaciones de balance afectivo significativamente mayores.
- **H_{5.3.6}** Mostrarán puntuaciones de sobrecarga del rol significativamente menores.
- **H_{5.3.7}** Mostrarán puntuaciones de cautividad del rol significativamente menores.

- **H_{5.3.8}** Mostrarán puntuaciones de preocupación y tensión significativamente menores.

H₆ *El estado emocional de los cuidadores trabajadores se verá afectado por el género del cuidador, el parentesco con el receptor de cuidados y por el tipo de experiencias que prevalezcan en el contexto laboral.*

H_{6.1} Si existen diferencias en el estado emocional en cuidadores trabajadores que experimentan conflictos trabajo-cuidado, entonces el malestar emocional será significativamente mayor en las mujeres y cónyuges del receptor de cuidados, seguido de las hijas mujeres, los cónyuges hombres y los hijos hombres, en concreto :

- **H_{6.1.1}** Mostrarán niveles de carga significativamente mayores.
- **H_{6.1.2}** Mostrarán niveles de depresión significativamente mayores.
- **H_{6.1.3}** Mostrarán puntuaciones de afecto positivo significativamente menores.
- **H_{6.1.4}** Mostrarán puntuaciones de afecto negativo significativamente mayores.
- **H_{6.1.5}** Mostrarán puntuaciones de balance afectivo significativamente menores.
- **H_{6.1.6}** Mostrarán puntuaciones de sobrecarga del rol significativamente mayores.
- **H_{6.1.7}** Mostrarán puntuaciones de cautividad del rol significativamente mayores.
- **H_{6.1.8}** Mostrarán puntuaciones de preocupación y tensión significativamente mayores.

H_{6.2}: Si existen diferencias en el estado emocional en los cuidadores trabajadores que experimentan experiencias laborales positivas, entonces el malestar emocional será significativamente menor en las hombres e hijos del receptor de cuidados, en concreto :

- **H_{6.2.1}** Mostrarán niveles de carga significativamente menores.
- **H_{6.2.2}** Mostrarán niveles de depresión significativamente menores.
- **H_{6.2.3}** Mostrarán puntuaciones de afecto positivo significativamente mayores.

- **H_{6.2.4}** Mostrarán puntuaciones de afecto negativo significativamente menores.
- **H_{6.2.5}** Mostrarán puntuaciones de balance afectivo significativamente mayores.
- **H_{6.2.6}** Mostrarán puntuaciones de sobrecarga del rol significativamente menores.
- **H_{6.2.7}** Mostrarán puntuaciones de cautividad del rol significativamente menores.
- **H_{6.2.8}** Mostrarán puntuaciones de preocupación y tensión significativamente menores.

H_{6.3}: Si existen diferencias en el estado emocional en cuidadores trabajadores que experimentan un mayor balance experiencia laboral-cuidado, entonces el estado emocional será significativamente mejor en los cuidadores hombres e hijos de los receptores de cuidado que en los cuidadores mujeres y cónyuges; en concreto:

- **H_{6.3.1}** Mostrarán niveles de carga significativamente menores.
- **H_{6.3.2}** Mostrarán niveles de depresión significativamente menores.
- **H_{6.3.3}** Mostrarán puntuaciones de afecto positivo significativamente mayores.
- **H_{6.3.4}** Mostrarán puntuaciones de afecto negativo significativamente menores.
- **H_{6.3.5}** Mostrarán puntuaciones de balance afectivo significativamente mayores.
- **H_{6.3.6}** Mostrarán puntuaciones de sobrecarga del rol significativamente menores.
- **H_{6.3.7}** Mostrarán puntuaciones de cautividad del rol significativamente menores.
- **H_{6.3.8}** Mostrarán puntuaciones de preocupación y tensión significativamente menores.

7. MÉTODO

7.1 PARTICIPANTES

La muestra estuvo constituida por cuidadores no profesionales (familiares) de mayores con algún tipo de dependencia. Los participantes fueron captados a través de diversos centros de día, instituciones y asociaciones que trabajan con personas mayores diagnosticadas con demencia o dependientes.

Los criterios que debían cumplir los participantes para su inclusión en el estudio fueron los siguientes:

- a) Ser mayor de 18 años y tener 65 años o menos.
- b) Ejercer como cuidador de al menos una persona dependiente mayor de 60 años; se considera que una persona es dependiente cuando presenta una puntuación de 1 o más en el índice Katz (Katz et al., 1963).
- c) Ser el cuidador principal o único de esa persona.
- d) Llevar a cabo el cuidado desde hace un mínimo de 6 meses.
- e) Aceptación por parte del cuidador de la realización de la entrevista y cuestionarios.

Fueron excluidos del estudio los cuidadores:

- a) Con analfabetismo funcional.
- b) Con deficiencia mental.
- c) Con deterioro cognitivo.
- d) Con un estado de intoxicación por alguna sustancia en el momento de la evaluación.

Se evaluó un total de 123 cuidadores que aceptaron participar en el estudio y que cumplían los criterios de inclusión.

7.2 DISEÑO Y VARIABLES

Se realizó un estudio descriptivo con diseño transversal de comparación entre grupos establecidos en función de su situación laboral (*Variable Independiente*), con tres niveles o grupos: (1) cuidadores que trabajaban en el momento de la evaluación; (2) cuidadores que no trabajaban y no lo habían hecho con anterioridad; y (3) cuidadores que habían trabajado con anterioridad pero que habían dejado de hacerlo en el momento de la evaluación.

Así mismo en un segundo momento se analizó el efecto de la distintas experiencias laborales en el grupo de cuidadores que trabajaban en el momento de la evaluación, utilizando para ello un diseño 2x2x2 de medidas independientes, incluyendo como factores: género (i.e., hombre o mujer), la satisfacción laboral del cuidador, medida a través de 3 variables (conflicto trabajo-cuidado, experiencia laboral positiva y balance experiencia laboral-cuidado) (todas ellas también con dos niveles: alta y baja), y el parentesco con el receptor de cuidados (con dos niveles: esposo/as e hijo/as).

Para analizar el estado emocional del cuidador, se utilizaron las siguientes *variables dependientes*: depresión, carga del cuidador, cautividad del rol, sobrecarga del rol, preocupación y tensión, afecto positivo, afecto negativo, y balance afectivo.

Como variables mediadoras del estado emocional de los cuidadores se consideraron las siguientes:

- Variables relativas al contexto del cuidado: características del cuidador, de la persona cuidada, de la relación entre ambos, razones por las que se ha convertido en cuidador, etc.
- Características de la situación: estado del mayor dependiente (e.g., nivel de deterioro cognitivo); los problemas físicos, cognitivos y emocionales manifiestos por éste; los problemas de memoria y conducta del mayor

dependiente, las características propias de la situación del cuidado (e.g., extensión temporal del cuidado o actividades que requieren asistencia, etc.).

- Variables relativas a la situación laboral: características del trabajo, interferencias en el trabajo por el hecho de asistir al mayor dependiente, posibilidad de renunciar para centrarse en el cuidado, problemas para compatibilizar el cuidado y la situación laboral, probabilidad de seguir trabajando en caso que no existiese necesidad económica, experiencia laboral positiva y conflicto trabajo-cuidado
- Recursos personales del cuidador: apoyo social disponible y satisfacción con el mismo, etc.

7.3 MATERIALES E INSTRUMENTOS

La recogida de información se efectuó a través de una extensa batería de evaluación compuesta por distintos instrumentos en formato hetero y autoaplicado (véase anexo 1 y 2). Estos instrumentos, quedan resumidos, con sus correspondientes variables, en la Tabla 7.1. que se presenta a continuación:

Tabla 7.1. Variables e instrumentos de evaluación

	Variables	Instrumentos
Criterios de Inclusión	Grado de dependencia del receptor de cuidados (punto de corte 1)	Índice de Katz
Contexto del Cuidado	Características del cuidador, del receptor de cuidados, y la relación entre ambos	Entrevista estructurada de diseño propio
Características de la situación	Características del cuidado	Entrevista estructurada de diseño propio
	Deterioro Cognitivo del RC	Escala Global de Deterioro (GDS)
	Problemas cognitivos y conductuales del RC	Listado de Problemas de Memoria y Conducta (RMBPC) (escala de frecuencia)
	Impacto de los problemas cognitivos y conductuales del receptor de cuidados	Listado de Problemas de Memoria y Conducta (RMBPC) (escala de reacción)
Contexto laboral	Características de la situación laboral, problemas para compatibilizar el cuidado	Entrevista estructurada de diseño propio
	Interferencias laborales	Diseño propio
	Experiencia laboral positiva y Conflicto trabajo-cuidado/Balance Experiencia laboral-cuidado	Escala del conflicto entre rol trabajo-cuidado (elaborado a partir de Zarit y Pearlin)
Recursos personales	Apoyo Social (disponibilidad y satisfacción)	Cuestionario de Apoyo Social formato breve (SSQSR)
Variables Dependientes/Resultado	Carga Subjetiva	Escala de carga del cuidador (CBI)
	Depresión	Escala de depresión (CES-D)

Variables	Instrumentos
Nivel de sobrecarga del rol	Escala de sobrecarga del rol (Pearlin)
Nivel de preocupación y tensión	Diseño propio (elaborado a partir de Zarit y Pearlin)
Nivel de cautividad del rol	Escala de Cautividad del rol (Pearlin)
Afecto positivo y negativo/Balance afectivo	Escala Afecto Positivo y Negativo (PANAS)
Consumo de psicofármacos	Diseño propio
Hábitos relacionados con la salud	Diseño propio

De forma más detallada, se describen a continuación los instrumentos que componían las baterías de instrumentos heteroaplicados y autoaplicados presentados en el orden en el que aparecen en las mismas.

7.3.1 Instrumentos Heteroaplicados

La batería de instrumentos heteroaplicados comprendía una entrevista estructurada diseñada *ad hoc* para esta investigación, el Cuestionario de Apoyo Social de Saranson -versión breve revisada- (SSQSR. Saranson, Saranson, Shearin y Pierce, 1987), la Escala de Deterioro Global (GDS. Reisberg, Ferris, de León y Crook, 1982) y el Índice Actividades de la Vida Diaria de Katz (Katz et al., 1963).

7.3.1.1 Entrevista Estructurada

Se diseñó una entrevista estructurada para recoger los datos sociodemográficos más relevantes del cuidador y del mayor dependiente, así como otro tipo de información no accesible a través de los instrumentos de medida disponibles. Esta entrevista, aplicada de forma individual por la investigadora, constó de 35 ítems, extraídos la gran mayoría de estudios previos con población similar. En concreto, se adoptó como referencia las pautas de entrevista para cuidadores de López y Crespo (2007) y Crespo y Fernández-Lansac (2014).

La entrevista se dividió en cinco partes, de las cuales en la primera se preguntó al cuidador por la relación existente con la persona cuidada y el tiempo que lleva desempeñando la labor de cuidado. La segunda parte hacía alusión a aspectos relativos

al perfil sociodemográfico del cuidador no profesional (i.e., sexo, edad, estado civil, nivel económico y educativo, y personas con las que convive).

En la tercera parte, el foco de la entrevista lo constituyeron las características del mayor dependiente y el propio contexto de cuidado. Así, se incluyeron preguntas referentes a las características del mayor dependiente (i.e., sexo, edad, enfermedad diagnosticada), el tipo de relación existente entre ambos (i.e., cualidad de la relación y cambios producidos en ésta como consecuencia del cuidado), las características de la ayuda (i.e., tipo de asistencia brindada, motivos por los cuales se ha proporcionado, tiempo dedicado a cuidar al familiar y tiempo que pasa al día preocupado por asuntos relativos al mayor dependiente), los recursos de los que hace uso el cuidador (i.e., recursos comunitarios e institucionales; apoyo social disponible y valoración de los mismos), la presencia de pensamientos sobre posibilidad de institucionalizar al familiar y, finalmente, una pregunta para conocer si en la actualidad el cuidador se hace cargo de más personas mayores dependientes.

El cuarto bloque de ítems se destinó al conocimiento de la situación laboral actual de los cuidadores y las posibles interferencias entre las tareas de cuidado y el trabajo. Para la realización de estas preguntas se tuvieron en cuenta los datos obtenidos en diversas investigaciones, en concreto se tuvieron como referencia el estudio de Reid et al. (2010) y el de Gillen y Chung (2005), en los cuales se establece un listado de las principales interferencias entre el trabajo y el cuidado de un mayor dependiente. Así, se evaluó la situación laboral actual, motivos por los que se dejó de trabajar (en el caso que proceda), especificación del trabajo desempeñado actualmente o en el pasado y tiempo de dedicación a dicha actividad (e.g., trabajo a tiempo completo, parcial, etc.). En relación a las interferencias producidas en éste como consecuencia del cuidado, se elaboraron 12 ítems que se referían específicamente a: reducción o aumento de horario

laboral, cambios en turno de trabajo, disminución de remuneración, rechazos o abandono de ascensos o traslados, rechazo de cursos de formación, problemas con compañeros o supervisores, solicitud de permisos temporales, interrupciones telefónicas frecuentes, ausencias imprevistas por el cuidado durante el horario laboral y retrasos o absentismos en el trabajo en relación con las tareas relativas al cuidado. Para el presente estudio, se calculó el índice de fiabilidad de los 12 ítems, mediante el coeficiente Kuder–Richardson (KR-20) obteniendo un índice de fiabilidad de 0,70. Así mismo, se evaluó la frecuencia con la que el cuidador pensaba en renunciar al trabajo, y la valoración sobre las dificultades para compatibilizar cuidado-trabajo; y sólo en aquellos cuidadores que se encontraban trabajando en el momento de la evaluación se preguntó sobre la probabilidad de seguir trabajando en el caso de no existir alguna necesidad económica.

Finalmente, en el último bloque se evaluó el propio estado de salud del cuidador. En esta parte se preguntó al cuidador por posibles tratamientos psicofarmacológicos, y la presencia o no de hábitos de conducta saludables (i.e., acudir al médico a tratar sus propios problemas de salud, calidad del sueño, realización de ejercicio físico, ingesta de otros medicamentos y tiempo dedicado al ocio personal).

7.3.1.2 Cuestionario de Apoyo Social de Saranson - Versión Breve Revisada (Social Support Questionnaire, Short Form-Revised, SSQSR) (Saranson et al., 1987; versión española de Crespo y López 2007).

El Cuestionario de Apoyo Social (SSQ) es un instrumento de 12 ítems, en su versión original, dirigido a valorar el apoyo social percibido y el grado de satisfacción de la persona con éste. Su objetivo principal es evaluar las expectativas generales y atribuciones que realiza el sujeto acerca de sus relaciones personales (Saranson, 1999). El individuo ha de identificar para cada ítem a las personas más significativas de su vida

e indicar en una escala de 1 a 6 su grado de satisfacción con el apoyo social del que dispone. En este estudio se hizo uso de la versión española del SSQSR, de 6 ítems, empleada por Crespo y López (2007) y recogida en el trabajo de Saranson (1999).

El SSQ posee adecuadas propiedades psicométricas. No obstante, su versión abreviada ha mostrado tener una mayor consistencia interna (de 0,90-0,93) tanto para el número total de apoyos como para la satisfacción con el mismo, lo cual sugiere que su empleo puede ser preferible al del cuestionario original, a pesar de que éste tiene otras ventajas (tales como la ausencia del “efecto techo”). Además el SSQSR correlaciona significativamente con el SSQ y con otras medidas de variables de personalidad. Posee una fiabilidad test-retest de 0,90 para el apoyo percibido y de 0,83 para la satisfacción con el apoyo. Todo ello conduce a que el SSQSR sea una de las medidas más útiles para evaluar el apoyo social percibido del sujeto, válida y fiable además de fácilmente aplicable (Crespo y López, 2007; López, 2005; Saranson et al., 1987).

Los valores de fiabilidad de ambas escalas según coeficiente de alfa de Cronbach en este estudio fueron de 0,80 para el apoyo social percibido y 0,86 para el grado de satisfacción con este apoyo.

7.3.1.3 Escala de Deterioro Global (Global Deterioration Scale, GDS) (Reisberg et al., 1982; versión española de Cacabelos, 1990).

La GDS es una escala de 7 puntos empleada para analizar la capacidad cognitiva y el nivel de funcionamiento global del sujeto. Constituye uno de los principales marcadores neuropsicológicos para detectar el estadio de deterioro en el que se encuentran personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer u otras demencias (Cacabelos, 1990).

Cada estadio viene caracterizado por una serie de alteraciones cognoscitivas de distintos niveles de gravedad. De este modo, la persona puede ser clasificada en cada

nivel en virtud de su estado de funcionamiento habitual. Los resultados obtenidos por la persona la situarán dentro de un nivel cognoscitivo normal o ausencia de déficit cognoscitivo (GDS=1), un deterioro cognitivo de muy leve a leve (GDS=2 - 3), de medio a moderado (GDS=4 - 5), o severo (GDS=6 - 7).

La GDS se ha constituido como un instrumento válido de medida, especialmente útil por su fácil aplicabilidad y brevedad (De Santi et al., 2008). Posee una elevada fiabilidad interobservadores (de entre 0,82 y 0,92) y guarda correlaciones significativas con otros instrumentos frecuentemente empleados para la valoración de capacidades cognitivas, tales como el Mini-Examen Cognoscitivo y la Escala de Demencia de Blessed, entre otros (Cacabelos, 1990) .

7.3.1.4 Índice de Actividades de la Vida Diaria de Katz (Katz Index of Activities of Daily Living) (Katz et al., 1963; versión española de Cruz, 1991).

El Índice de Katz es un instrumento diseñado a fin de evaluar el nivel de autonomía-dependencia de la persona en distintas actividades cotidianas. El evaluador ha de puntuar en una escala tipo Likert de 3 puntos el grado de asistencia requerida por el anciano en 6 dimensiones (i.e., baño, vestirse, acudir al servicio, movilidad mínima, continencia y alimentación).

En este estudio se fijó una puntuación de 1 como criterio de inclusión, siguiendo lo establecido por Crespo y López (2007), de modo que una puntuación igual o superior a 1 indicaría la presencia de dependencia.

El Índice de Katz es uno de los instrumentos que ha suscitado un mayor número de estudios para la evaluación del nivel de dependencia. Goza de una elevada fiabilidad interjueces (con una concordancia entre observadores de 77,5% a 95,9%) y de un coeficiente de replicabilidad de 0,73-0,98 (Cruz, 1991). Montorio, Izal, López y Sánchez (1998) han encontrado para este índice una adecuada consistencia interna

(alfa=0,91) y una fiabilidad interjueces máxima ($r_{xy}=1$). Además este instrumento predice la evolución del paciente y correlaciona con otros instrumentos de medida, tales como el Índice de Barthel, y con el tipo de asistencia requerida por el anciano en el presente (Cruz, 1991; Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmo y De Vicente, 2002).

7.3.2 Instrumentos autoaplicados

Una segunda fase de la evaluación requería que los participantes completasen una batería de instrumentos en formato autoaplicado. Estos se presentan siguiendo el orden de aplicación de los mismos.

7.3.2.1 Listado Revisado de Problemas de Memoria y de Conducta (The Revised Memory and Behavior Problems Checklist, RMBPC) (Teri et al., 1992).

El Listado de Problemas de Memoria y Conducta (MBPC), en su versión original, consta de 30 ítems, referidos a diferentes problemas conductuales y de memoria habituales en personas con demencia. En este trabajo, sin embargo, se hizo uso de la versión revisada (RMBPC) de esta escala, la cual se halla compuesta por 24 ítems, y que fue traducida al castellano *ad hoc* para este estudio.

El cuidador ha de indicar con qué frecuencia ha manifestado el enfermo cada uno de los problemas descritos durante la semana pasada (escala de frecuencia) y el grado en que éstos le molestan o preocupan (escala de reacción). Las puntuaciones para cada ítem oscilan entre 0 y 9, pudiéndose alcanzar puntuaciones que fluctúan en un rango de 0 y 96.

La RMBPC posee adecuadas propiedades psicométricas, con una elevada consistencia interna (con un coeficiente alfa de 0,84-0,86 para la escala de frecuencia y de 0,88-0,90 para la escala de reacción) y una alta validez concurrente y discriminativa en relación al Índice de Depresión de Hamilton (HRSD), el Examen del Estado Mental (MMSE), la Escala de Estrés del Cuidador de Deming y Bass (1986), y el diagnóstico

clínico por profesionales de depresión y demencia. Además se ha encontrado para ambas subescalas (frecuencia y reacción) una elevada fiabilidad interjueces (con un coeficiente de correlación de Pearson de 0,99) (Montorio et al., 1998). Asimismo, la RMBPC ha mostrado tener una elevada fiabilidad (con un coeficiente alfa de 0,84 para la escala de frecuencia y de 0,90 para la escala de reacción), además de correlacionar satisfactoriamente con las medidas de depresión, deterioro cognitivo y carga descritas (Teri et al., 1992). Ello sugiere que la versión revisada de este cuestionario conserva las propiedades psicométricas de su versión original, aportando la ventaja de ser más fácilmente aplicable.

En el presente estudio se obtuvo un índice de fiabilidad, calculado con alfa de Cronbach de 0,83 para la escala de frecuencia y de 0,89 para la escala de reacción.

7.3.2.2 Escala de la Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview, CBI) (Zarit et al., 1980; versión española de Martín et al., 1996).

La CBI es una escala de la que existen distintas versiones, que evalúa el grado de carga subjetiva (*burden*) que experimenta el cuidador ante la situación de asistencia. Cada ítem admite 5 opciones de respuesta, debiendo la persona señalar la frecuencia con la que experimenta diversos sentimientos negativos en relación al cuidado (1= “nunca” y 5= “casi siempre”).

Para el presente estudio se empleó la escala de 22 ítems adaptada a la población española por Martín et al. (1996), por ser ésta la versión más difundida (Crespo y López, 2007). En muestras españolas se ha obtenido un punto de corte de 46-47 puntos para diferenciar la ausencia de sobrecarga de la sobrecarga leve y de 55-56 para diferenciar entre sobrecarga leve e intensa (Martín et al., 1996).

Los datos obtenidos para dicha versión apoyan su elevada validez y fiabilidad, con un coeficiente alfa de 0,91 y un coeficiente de correlación de Pearson de 0,86.

Correlaciona con el estado de salud mental del cuidador, evaluado mediante el cuestionario GHQ, y con la presencia de trastornos de conducta (Martín et al., 1996).

En el presente estudio el CBI obtuvo un índice de fiabilidad, calculado mediante alfa de Cronbach de 0,91.

7.3.2.3 Escala de Sobrecarga del rol (Role overload; Pearlin et al., 1990); Escala de Cautividad del rol (Role Captivity, Pearlin et al., 1990); Escala de Preocupación y Tensión (Worry and Strain; Zarit, Stephens, Townsend y Greene, 1998).

Con la finalidad de evaluar el nivel de sobrecarga del rol, la cautividad del rol y el nivel de preocupación y tensión de los cuidadores se recurrió a los estudios e instrumentos propuestos por Pearlin et al. (1990) y Zarit et al. (1998). Así se elaboró una escala compuesta por 15 ítems, todos ellos elaborados a partir de Pearlin et al. (1990) y Zarit et al. (1998), los cuales se tradujeron al castellano para este estudio.

Los 4 primeros ítems se destinaron a valorar el nivel de energía y tiempo que le demandan al cuidador el realizar las tareas de asistencia. Para ello se empleó la escala propuesta por Pearlin et al. (1990), en donde cada ítem admite 4 opciones de respuesta, debiendo la persona señalar en qué medida experimenta las diversas situaciones que se le presentan en relación al cuidado (1= “nada” y 4= “completamente”). Las puntuaciones obtenidas para esta escala se sitúan dentro de un rango que abarca de 4-16. A mayor puntuación mayor será el nivel de sobrecarga del rol experimentado por el cuidador. En el estudio original esta escala posee una elevada fiabilidad, con un coeficiente alfa de 0,80. En el presente estudio, la escala de sobrecarga del rol obtuvo un índice de fiabilidad, calculado mediante alfa de Cronbach de 0,84.

Los siguientes 3 ítems valoraron la cautividad del rol (Pearlin et al., 1990). Estos ítems evalúan el grado en que una persona considera que se encuentra en la obligación

de ocupar un rol cuando en realidad preferiría no tener la responsabilidad de desempeñarlo. El cuidador ha de responder en qué medida las afirmaciones que se le presentan lo describen. Así, una puntuación de 1 para determinado ítem refleja que esa afirmación no describe en “nada” al cuidador (e.g., “Me gustaría ser libre para poder hacer todo lo que quiero”), mientras que puntuación de 4 indica que esa afirmación lo describe “completamente”. Puntuaciones más altas (en un rango de 3 a 12 puntos) indican una percepción del cuidador de sentirse “cautivo” dentro de su rol. Los datos disponibles hasta el momento muestran un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,83 para la escala (Pearlin et al., 1990). En el presente estudio se obtuvo un índice de fiabilidad de 0,81 para la escala de cuatividad del rol.

Finalmente los últimos 8 ítems, pertenecen a la escala de preocupación y tensión desarrollada por Zarit et al. (1998), basada en el modelo de estrés en el cuidador de Pearlin (Pearlin et al., 1990). La escala de preocupación y tensión es una escala integrada por 8 ítems, con 4 posibilidades de respuesta, que permite evaluar en qué medida las labores de asistencia del cuidador afectan el estado psicológico y físico del cuidador. Así, la persona ha de puntuar en una escala tipo Likert de 4 puntos el grado en qué una afirmación es verdadera en el último mes, siendo 1= “nunca” y 4= “todo el tiempo”. Puntuaciones más altas (en un rango de 8 a 32 puntos) indican un mayor nivel de preocupación y tensión en el cuidador. Los datos disponibles hasta el momento muestran un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,81 para la escala (Zarit et al., 1998). En el presente estudio, la escala de preocupación y tensión obtuvo un índice de fiabilidad, calculado mediante alfa de Cronbach de 0,80.

7.3.2.4 Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D) (Radloff, 1977; versión española de Soler, Pérez-Sola, Puigdemont, Pérez-Blanco, Figueres y Álvarez, 1997).

La escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), es un instrumento diseñado para evaluar la sintomatología depresiva (e.g., estado de ánimo depresivo, sentimientos de inutilidad, desesperanza, pérdida de apetito, etc) en población general. La CES-D consta de 20 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 opciones (0= “raramente o ninguna vez”; 3= “la mayor parte o todo el tiempo”), que evalúan si la persona ha manifestado diferentes síntomas durante la última semana. Para obtener la puntuación total de la escala hay que invertir cuatro ítems (4, 8, 12 y 16) para posteriormente sumar los 20 ítems. Las puntuaciones obtenidas se sitúan dentro de un rango que abarca de 0 a 60; a mayor puntuación mayor severidad de la sintomatología depresiva. Una puntuación igual o superior a 16 puntos será indicativa de un alto riesgo de desarrollar una depresión clínica. Aunque los puntos de corte pueden variar en función de la población sobre la que se trabaje, sin embargo los valores estándar los sitúan en 16 cuando el CES-D es utilizado como instrumento de cribado.

El CES-D en su versión española, ha demostrado poseer una alta fiabilidad y validez, obteniendo una consistencia interna de 0,89 en población general (Vázquez, Blanco y López, 2007), así como de 0,90 en población clínica (Soler et al., 1997).

En relación a la validez concurrente, el CES-D obtiene una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p < 0,001$) con otras medidas de depresión, obteniendo un coeficiente de correlación (r) de 0,89 con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y de 0,69 con el Índice de Depresión de Hamilton (HRSD) (Soler et al., 1997).

Se eligió ésta escala por ser uno de los instrumentos de medida más utilizado en estudios con cuidadores (Pinquart y Sörensen, 2003; Schulz et al., 2005). En el presente estudio el CES-D obtuvo un índice de fiabilidad, calculado con alfa de Cronbach de 0,93.

7.3.2.5 Escala de Afecto Positivo y Negativo (Positive and Negative Affect Schedule, PANAS) (Watson et al., 1988; versión española de Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed, y Valiente, 1999).

La escala PANAS es un cuestionario que pretende evaluar las experiencias emocionales positivas y negativas vividas por una persona. Este instrumento consta de 20 ítems distribuidos en dos escalas: afecto positivo (AP) y afecto negativo (AN) conformadas por 10 ítems cada una, los cuales describen adjetivos asociados a diferentes sentimientos y emociones habituales en un individuo.

Así, la persona ha de puntuar en una escala tipo Likert de 5 puntos el grado en qué experimenta una determinada emoción o sentimiento, siendo 1= “nada o muy ligeramente” y 5= “mucho”. Las puntuaciones para cada escala se situán dentro de un rango que abarca de 10 a 50; a mayor puntuación mayor predominio del afecto en la persona. En este estudio se ha utilizado el marco temporal correspondiente al último mes. Para la presente investigación se utilizó la versión española de Sandín et al. (1999). Adicionalmente a las puntuaciones que se obtienen de las dos escalas, se puede obtener una medida llamada balance afectivo o emocional. Para ello, se halla la diferencia entre el afecto positivo y el afecto negativo. Cuando el resultado de esta operación es positivo, significa que el afecto positivo predomina sobre el negativo, y viceversa. Esta medida permite controlar los posibles sesgos que se puedan presentar por puntuaciones extremas en cualquiera de las dos escalas (Schimmack y Diner, 1997).

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el PANAS en su versión original se caracteriza por una alta congruencia interna, con alfa de 0,86 a 0,90 para el afecto positivo y de 0,84 a 0,87 para el afecto negativo (Watson et al., 1988). La correlación entre los dos afectos (positivo y negativo) se encuentra en rangos de -0,12 a -,023 y los coeficiente test-retest son suficientemente altos (0,71 y 0,68 para el afecto positivo y negativo, respectivamente) (Watson et al., 1988). En la adaptación española el índice de fiabilidad obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach fue 0,86 para la escala de afecto negativo y 0,84 para el de afecto positivo (Sandín et al., 1999).

La estructura bifactorial de la escala ha sido corroborada en numerosos estudios, incluidos los realizados con población española (Sandín et al., 1999). De hecho, la escala muestra una elevada validez de constructo, probada mediante análisis factoriales confirmatorios, en los que se demuestra la bidimensionalidad de la escala. Los análisis factoriales efectuados de forma independiente para los grupos de mujeres y hombres sugieren que la estructura afecto positivo y el afecto negativo se mantiene por igual en ambos sexos.

En el presente estudio el PANAS obtuvo un índice de fiabilidad, calculado con alfa de Cronbach de 0,88 para la escala de afecto positivo y de 0,86 para la escala de afecto negativo.

7.3.2.6 Escala de Conflicto entre el rol Trabajo-Cuidado (Work-Caregiving Role Conflict) (elaborada a partir de Pearlin et al., 1990 y Zarit et al., 1998).

La escala de conflicto entre el rol trabajo-cuidado, en su versión original (Pearlin et al., 1990), consta de 5 ítems, cada uno de los cuales se valora dentro de una escala tipo Likert de 4 puntos (donde 1 indica “muy en desacuerdo”, y 4 “muy de acuerdo”), referidos a la percepción que un cuidador tiene sobre la medida en que las labores de asistencia han afectado su desempeño laboral en los últimos dos meses. Los resultados

obtenidos en esta escala pueden oscilar dentro de un rango que abarca de 5 a 20 puntos, de modo que mayores puntuaciones serán indicativas de mayores niveles de conflicto. Adicionalmente, Zarit et al. (1998), incorporan 4 ítems, cada uno de los cuales se valora dentro de una escala de tipo Likert de 4 puntos (donde 1 indica “nunca”, y 4 “todo el tiempo”), correspondientes a un segundo componente: experiencia laboral positiva. Con ello pretende valorar la medida en que el trabajo le permite a una persona cuidadora experimentar sentimientos positivos en los últimos tres meses. Los resultados obtenidos en esta escala pueden oscilar dentro de un rango que abarca de 4 a 16 puntos, de modo que mayores puntuaciones serán indicativas de mayores experiencias positivas.

En este estudio, con la finalidad de valorar ambas experiencias (conflicto y experiencia positiva), se elaboró una escala integrada por 9 ítems (los 5 propuestos por Pearlin et al., 1990 y los 4 propuestos por Zarit et al., 1998), utilizando las opciones de respuesta y el período temporal propuesto por Pearlin et al. (1990) (i.e., últimos dos meses). De esta manera, la persona ha de señalar su grado de acuerdo o desacuerdo (1= “muy en desacuerdo” y 4= “muy de acuerdo”) sobre diversas experiencias tanto positivas como conflictivas que puede experimentar en el trabajo.

Con la finalidad de poder hallar una medida que nos permita conocer el predominio de las experiencias en los cuidadores, se calculó una medida llamada Balance experiencia laboral-cuidado. Para ello, se halla la diferencia entre las experiencias positivas y las experiencias negativas. Si el resultado de esta operación es positivo, significa que las experiencias positivas predominan sobre las negativas y viceversa. Esto se pudo calcular después de hacer una equivalencia entre ambas escalas, realizando una multiplicación por 4 a las puntuaciones obtenidas en el componente de experiencias negativas, y por 5 a las puntuaciones del componente de experiencias

positivas, de tal forma que el mínimo de puntuación es 20 y el máximo se sitúa en 80 en cada uno de los componentes de la escala.

La escala de conflicto entre el rol trabajo-cuidado sólo fue aplicada a aquellos cuidadores que se encontraban ejerciendo ambos roles en el momento de la evaluación, es decir, cuidando a un familiar mayor dependiente y teniendo un empleo remunerado.

Los datos disponibles hasta el momento apoyan la fiabilidad de la escala, obteniendo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,75 para el componente de conflicto trabajo-cuidado (Pearlin et al., 1990) y de 0,74 para el componente de experiencia laboral positiva (Zarit et al., 1998) todo ello en muestras de cuidadores anglosajonas.

Aunque esta escala no ha sido validada en muestras españolas, es fácil presuponer que conservará en éstas sus adecuadas propiedades psicométricas. En el presente estudio la escala de conflicto entre el rol trabajo-cuidado obtuvo un índice de fiabilidad, calculado con alfa de Cronbach de 0,74 para el componente de experiencia laboral positiva y de 0,65 para el componente conflicto trabajo-cuidado

7.4 PROCEDIMIENTO

Para la consecución de los objetivos del estudio se aplicó el siguiente plan de trabajo:

7.4.1 Diseño y elaboración de las baterías de evaluación

El primer paso emprendido para la consecución de los objetivos recogidos en el estudio consistió en diseñar amplias baterías de evaluación, en formato hetero y autoaplicado, que permitiesen analizar todas las variables contempladas. Dichas baterías estuvieron compuestas por los instrumentos que han sido descritos en apartados anteriores.

La elección de la mayoría de los instrumentos de medida se estableció de acuerdo a las publicaciones anteriores efectuadas en muestras de cuidadores informales españoles, tomando como fuentes principales de referencia los estudios de Crespo y López (2007) y Crespo y Fernández-Lansac (2014).

Además se tuvieron en cuenta las propiedades psicométricas de cada instrumento, su fácil aplicabilidad y brevedad. Algunos ítems de la entrevista estructurada fueron diseñados específicamente a propósito de esta investigación, cuidando siempre que éstos resultasen adecuados a su objetivo. Asimismo, se tradujeron al castellano aquellos instrumentos que no contaban con una versión adaptada a la población española.

7.4.2 Estudio Piloto

Una vez diseñada la batería inicial se procedió a realizar un estudio piloto (n=2) con el objetivo de conocer el funcionamiento de los instrumentos elegidos y de los ítems diseñados y la consecuente modificación de alguna parte si fuese necesario. Las principales modificaciones que se realizaron se recogen en la Tabla 7.2.

Tabla 7.2. Modificaciones realizadas en la entrevista estructurada tras el estudio piloto

Modificaciones	
Sobre las instrucciones	Se incluye un apartado de intrucciones entre el ítem 21 y 22 “Si ha contestado a la opción No a todos los ítems 21 Pasar al ítem 23. Si ha contestado cualquier otra opción Pasar al ítem 22”.
Sobre el orden de los ítems	Se modifica el orden de los ítems 34 y 35. El ítem 34 que hace referencia al consumo de psicofármaco pasa a ser el ítem 35, y el ítem 35 que hace referencia a los hábitos saludables del cuidador pasa a constituir el ítem 34.
Sobre la redacción	-El ítem que hace referencia a hábitos saludables “Dedica al ocio personal” se cambia la redacción a: “¿Dedica tiempo a actividades de ocio...?” -El ítem que hace referencia a la sobrecarga del rol: “Trabajo mucho como cuidador/a pero parece que no logro ningún avance” se cambia la redacción a: “Me esfuerzo mucho como cuidador/a pero parece que no logro nada”.

7.4.3 Captación de los participantes

Se contactó con diversos centros de día, instituciones y asociaciones que evalúan, asesoran y/o intervienen con personas mayores dependientes con algún tipo de

discapacidad y sus familiares. En principio se estableció un primer contacto, telefónico o por e-mail con los responsables de los centros, en el que se explicaba la finalidad del estudio que se estaba llevando a cabo. En algún caso se planteó una reunión con los directores de los centros con el fin de explicar detalladamente en qué consistía el estudio y el procedimiento que se llevaría a cabo para la evaluación de los participantes. En concreto la muestra quedó constituida por 123 cuidadores procedentes de los siguientes centros: CREA –Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias Salamanca; AFA Zamora- Asociación de familiares y amigos de enfermos de Alzheimer y otras demencias de Zamora; AFAL Contigo- Asociación para las familias con Alzheimer Madrid; y los Centros de Día del Ayuntamiento de Madrid gestionados por ASISPA- Fray Luis de León, Pamplona, Carmen Laforet, Canal de Panamá y Leñeros. No se disponen de datos de todos los cuidadores que rechazaron participar en el presente estudio.

7.4.4 Recogida de datos

Cada centro elaboró una lista con los nombres y teléfonos de los cuidadores que, además de acceder a participar, cumplían los criterios de inclusión del estudio. Así se concertaba una cita via telefónica con ellos, siempre en función de su disponibilidad. Esta cita podía realizarse en un despacho del centro de referencia del participante o bien, en caso de que éste lo solicitase, en su propio domicilio. Una vez se reuniese la entrevistadora con el participante, le entregaba a éste un documento que contenía una breve explicación del estudio y solicitaba, por escrito, su consentimiento informado (véase Anexo 3). Una copia de dicho documento era entregada al cuidador. Por otro lado, con la finalidad de preservar en todo momento el anonimato de los participantes, se utilizó un sistema de organización basado en códigos numéricos, de modo que toda la información proporcionada por los participantes quedase archivada de forma anónima,

sin incluir ningún dato que permitiese su identificación. En todo momento se insistió en la voluntariedad y confidencialidad de la investigación a los participantes.

Cada entrevista tenía una duración aproximada de una 45 a 60 minutos, que se aplicaba en una única sesión. La batería de evaluación incluía una parte en forma de entrevista y una serie de instrumentos autoaplicados. Sin embargo, cuando no era posible aplicarlos de este modo, que fue en la mayoría de los casos, éstos se aplicaron de modo heteroaplicado. Una vez concluida la recogida de los datos, se procedió a la corrección, codificación y análisis de los resultados.

7.5 ANÁLISIS DE DATOS

Con el fin de cumplir objetivos del estudio, se llevaron a cabo diferentes análisis estadísticos, utilizando el paquete estadístico SPSS 19. Asimismo, se incluyeron únicamente en los análisis las baterías que estuviesen completas.

Como paso previo se analizó la fiabilidad de los distintos instrumentos de evaluación utilizados en el estudio mediante el cálculo de alfa de Cronbach (los valores obtenidos pueden constatarse en la descripción de los instrumentos).

Para la identificación de las características de los participantes, de los receptores de cuidados y del contexto de cuidados se utilizaron estadísticos descriptivos (medias, desviaciones típicas y porcentajes). Así mismo, se utilizaron descriptivos para el análisis de las puntuaciones totales y subescalas de los diferentes instrumentos de evaluación.

Con el objetivo de realizar comparaciones en el estado emocional de los diferentes grupos de cuidadores (i.e., cuidadores que trabajar vs. cuidadores que no trabajan; y entre cuidadores que trabajan vs. cuidadores que no trabajan en la actualidad pero lo han hecho en el pasado), así como entre los cuidadores trabajadores y las distintas variables asociadas a la satisfacción laboral (i.e., conflicto trabajo-cuidado, experiencia laboral positiva y balance experiencia laboral-cuidado), se aplicaron

pruebas paramétricas y no paramétricas, en función del ajuste de cada variable a la distribución normal (comprobado mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov). Para establecer los grupos en cada una de estas tres últimas variables se estableció como punto de corte la mediana de la puntuación en la prueba correspondiente. De este modo se diferenció entre: cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado *vs.* cuidadores con bajo conflicto trabajo-cuidado; cuidadores con alta experiencia laboral positiva *vs.* cuidadores con baja experiencia laboral positiva; y cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado *vs.* cuidadores con bajo balance experiencia laboral-cuidado.

Una vez conformados los grupos se analizó la homogeneidad de los grupos en las características sociodemográficas del cuidador, las características de las personas mayores dependientes, y las características relacionadas con la situación de cuidados. En aquellas variables que se ajustaban a la distribución normal se aplicaron pruebas *t*-student (siempre que no se encontrase diferencias estadísticamente significativas intergrupo), teniendo en cuenta la homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene, y cuando no se ajustaron a la distribución normal se aplicaron pruebas no paramétricas, específicamente la prueba U de Mann-Whitney. Las diferencias en variables nominales se calcularon mediante el estadístico Chi-cuadrado de Pearson (χ^2).

En aquellos casos en que se encontraron diferencias estadísticamente significativas intergrupo, éstas variables se introdujeron como covariadas en los subsiguientes análisis. De esta manera se quiso controlar el efecto sobre los resultados de aquellas variables que la literatura previa ha puesto de manifiesto que influyen significativamente en el malestar emocional de los cuidadores. Por lo tanto, en todos estos casos se realizaron ANCOVAs para cada una de las variables dependientes.

Por otro lado, se realizaron correlaciones entre las distintas variables asociadas a la Satisfacción laboral (i.e., conflicto trabajo-cuidado, experiencia laboral positiva y balance experiencia laboral-cuidado) y distintas variables dependientes (i.e., carga, depresión, afecto positivo, afecto negativo, balance afectivo, sobrecarga del rol, cautividad del rol y preocupación y tensión). Así, se efectuaron correlaciones de Pearson entre las variables cuantitativas; y de Spearman, cuando se trató de variables ordinales.

Con el objetivo de examinar los efectos principales y de interacción entre el género del cuidador, el parentesco con el receptor de cuidados y la satisfacción laboral en los cuidadores trabajadores de la muestra, se llevaron a cabo análisis multivariados de covarianzas (MANCOVA) en las puntuaciones obtenidas en: carga, depresión, afecto positivo, afecto negativo, balance afectivo, sobrecarga del rol, cautividad del rol y preocupación y tensión con el género del cuidador (hombre *vs.* mujer), el parentesco con el receptor de cuidados (con dos niveles: esposo/as *vs.* hijo/as) y las tres variables asociadas a la satisfacción laboral (todas ellas con dos niveles: alto conflicto trabajo-cuidado *vs.* bajo conflicto trabajado-cuidado; alta experiencia laboral positiva *vs.* baja experiencia laboral positiva; y alto balance experiencia laboral-cuidado *vs.* bajo balance experiencia laboral-cuidado) todas ellas como variables independientes. Se introdujeron como covariables aquellas variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en análisis previos.

8. RESULTADOS

8.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

8.1.1 Características de los cuidadores, los receptores de cuidados, su relación y el apoyo

Como puede apreciarse en la Tabla 8.1., la muestra estuvo compuesta por 123 cuidadores (familiares) de mayores dependientes. De éstos, la mayoría son mujeres (73,2%), con una edad media en torno a los 52,91 años (DT= 7,59) (dentro de un rango de edades que oscila entre los 29 y los 65 años), la mayoría son hijas del receptor de cuidados (82,1%), están casadas o conviviendo en pareja (68,3%); tienen un nivel de estudios universitarios (43,9%), o han completado la educación secundaria (38,2%). El 55,3% de los cuidadores vive con el receptor de cuidados en el mismo domicilio, además un 32,5% convive con hijos mayores de 18 años y un 19,5% con hijos menores de 18 años.

En cuanto al nivel medio de ingresos de los cuidadores, un 49,6% señala que a fin de mes logran cubrir todas sus necesidades, e inclusive en un 38,2% de los casos a fin de mes llega a sobrar algún dinero.

Tabla 8.1. Características de los de cuidadores de la muestra

	n=123
Género (%)	
Varón	26,8
Mujer	73,2
Edad Media (DT)	52,9 (7,59)
Estado civil (%)	
Soltero/a	18,7
Casado/a o conviviendo en pareja	68,3
Viudo/a	2,4
Divorciado/a o Separado/a	10,6
Nivel de estudios (%)	
Sin estudios o con educación primaria	0
Educación secundaria de primer grado	17,9
Educación secundaria de segundo grado	38,2
Estudios Universitarios	43,9

n=123	
Parentesco con el receptor de cuidados (%)	
Esposo/a o compañero/a	13,8
Hijo/a	82,1
Yerno/nuera	2,4
Sobrino/a	0,8
Hermano/a	0,8
Vive con el receptor de cuidados (%)	
55,3	
Vive con hijos mayores de 18 años (%)	
32,5	
Vive con hijos menores de 18 años (%)	
19,5	
Ingresos permiten cubrir necesidades (%)	
No, alcanzan lo suficiente	12,2
Alcanzan los suficiente para cubrir necesidades	49,6
Sobra algún dinero	38,2

Como puede apreciarse en la Tabla 8.2., los mayores dependientes receptores de cuidados de este estudio son en su mayoría mujeres (69,9%) y tienen una edad media de 80,68 años (DT=9,13), con un rango que va de los 60 a los 93 años. Cabe señalar que el 44,7% (n=55) de los receptores de cuidados no conviven en el domicilio con el cuidador. De ellos, un 41,8% convive con el cónyuge, un hijo/a o un cuidador formal. Únicamente en un 9,1% de los casos, éstos viven solos, mientras que un 49,1% se encuentra viviendo en una residencia temporal.

La gran mayoría de los receptores de cuidados padecen algún tipo de demencia (89,4%), de las cuales sobresale la Demencia tipo Alzheimer (73,6%) y en menor medida la demencia vascular (9,1%), frontotemporal (2,7%) o demencia por Cuerpos de Lewy (2,7%). En cuanto a las actividades que requieren asistencia, recogidas a partir del Katz, se halló una puntuación media de 2,90 (DT=1,63). Esto indica que los receptores de cuidados de la muestra requieren asistencia, en general, en por lo menos dos y en algunos casos incluso tres de las siguientes áreas: bañarse, vestirse, ir al servicio, levantarse, control de la micción, y comer. De hecho, más de la mitad de los receptores de cuidados, tienen una dependencia severa (52%), presentando una puntuación de entre 3-6 puntos. En relación al nivel de deterioro cognitivo de las personas cuidadas, la puntuación media alcanzada en el GDS fue de 5,05 (DT=1,15), lo cual sitúa al 50,4% de

los casos dentro de un deterioro cognitivo moderadamente grave. Sin embargo, el nivel de deterioro severo también se evidenció en un 39,8% de los casos.

Con respecto a los problemas de memoria y conducta que presentan los receptores de cuidados, la puntuación media obtenida en la subescala de frecuencia del RMBPC fue de 36,37 (DT= 14,38), lo cual sugiere la existencia de niveles moderados de problemas en el mayor.

Tabla 8.2. Características de los receptores de cuidados de la muestra

	n=123
Género (%)	
Varón	30,1
Mujer	69,9
Edad Media (DT)	80,68 (9,14)
Receptor de cuidados vive (%) (n=55)	
Solo/a	9,1
Con otra persona	41,8
En un residencia	49,1
La persona con la que convive el receptor de cuidados (%) (n=23)	
Esposo/a	39,1
Hijo/a	30,4
Cuidador/a formal	30,4
Diagnóstico (%)	
Demencia	89,4
Otro tipo de enfermedad	10,6
Tipo de demencia (%) (n=110)	
Demencia Tipo Alzheimer	73,6
Demencia Vascular	9,1
Demencia Senil	8,2
Demencia Mixta	3,6
Demencia por Cuerpos de Lewy	2,7
Demencia Frontotemporal	2,7
Índice de Katz ADL (0-6) Media (DT)	2,90 (1,63)
Índice de actividades que requieren asistencia ADL (%)	
Dependencia moderada	48
Dependencia severa	52
Deterioro Cognitivo (GDS) (0-7) Media(DT)	5,05 (1,15)
Escala Global de Deterioro GDS (%)	
Deterioro cognitivo leve o muy leve	9,8
Deterioro cognitivo moderado	50,4
Deterioro cognitivo severo	39,8
Problemas cognitivos y conductuales (RMBPC. Escala de frecuencia) (0-96) Media (DT)	36,37 (14,38)

En cuanto a las características de la relación entre el cuidador y el mayor (véase Tabla 8.3.), los datos indican que los cuidadores consideran que su relación personal con el familiar al que ahora prestan cuidados era, antes de empezar a cuidarles de gran

intimidad o afecto (47,2%), o normal conforme al vínculo que les une (39%). Señalar que una minoría (4,9%) consideró la relación como fría y distante. En la mayoría de los casos (52%) no se ha producido ningún cambio en las relaciones afectivas previas al inicio de la asistencia. No obstante, en un 25,2% la relación afectiva ha mejorado y en un 22,8% se ha deteriorado. Por último, señalar que entre aquellos cuidadores cuyos familiares receptores de cuidados en el momento de la evaluación no se encuentran institucionalizados, en un 44,8% de los casos, los cuidadores no han considerado nunca la posibilidad de institucionalizar al familiar dependiente. No obstante, un 21,9% suelen barajar la posibilidad con bastante frecuencia.

Tabla 8.3. Características de la relación entre los cuidadores de la muestra y los receptores de cuidado a los que prestan apoyo

	n=123
Cualidad de la relación previa al cuidado (%)	
De gran intimidad y afecto	47,2
Normal, conforme al vínculo	39,0
Problemática, con conflictos	8,1
Bastante distante y fría	4,9
De otra manera	0,8
Cambios producidos por el cuidado (%)	
Ha empeorado	22,8
Sigue más o menos igual	52,0
Mejóro	25,2
Posibilidad de institucionalización (%) (n=96)	
Nunca	44,8
Alguna vez	33,3
Con bastante frecuencia	21,9

Como puede apreciarse en la Tabla 8.4., los participantes del estudio vienen ejerciendo el rol de cuidador una media de 53,98 meses (DT=40,53), es decir, unos 4 años aproximadamente, dedicando al desempeño de tareas propias del rol una media de 5,12 horas diarias. Asimismo, se evaluó el tiempo que los cuidadores invierten durante el día a estar pensando o estar preocupados por asuntos relativos al familiar enfermo, dedicando una media de 8,91 horas diarias (DT=7,40). Así, se puede observar una discrepancia de 3 horas aproximadamente, entre el tiempo empleado al cuidado expreso

y el tiempo dedicado a rumiaciones, preocupaciones, planificación de actividades de cuidado, etc. por parte del cuidador.

La mayoría de los cuidadores, asisten a una sola persona en el momento de realizar la evaluación; sin embargo, un 22,8% de ellos son responsables del cuidado de más de una persona mayor.

Entre las razones por las que se han convertido en cuidadores, los participantes del estudio señalan en un 74% de los casos, que la asistencia a sus familiares la brindan por iniciativa propia, y en proporciones menores asumen el cuidado por decisión familiar o porque se lo pidió el propio familiar enfermo.

Un 93,5% de los cuidadores asisten al receptor de cuidados sobre todo en la realización de actividades cotidianas (i.e., salir a la calle, hacer las compras, gestiones, ir al médico, etc.); un 69,1% ayuda en las tareas domésticas (i.e., limpiar, planchar, hacer la comida), y en un 63,4% de los casos la ayuda se centra en los cuidados personales diarios del mayor dependiente (i.e., bañarse o ducharse, asearse, vestirse, o comer). En cuanto a la utilización de recursos formales para atender al familiar dependiente, un 67,5% utiliza algún centro de día, el 35% tiene asistencia a domicilio, un 26,8% acude a la estancia temporal en residencias y sólo un 16,3% utiliza el sistema de telealarma o teleasistencia. En cuanto al ámbito de ayudas informales, un 78% de los cuidadores recibe ayuda de otros familiares para asistir al mayor. En porcentajes mucho menores dicen recibir ayuda para cuidar a su familiar de amigos y/o vecinos. Con todo, la valoración que dan los cuidadores tanto a la ayuda formal o informal percibida es de gran utilidad (87,4%). Finalmente, en relación a las ayudas económicas institucionales, un 51,2% de los participantes del estudio señala recibir éste tipo de ayuda (sobre todo la que se refiere a la Ley de Dependencia).

Tabla 8.4. Características del apoyo que prestan los cuidadores de la muestra

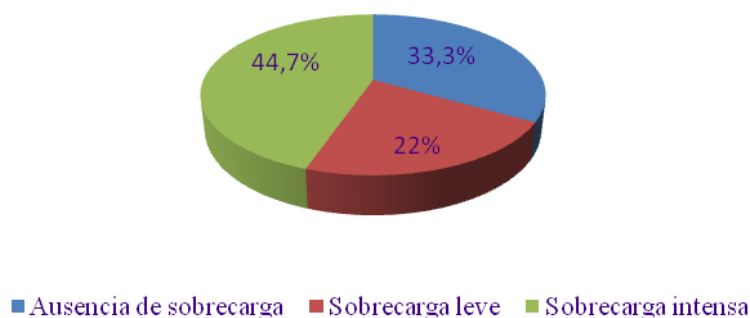
n=123	
Meses como cuidador Media (DT)	53,98 (40,53)
Horas diarias preocupación temas relacionadas al cuidado Media (DT)	8,91 (7,40)
Horas diarias dedicadas a tarea de cuidado Media (DT)	5,12 (3,88)
Razones por las que se convirtió en cuidador (%)	
Por iniciativa propia	74
Por decisión familiar	9,8
Era la única persona que podía	14,6
Lo pidió él/ella	1,6
Cuidado de otras personas mayores (%)	22,8
Presta ayuda en tareas domésticas (%)	69,1
Presta ayuda en actividades cotidianas (%)	93,5
Presta ayuda en cuidados personales diarios (%)	63,4
Uso de Centro de Día (%)	67,5
Uso de ayuda a domicilio (%)	35
Uso de telealarma o teleasistencia (%)	16,3
Uso de estancia temporal en residencias (%)	26,8
Ayuda de familiares (%)	78,0
Ayuda de amigos y/o vecinos (%)	13,8
Valoración de la ayuda (%)	
De ninguna utilidad	0,8
De alguna utilidad	11,8
De gran utilidad	87,4
Prestación de ayudas económicas institucionales (%)	51,2
Tipo de ayudas económicas institucionales recibidas (%) (n=63)	
Ley de Dependencia	88,9
Invalidez permanente	4,8
Otra	6,3

8.1.2 Estado emocional, recursos y hábitos de salud de los cuidadores

Tal y como se muestra en la Tabla 8.5., en la Escala de Carga del cuidador la puntuación media obtenida fue de de 54,44 (DT=17,32), lo cual se refiere a niveles de sobrecarga leve, bordeando a sobrecarga intensa. En la Figura 8.1. se muestra la distribución de los cuidadores y sus distintos grados de sobrecarga. Así un 33,3% de los cuidadores presenta ausencia de carga, un 22% un nivel leve de carga y un 44,7% presenta niveles de carga considerados intensos. No obstante, el análisis de las puntuaciones obtenidas por los cuidadores en la subescala de reacción del RMBPC (M=24,26; DT=17,46) mostró que éstos se sentían poco preocupados o molestos por los problemas de memoria y conducta manifiestos por los receptores de cuidado (los cuales fueron recogidos por la escala de frecuencia del mismo cuestionario, analizada en el

apartado anterior). Por ello, la sensación de carga presente en la muestra parece no estar determinada únicamente por factores relativos al comportamiento del enfermo.

Figura 8.1. Porcentaje de cuidadores con distintos niveles de sobrecarga (n=123)

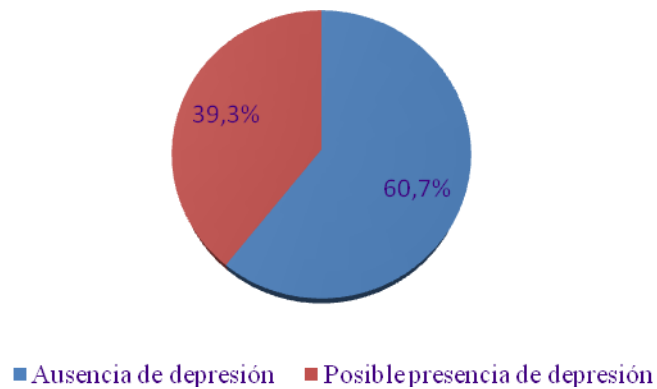


Por otro lado, se observa que los cuidadores no reciben mucho apoyo social, aunque se muestran altamente satisfechos con el apoyo recibido. De hecho en el cuestionario de apoyo social la puntuación media de los apoyos recibidos (rango de 0-54) es de 17,69 (DT=10,52), mientras que la puntuación media de la satisfacción con los apoyos recibidos (rango de 6-36) es de 31,76 (DT=5,72).

Asimismo, en relación a la sobrecarga del rol (*role overload*), los cuidadores obtuvieron una puntuación media de 8,72 (DT=3,54), donde la puntuación máxima es de 16. Esto parece indicar que los cuidadores de la muestra sienten que las demandas de la labor de asistencia exceden en alguna medida sus capacidades, suponiéndoles un gasto considerable de energía y tiempo. En cuanto a la cautividad del rol, éstos obtuvieron una puntuación media de 6,61 (DT=2,77). Estos resultados apuntan, a que los cuidadores del estudio se sienten medianamente obligados o “atrapados” dentro de la responsabilidad que supone ser cuidador de un mayor dependientes. En el mismo orden, con relación a la escala de preocupación y tensión del rol, se halló una puntuación media de 18,93 (DT=4,91), lo cual es indicativo de que pese a lo demandante y estresante que pueden llegar a ser las tareas de cuidado, éstas no afectan en demasia a los cuidadores.

En cuanto a la posible presencia de sintomatología depresiva evaluada con el CES-D, la puntuación media obtenida fue de 15,45 (DT=12,60). Tomando 16 como punto de corte para definir la posible presencia de sintomatología depresiva, sólo un 39,3% se encontraría dentro del umbral de posible presencia síntomas depresivos. Es de remarcar que la depresión está ausente en más de la mitad de los cuidadores de la muestra (60,7%) (véase Figura 8.2.).

Figura 8.2. Porcentaje de cuidadores con posible presencia de sintomatología depresiva (n=123)



Como indicador indirecto del estado emocional, se evaluó el consumo de psicofármacos, constatándose que éste estaba presente en un 26,8% de los cuidadores, siendo predominante en aquellos que consumen el consumo de ansiolíticos (42,4%), seguido por los antidepresivos (33,3%). Llama la atención la frecuencia en el consumo de los cuidadores: más de dos tercios de los cuidadores, consume éstas sustancias 4 o más veces por semana, siendo el tiempo medio de consumo 56,91 meses (DT=68,50), es decir, los vienen consumiendo hace más de 4 años, algunos incluso antes de ser cuidadores.

Con respecto al afecto negativo y positivo evaluado con el PANAS, la puntuación obtenida por los cuidadores en la escala de afecto negativo fue de 19,46 (DT=7,49) y en afecto positivo fue de 32,33 (DT=7,69), donde el rango de puntuaciones

posibles oscila entre 10 y 50 puntos lo cual indica que pese a que los cuidadores experimentan emociones negativas como consecuencia del cuidado, la experimentación de emociones positivas es mayor si se compara con las negativas, lo cual puede servir de efecto protector. También se obtuvo la medida de balance afectivo, a partir de la diferencia entre el afecto positivo y negativo, obteniendo los cuidadores una puntuación de 12,87 (DT=12,92); lo cual indica que el balance emocional de los cuidadores tiende a ser positivo.

Tabla 8.5. Puntuaciones en las variables indicadoras de los efectos del cuidado en los cuidadores de la muestra

n=123	
Carga total (CBI) (22-110) Media (DT)	54,44 (17,32)
Carga percibida (RMBPC Escala de reacción) (0-96) Media (DT)	24,26 (17,46)
Apoyo social recibido (0-54) Media (DT)	17,69 (10,52)
Satisfacción con el apoyo social (6-36) Media (DT)	31,76 (5,72)
Sobrecarga de rol (4-16) Media (DT)	8,72 (3,54)
Cautividad de rol (3-12) Media (DT)	6,61 (2,77)
Preocupación y tensión (8-32) Media (DT)	18,93 (4,91)
Depresión (CESD) (0-60) Media (DT)	15,45 (12,60)
Consumo de psicofármacos (%)	26,8
Tipo de psicofármacos consumido (%) (n=33)	
Ansiolítico	42,4
Antidepresivo	33,3
Ansiolítico + antidepresivos	9,1
Pastillas para dormir	9,1
Otras	6,0
Frecuencia de consumo psicofármacos (%) (n=33)	
4 o más veces por semana	75,8
2-3 veces por semana	15,2
2-4 veces al mes	3,0
Una o menos veces al mes	6,1
Meses de consumo psicofármacos Media (DT)	56,91 (68,50)
Afecto negativo (PANAS) (10-50) Media (DT)	19,46 (7,49)
Afecto positivo (PANAS) (10-50) Media (DT)	32,33 (7,69)
Balance afectivo Media (DT)	12,87 (12,92)

En relación a los hábitos de salud del cuidador, la alteración en los mismos puede ser considerada como una medida de algunas de las repercusiones negativas que la situación de asistencia puede tener en la vida del familiar cuidador, repercutiendo en su estado tanto físico como emocional. Así, como puede apreciarse en la Tabla 8.6., en un 68,3% de los casos los cuidadores señalaron dedicar menos tiempo que antes a

actividades relacionadas con el ocio personal, y un 52,8% afirmó que su sueño se ha visto afectado por la situación de cuidado, durmiendo menos horas que antes. No obstante, un número importante de los participantes refirió que sus hábitos de salud no se han visto afectados por la situación de cuidado. Así, señalaron acudir al médico para tratar sus propios asuntos de salud con la misma frecuencia que antes (60,2%), no haber aumentado el consumo de medicación general (70,7%) y tener el mismo tiempo que antes para realizar ejercicio físico (48%).

Tabla 8.6. Cambios en las conductas relacionadas con los hábitos de salud de los cuidadores de la muestra

	n=123
Consulta al médico por problemas propios (%)	
Menos que antes	20,3
Igual que antes	60,2
Más que antes	19,5
Duerme (%)	
Menos que antes	52,8
Igual que antes	39,8
Más que antes	7,3
Hace ejercicio físico (%)	
Menos que antes	42,3
Igual que antes	48,0
Más que antes	9,8
Ingesta de medicamentos (%)	
Menos que antes	7,3
Igual que antes	70,7
Más que antes	22,0
Tiempo dedicado al ocio (%)	
Menos tiempo que antes	68,3
El mismo tiempo que antes	22,0
Más tiempo que antes	9,8

8.1.3 Situación laboral de los cuidadores

En cuanto a la situación laboral de los cuidadores en el momento de la evaluación, tal y como se muestra en la Tabla 8.7., un 65,9% de los cuidadores se encuentran laboralmente activos, un 29,3% no se encuentran trabajando en la actualidad pero lo han estado en el pasado, y sólo un 4,9% son cuidadores que nunca han trabajado. En un análisis más pormenorizado de la situación laboral de los cuidadores de

la muestra, se observó que un 65,9% trabaja en la actualidad, un 15,4% están en paro, un 9,8% están jubilados y un 6,5% son amas de casa y en porcentajes mucho menores los cuidadores están en excedencia (1,6%) o en baja temporal (0,8%).

En cuanto al perfil laboral de los cuidadores de la muestra, destacan los profesionales liberales (e.g., profesores, médicos, abogados, etc.) y el colectivo de trabajadores compuesto por peones, jornaleros y personal subalterno (e.g., trabajadores de la limpieza, cocineros, camareros, etc.) (ambos con un 28,2%). Asimismo, el 18,8% de los cuidadores se dedica a empleos con trabajo de oficina y un 17,9% pertenecen al colectivo de mandos intermedios. En porcentajes mucho menores, los cuidadores ocupan puestos directivos (4,3%), son empresarios (1,7%) o son empleados con trabajo fuera de oficina u obreros especializados (0,8%). Con respecto al tiempo dedicado a la actividad laboral, hay un predominio de cuidadores con jornada laboral a tiempo completo (79,5%), es decir 5 días a la semana, 40 horas semanales (8 horas diarias); un 14,5% tiene una jornada laboral a tiempo parcial y sólo un 5,1% son trabajadores por temporadas con una dedicación a tiempo completo. En relación al tiempo que se lleva desempeñando la actividad laboral, los cuidadores la llevan ejerciendo una media de 253,44 meses (DT=147,85), es decir, unos 21 años aproximadamente (véase Tabla 8.7.).

Tabla 8.7. Situación laboral de los cuidadores de la muestra

CUIDADORES DE LA MUESTRA		n=123
Trayectoria laboral [N (%)]		
Trabaja en la actualidad		81 (65,9)
No trabaja en la actualidad pero ha trabajado con anterioridad		36 (29,3)
No ha trabajado nunca		6 (4,9)
Situación laboral en el momento de la evaluación [N (%)]		
Activo		81 (65,9)
En paro		19 (15,4)
Ama de casa		8 (6,5)
Jubilado/a		12 (9,8)
En excedencia		2 (1,6)
Baja temporal		1 (0,8)
CUIDADORES QUE TRABAJAN EN LA ACTUALIDAD O HAN TRABAJADO EN EL PASADO		n=117
Trabajo desempeñado [N (%)]		
Empresario		2 (1,7)
Profesional liberal		33 (28,2)
Miembro de la dirección		5 (4,3)
Mandos intermedios		21 (17,9)
Otros empleos con trabajo de oficina		22 (18,8)
Otros empleos con trabajo fuera de oficina y obreros especializados		1 (0,9)
Peones, jornaleros, personal subalterno		33 (28,2)
Tiempo que lleva desempeñando trabajo	Media (DT)	253,44 (147,85)
Dedicación laboral [N (%)]		
Tiempo completo		93 (79,5)
Tiempo parcial		17 (14,5)
Tiempo completo por temporadas		6 (5,1)
Otros		1 (0,9)

8.2 EFECTOS LABORALES DE LA COMPATIBILIZACIÓN DEL CUIDADO Y EL TRABAJO

Con relación a las principales interferencias que los cuidadores trabajadores han experimentado en el trabajo en relación con las responsabilidades de asistencia al familiar mayor dependiente (véase Tabla 8.8.), más de la mitad de los cuidadores señalan que durante su jornada laboral las interrupciones telefónicas sobre asuntos relativos al mayor han sido muy frecuentes (53%), e incluso en un 52,1% de los casos se han tenido que ausentar de manera imprevista para atender algún asunto relativo al familiar. Asimismo, se observa que un 48,7% ha llegado tarde al centro laboral, han faltado injustificadamente (41,9%) o han tenido que reducir su horario laboral (32,5%) con las consiguientes repercusiones económicas que ello supone. De la misma manera,

con la finalidad de poder seguir al frente de las tareas de cuidado y poder seguir percibiendo una remuneración, más de la tercera parte de los cuidadores han tenido que cambiar su turno laboral (35,9%), o han abandonado o directamente rechazado algún curso de formación que la empresa les hubiese ofrecido (20,5%). Un 17,9% de los cuidadores manifiesta que su remuneración ha disminuido desde que ejercen el rol de cuidador. En mucho menor porcentaje los cuidadores señalan haber tenido que aumentar su horario laboral (9,4%), haber tenido que recurrir a permisos temporales sin remuneración o excedencias (9,4%), rechazar algún ascenso o traslado (7,7%), o haber tenido discusiones o problemas con sus supervisores y/o compañeros (6%).

Con la finalidad de conocer en qué medida los cuidadores consideran el trabajo como un obstáculo y fuente de desequilibrio en relación a las tareas de cuidado del familiar mayor dependiente, se preguntó sobre la frecuencia con la que piensan en renunciar al trabajo para centrarse en el cuidado. Es de resaltar, que a pesar de haber señalado muchas interferencias laborales a causa del cuidado, en un alto porcentaje de los casos (76,1%), los cuidadores no han considerado nunca la posibilidad de abandonar el trabajo para centrarse en el cuidado. Un 15,4% lo valoran o lo han valorado en algunas oportunidades, un 6% lo piensan o han pensado frecuentemente, y sólo un 2,6% lo piensa o han pensado todo el tiempo.

En la misma línea, en relación a percepción de problemas o dificultades para compatibilizar el cuidado y el trabajo, un 23,9% de los cuidadores señalan que tienen o han tenido muchos problemas para combinar ambas responsabilidades, un 23,1% han tenido o tienen algunos problemas, y un 11,1% lo tienen o han tenido todo el tiempo. No obstante, en un 41,9% no han experimentado ningún problema de compatibilización.

Con el objetivo de conocer en qué medida el trabajo es una fuente de gratificación, se preguntó a aquellos cuidadores que permanecen laboralmente activos la

probabilidad de seguir trabajando independientemente de la necesidad económica, la mayoría de ellos (62,5%), señalan que la probabilidad de seguir trabajando es mucha, un 7,5% considera que es bastante probable. Sólo un 16,3% considera que de ninguna manera seguirían trabajando.

Como indicador indirecto de la satisfacción laboral, se evaluó la experimentación de experiencias positivas y negativas en el trabajo teniendo en cuenta las responsabilidades del cuidado. La puntuación obtenida por los cuidadores en la escala de conflicto trabajo-cuidado fue de 9,60 (DT=3,16) y en la escala de experiencia laboral positiva fue de 12,83 (DT=2,15), siendo el rango de puntuaciones posibles 4-16 puntos para la escala de experiencia laboral positiva y 5-20 puntos para la escala de conflicto trabajo-cuidado.

Lo anterior indica que pese a que los cuidadores experimentan conflictos en el trabajo, como consecuencia del cuidado del familiar mayor dependiente, la vivencia de experiencias laborales positivas es mayor si se compara con los conflictos trabajo-cuidado que puedan surgir. Tal es así, que la puntuación media en el balance experiencia laboral-cuidado de los cuidadores fue de 25,77 (DT=18,41), lo cual indica las experiencias laborales positivas priman sobre las conflictivas.

Por otro lado, dentro de las razones por las que dejaron de trabajar aquellos cuidadores que en la actualidad ya no están empleados, 61,1% señala que se debió a razones externas a ellos (e.g., despidos, finalización de contrato, jubilación etc.), un 27,8% refiere que dejaron de trabajar por decisión propia (e.g., pasar más tiempo con el familiar enfermo, disponer de más tiempo para sí mismo, etc.) y un 5,6% por una mezcla de ambas razones (véase Tabla 8.8.).

Tabla 8.8. Efectos laborales de la compatibilización del cuidado y el trabajo en los cuidadores de la muestra

CUIDADORES QUE TRABAJAN EN LA ACTUALIDAD O HAN TRABAJADO EN EL PASADO	n=117
Ha reducido su horario laboral (%)	32,5
Ha tenido que aumentar su horario laboral (%)	9,4
Ha tenido que cambiar su turno de trabajo (%)	35,9
Ha disminuido su remuneración (%)	17,9
Ha llegado tarde al trabajo (%)	48,7
Ha faltado al trabajo (%)	41,9
Ha tenido que rechazar ascenso o traslado (%)	7,7
Ha tenido que rechazar o abandonar curso de formación (%)	20,5
Ha tenido que ausentarse de manera imprevista (%)	52,1
Ha tenido interrupciones telefónicas frecuentes (%)	53,0
Ha solicitado permiso temporal (%)	9,4
Ha tenido discusiones o problemas con supervisores y/o compañeros (%)	6,0
Frecuencia renuncia trabajo para centrarse en el cuidado (%)	
Nunca	76,1
Algunas veces	15,4
Frecuentemente	6,0
Todo el tiempo	2,6
Problemas para compatibilizar (%)	
Ninguno	41,9
Algunos	23,1
Todo el tiempo	11,1
Muchos	23,9
CUIDADORES TRABAJADORES EN ACTIVO	n=81
Probabilidad de seguir trabajando sin necesidad económica (%)	
Ninguna	16,3
Alguna	13,8
Bastante	7,5
Mucha	62,5
Conflicto trabajo-cuidado (5-20) Media (DT)	9,60 (3,16)
Experiencia laboral positiva (4-16) Media (DT)	12,83 (2,15)
Balance experiencia laboral-cuidado (-25-60) Media (DT)	25,77 (18,41)
CUIDADORES QUE HAN TRABAJADO EN EL PASADO PERO NO EN LA ACTUALIDAD	n=36
Razones por la que se dejó de trabajar (%)	
Motivación propia	27,8
Razones externas	61,1
Mezcla de ambas	5,6
Otras	5,6

8.2.1. *Diferencias en los efectos laborales de la compatibilización trabajo-cuidado entre cuidadores que trabajan y aquellos que han dejado de trabajar.*

Respecto a las diferencias en las interferencias laborales que habrían presentado por el hecho de ser responsables del cuidado de un mayor dependiente el grupo de cuidadores que se mantiene laboralmente activo y los cuidadores que abandonaron el

trabajo, tal y como puede apreciarse en la Tabla 8.9., los dos grupos no se diferencian significativamente en las principales interferencias laborales (i.e., reducir u aumentar el horario de la jornada laboral, recurrir a cambios en el turno de trabajo, aumento o disminución en el salario, rechazo de ascenso o traslados, rechazo o abandono de cursos de formación, solicitud de permisos temporales ni en haber tenido conflictos o problemas con compañeros o supervisores), pero sí hay diferencias significativas entre los grupos en lo que respecta a haber tenido que llegar tarde al trabajo, haber faltado, haber tenido que ausentarse de manera imprevista del trabajo para atender al familiar y en haber tenido interrupciones telefónicas frecuentes sobre asuntos relativos al cuidado del mayor dependiente.

Así, un 59,3% de los cuidadores que actualmente se encuentran trabajando señala que han llegado tarde al trabajo, mientras que en el caso de los cuidadores que han abandonado el trabajo tan sólo lo han hecho un 25%. ($\chi^2_{(1)}=11,709$; $p=,001$). Así mismo, un 49,4% de los cuidadores que trabajan en la actualidad manifestó haber faltado al trabajo, frente a un 25% en el grupo de cuidadores que han abandonado el trabajo ($\chi^2_{(1)}=6,089$; $p=,014$). En cuanto al haber tenido que ausentarse del trabajo de manera imprevista para atender al familiar, un 61,7% de los cuidadores que actualmente trabaja señala haber tenido que hacerlo, mientras que sólo un 30,6% del grupo de cuidadores que han abandonado el trabajo refiere haberlo hecho ($\chi^2_{(1)}=9,705$; $p=,002$).

Finalmente, también hubo diferencias significativas intergrupo en el haber tenido interrupciones telefónicas frecuentes sobre asuntos relacionados con el familiar mayor dependiente durante la jornada laboral ($\chi^2_{(1)}=19,763$; $p<,001$). Tan sólo un 22,2% de los cuidadores que han abandonado el trabajo tuvieron este tipo de interferencia, mientras que un 66,7% de los cuidadores que se encuentran laboralmente activos han tenido interferencias telefónicas.

Finalmente, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas inter grupo en la percepción de problemas o dificultades para compaginar el cuidado y el trabajo ni en la frecuencia de pensamientos sobre renunciar al trabajo para centrarse exclusivamente en las tareas de cuidado del familiar mayor dependiente (véase Tabla 8.9).

Tabla 8.9. Diferencias en las principales interferencias laborales en los cuidadores de la muestra en función de aquellos que se mantienen en la fuerza laboral frente a los que la han abandonado

	Cuidadores trabajadores (n=81)	Cuidadores que han dejado de trabajar (n=36)	$\chi^2_{(gl)}$	<i>p</i>
Ha reducido su horario laboral (%)	35,8	25,0	$\chi^2_{(1)}=1,326$,240
Ha tenido que aumentar su horario laboral (%)	9,9	8,3	$\chi^2_{(1)}=0,700$,792
Ha tenido que cambiar su turno de trabajo (%)	39,5	27,8	$\chi^2_{(1)}=1,490$,222
Ha disminuido su remuneración (%)	16,0	22,2	$\chi^2_{(1)}=0,645$,422
Ha llegado tarde al trabajo (%)	59,3	25,0	$\chi^2_{(1)}=11,709$,001
Ha faltado al trabajo (%)	49,4	25,0	$\chi^2_{(1)}=6,089$,014
Ha tenido que rechazar ascenso o traslado (%)	8,6	5,6	$\chi^2_{(1)}=0,334$,563
Ha tenido que rechazar o abandonar curso de formación (%)	22,2	16,7	$\chi^2_{(1)}=0,472$,492
Ha tenido que ausentarse de manera imprevista (%)	61,7	30,6	$\chi^2_{(1)}=9,705$,002
Ha tenido interrupciones telefónicas frecuentes (%)	66,7	22,2	$\chi^2_{(1)}=19,763$	<,001
Ha solicitado permiso temporal (%)	11,1	5,6	$\chi^2_{(1)}=0,903$,342
Ha tenido discusiones o problemas con supervisores y/o compañeros (%)	8,6	0	$\chi^2_{(1)}=3,309$,609
Frecuencia renuncia trabajo para centrarse en el cuidado (%)				
Nunca	81,5	63,9	$\chi^2_{(3)}=4,889$,180
Algunas veces	12,3	22,2		
Frecuentemente	4,9	8,3		
Todo el tiempo	1,2	5,6		
Problemas para compatibilizar (%)				
Ninguno	37,0	52,8	$\chi^2_{(3)}=5,047$,168
Algunos	24,7	19,4		
Todo el tiempo	14,8	2,8		
Muchos	23,5	25,0		

8.3 EFECTOS DE LA COMPATIBILIZACIÓN DEL CUIDADO Y DEL TRABAJO EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS CUIDADORES

8.3.1 Diferencias en el estado emocional de los cuidadores que trabajan y no trabajan

Como paso previo al análisis de las diferencias en el estado emocional entre ambos grupos, se comprobó la homogeneidad de los mismos en las características sociodemográficas, características de las personas mayores dependientes y las características relacionadas con la situación de cuidados. Adicionalmente, se comprobó la normalidad de la distribución de las variables dependientes mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov. De este primer análisis se concluyó que de las 8 variables analizadas, 6 ajustaron sus valores a la distribución normal (Véase Tabla 8.10.). En concreto, las variables que ajustaron sus valores a la distribución normal fueron: carga ($z=0,607$, $p=,855$), afecto positivo ($z=1,008$, $p=,261$), afecto negativo ($z=1,213$, $p=,105$), balance afectivo ($z=0,842$, $p=,477$), cautividad del rol ($z=1,134$, $p=,153$) y preocupación y tensión ($z=1,021$, $p=,248$). En el caso de la depresión y la sobrecarga del rol, los análisis realizados arrojaron que ambas variables no se ajustaron a la distribución normal ($z=1,184$, $p=,024$ y $z=1,666$, $p=,008$; respectivamente).

Tabla 8.10. Análisis de ajuste a la distribución normal de las variables indicadoras de los efectos del cuidado en los cuidadores de la muestra

	<i>z</i>	<i>p</i>
Carga	0,607	,855
Depresión	1,184	,024
Afecto positivo	1,008	,261
Afecto negativo	1,213	,105
Balance afectivo	0,842	,477
Sobrecarga del rol	1,666	,008
Cautividad del rol	1,134	,153
Preocupación y tensión	1,021	,248

En cuanto al análisis de homogeneidad entre el grupo de cuidadores trabajadores en activo y aquellos que no trabajan, tan sólo se encontraron diferencias

estadísticamente significativas intergrupo en las variables: convivencia del cuidador con hijos mayores de 18 años ($\chi^2_{(1)}=7,305$; $p=,007$) y utilización de ayuda remunerada en el domicilio ($\chi^2_{(1)}=7,102$; $p=,008$). Así, un 40,7% de los cuidadores que están laboralmente activos conviven en el domicilio con hijos mayores de 18 años, mientras que tan sólo un 16,7% de los cuidadores que no trabajan conviven en el hogar con hijos mayores de 18 años. Además, tan sólo un 19% de los cuidadores que no trabajan reciben ayuda de asistencia remunerada en casa para cuidar a su familiar, mientras que un 43,2% de los cuidadores que trabajan reciben este tipo de ayuda. Este resultado es esperable y está relacionado con la propia naturaleza de los grupos evaluados, ya que la utilización de ayuda externa se hace más necesaria y por ende más frecuente en cuidadores que pasan parte del día fuera de casa desempeñando su trabajo.

Teniendo esto en cuenta, y dado que se consideró que la convivencia en el hogar con hijos mayores de 18 años no tendría una repercusión significativa en la problemática emocional de los cuidadores, se decidió no introducirlas como covariables en los análisis para determinar las diferencias en el estado emocional entre ambos grupos.

Así, tal y como se muestra en la Tabla 8.11., los dos grupos no se diferencian significativamente en los niveles de carga experimentados por los cuidadores. La puntuación media de carga en el grupo de cuidadores que trabajan fue de 54,43 (DT=17,26) y la del grupo de cuidadores no trabajadores fue de 54,45 (DT=17,64).

Con respecto a la sintomatología depresiva, ambos grupos muestran una puntuación media en el CES-D que estaría por debajo del punto de corte (≥ 16) para definir la presencia de sintomatología depresiva. Así la puntuación media obtenida indicaría que la depresión estaría ausente tanto el grupo de cuidadores trabajadores como en el grupo de cuidadores no trabajadores (véase Tabla 8.11.). Los cuidadores no

trabajadores obtuvieron una puntuación media en depresión (M=15,52; DT=12,56) ligeramente mayor que los cuidadores trabajadores (M=15,41; DT=12,70). Sin embargo esta diferencia tampoco alcanzó una significación estadística.

En cuanto al afecto positivo y negativo no se hallaron diferencias significativas ni en el afecto positivo ni en el negativo entre ambos grupos. Como puede observarse en la Tabla 8.10., los cuidadores no trabajadores obtuvieron una puntuación ligeramente superior en afecto positivo (M=32,43; DT=6,64), y ligeramente inferior en afecto negativo (M=19,05; DT=7,17) que los cuidadores trabajadores (M=32,28; DT=8,21; M=19,67; DT=7,68).

En concordancia con estos resultados, la puntuación media en balance afectivo fue mayor en los cuidadores no trabajadores que en los cuidadores trabajadores (M=13,38; DT=11,50; vs. M=12,61; DT=13,66). Sin embargo los análisis estadísticos efectuados no mostraron diferencias significativas.

En relación a la sobrecarga del rol (*role overload*) y la cautividad del rol (*role captivity*), los cuidadores trabajadores obtuvieron puntuaciones medias mayores que los cuidadores no trabajadores (véase Tabla 8.11.). Los cuidadores trabajadores obtuvieron una puntuación media en la escala de sobrecarga del rol (M=8,99; DT=3,51) y en la cautividad del rol (M=6,71; DT=2,73) mayor que los cuidadores no trabajadores (M=8,21; DT=3,57; M=6,42; DT=2,86, respectivamente), sin que estas diferencias llegasen a ser estadísticamente significativas.

Finalmente tampoco se encontraron diferencias significativas en la escala de preocupación y tensión (*worry and strain*). Los cuidadores trabajadores mostraron una puntuación media en la escala de preocupación y tensión de 19,05 (DT=5,05), mientras que los cuidadores no trabajadores obtuvieron una puntuación media de 18,61 (DT=4,69).

Tabla 8.11. Diferencias en el estado emocional de los cuidadores de la muestra en función de la situación laboral

	Cuidadores trabajadores (n=81)	Cuidadores no trabajadores (n=42)	<i>Estadístico/gl</i>	<i>p</i>
Carga Media (DT)	54,43 (17,26)	54,45 (17,64)	$t_{(121)}=-0,006$,995
Depresión Media (DT)	15,41 (12,70)	15,52 (12,56)	$z=-0,184$,854
Afecto positivo Media (DT)	32,28 (8,21)	32,43 (6,64)	$t_{(121)}=-0,098$,922
Afecto negativo Media (DT)	19,67 (7,68)	19,05 (7,17)	$t_{(121)}=0,433$,666
Balance afectivo Media (DT)	12,61 (13,66)	13,38 (11,50)	$t_{(121)}=-0,310$,757
Sobrecarga del rol Media (DT)	8,99 (3,51)	8,21 (3,57)	$z=-1,249$,212
Cautividad del rol Media (DT)	6,71 (2,73)	6,42 (2,86)	$t_{(121)}=0,543$,588
Preocupación y tensión Media (DT)	19,09 (5,05)	18,61 (4,69)	$t_{(121)}=0,512$,610

8.3.2. Diferencias en el estado emocional de los cuidadores que trabajan y aquellos que han dejado de trabajar

Al igual que se comprobó la homogeneidad de los grupos cuando se comparó los grupos de cuidadores que están laboralmente activos con los cuidadores que no trabajan como paso previo al análisis de las diferencias en el estado emocional de los cuidadores. Nuevamente, se realizó el análisis de homogeneidad y se comprobó que existen diferencias significativas entre el grupo de cuidadores que se encuentran laboralmente activos y aquellos cuidadores que aunque ya no se encuentran trabajando lo han hecho en el pasado.

En concreto, vuelven a encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las variables: convivencia del cuidador con hijos mayores de 18 años ($\chi^2_{(1)}=8,194$; $p=,004$), y en la ayuda de asistencia remunerada en el domicilio para cuidar al familiar mayor dependiente ($\chi^2_{(1)}=6,117$; $p=,013$). Los cuidadores que están laboralmente activos residen en un mayor porcentaje en el mismo domicilio con hijos mayores de 18 años (40,7%), frente a tan sólo un 13,9% de cuidadores que han dejado de trabajar conviven en el domicilio con hijos mayores de 18 años. En cuanto a la utilización de asistencia remunerada en casa, un 43,2 % de los cuidadores que trabajan

reciben este tipo de ayuda para cuidar a su familiar, mientras que tan sólo un 19,4% de los cuidadores que han trabajado en el pasado la utilizan.

Se detectó una nueva diferencia estadísticamente significativa en relación a las actividades que requieren asistencia. Se halló una puntuación media significativamente superior en el grupo de cuidadores que han trabajado en el pasado pero no lo hacen en la actualidad ($M=3,39$; $DT=1,72$) que en el grupo de cuidadores laboralmente activos ($M=2,72$; $DT=1,55$). Es decir, los receptores de cuidados a cargo de los cuidadores que han dejado de trabajar requieren asistencia como mínimo en tres actividades de la vida diaria, mientras que los mayores dependientes de los cuidadores laboralmente activos lo requieren en como mínimo en dos actividades. ($t_{(2)}=2,083$; $p=,039$).

Dado que se consideró que ésta última variable podría influir en la problemática emocional de los cuidadores, tal y como lo reseña la literatura científica (Sörensen Duberstein, Gill y Pinquart, 2006), se decidió introducirla como covariable con la finalidad de controlar su efecto en los análisis para determinar las diferencias en el estado emocional entre ambos grupos.

Tal y como puede apreciarse en la Tabla 8.12., en lo referente al nivel de carga, los dos grupos no se diferencian significativamente. Así la puntuación media de carga en el grupo de cuidadores que trabajan fue de 54,43 ($DT=17,26$) y la del grupo de cuidadores que han dejado de trabajar fue de 54,67 ($DT=15,56$).

Con respecto a la sintomatología depresiva, ambos grupos muestran una puntuación media en el CES-D que estaría por debajo del punto de corte (≥ 16) para definir la presencia de sintomatología depresiva, estando la depresión ausente tanto en el grupo de cuidadores trabajadores como en el grupo de cuidadores que no trabajan en el presente pero lo han hecho en el pasado. Los cuidadores que han dejado de trabajar obtuvieron una puntuación media en depresión ($M=15,61$; $DT=12,06$) ligeramente

mayor que los cuidadores trabajadores ($M=15,41$; $DT=12,70$). Sin embargo esta diferencia tampoco alcanzó una significación estadística.

En cuanto al afecto positivo y negativo no se encontraron diferencias significativas ni en el afecto positivo ni en el negativo entre ambos grupos (véase Tabla 8.12.). Los cuidadores que han dejado de trabajar obtuvieron una puntuación ligeramente superior en afecto positivo ($M=32,44$; $DT=6,64$), y ligeramente inferior en afecto negativo ($M=18,81$; $DT=6,38$) que los cuidadores laboralmente activos ($M=32,28$; $DT=8,21$; $M=19,67$; $DT=7,68$).

En concordancia con estos resultados, la puntuación media en balance afectivo fue mayor en los cuidadores que han dejado de trabajar que en los cuidadores trabajadores ($M=13,63$; $DT=10,99$; vs. $M=12,61$; $DT=13,66$). Sin embargo los análisis estadísticos efectuados no mostraron diferencias significativas.

En relación a la sobrecarga del rol y la cautividad del rol, los cuidadores trabajadores obtuvieron puntuaciones medias mayores que los cuidadores que no trabajan en la actualidad pero lo han hecho en el pasado (véase Tabla 8.12.). Los cuidadores trabajadores obtuvieron una puntuación media en la escala de sobrecarga del rol de 8,99 ($DT=3,51$) y en la cautividad del rol de 6,71 ($DT=2,73$) mayor que los cuidadores que han dejado de trabajar ($M=8,25$; $DT=3,27$; $M=6,44$; $DT=2,70$, respectivamente), sin que estas diferencias llegasen a ser estadísticamente significativas.

Finalmente tampoco se encontraron diferencias significativas en la escala de preocupación y tensión. Los cuidadores trabajadores mostraron una puntuación media en la escala de preocupación y tensión ($M=19,09$; $DT=5,05$) mayor que los cuidadores que aunque ya no trabajan lo han hecho en el pasado ($M=18,69$; $DT=4,02$).

Tabla 8.12. Diferencias en el estado emocional de los cuidadores de la muestra en función de aquellos que se mantienen en la fuerza laboral frente a los que han dejado de trabajar por diversos motivos

	Cuidadores trabajadores (n=81)	Cuidadores no trabajan pero lo han hecho en el pasado (n=36)	Estadístico/gl	p
Carga Media (DT)	54,43 (17,26)	54,67 (15,56)	$F_{(1, 114)}=0,052$,820
Depresión Media (DT)	15,41 (12,70)	15,61 (12,06)	$z=-0,346$ $F_{(1, 114)}=0,019$,730 ,890
Afecto positivo Media (DT)	32,28 (8,21)	32,44 (6,98)	$F_{(1, 114)}=0,000$,990
Afecto negativo Media (DT)	19,67 (7,68)	18,81 (6,38)	$F_{(1, 114)}=0,382$,538
Balance afectivo Media (DT)	12,61 (13,66)	13,63 (10,99)	$F_{(1, 114)}=0,117$,733
Sobrecarga del rol Media (DT)	8,99 (3,51)	8,25 (3,27)	$z=-1,012$ $F_{(1, 114)}=1,834$,311 ,178
Cautividad del rol Media (DT)	6,71 (2,73)	6,44 (2,70)	$F_{(1, 114)}=0,562$,455
Preocupación y tensión Media (DT)	19,09 (5,05)	18,69 (4,02)	$F_{(1, 114)}=0,760$,385

8.3.3. *Diferencias en el estado emocional de los cuidadores que trabajan en función de su experiencia laboral*

Como puede apreciarse en la Tabla 8.13., se efectuaron correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en las variables asociadas a la experiencia laboral positiva, el conflicto trabajo-cuidado, así como con el balance experiencia laboral-cuidado y las distintas variables indicativas del estado emocional de los cuidadores trabajadores.

Así, en lo relativo a la experiencia laboral positiva y el estado emocional del cuidador, de las distintas correlaciones se deduce que una mayor experiencia laboral positiva se asocian a menores niveles de depresión ($r= -,281$; $p<,05$) y a mayores niveles de afecto positivo ($r=,353$; $p<,001$) y un mayor balance afectivo ($r= ,287$; $p<,001$).

De la misma manera, con relación al conflicto trabajo-cuidado y el estado emocional del cuidador, ésta correlaciona negativamente con mayores puntuaciones de afecto positivo ($r= -,455$; $p<,001$) y un menor balance afectivo ($r= -,621$; $p<,001$). Asimismo, se encontraron correlaciones significativas ($p<,001$) y positivas entre el

conflicto trabajo-cuidado y la carga ($r=,673$), la depresión ($r=,501$), el afecto negativo ($r=,617$); la sobrecarga del rol ($r=,600$), la cautividad del rol ($r=,474$) y el nivel de preocupación y tensión ($r=,669$) (véase Tabla 8.13.).

Por último, con relación al balance experiencia laboral-cuidado y el estado emocional del cuidador, un mayor balance experiencia laboral-cuidado correlaciona significativamente con un mayor nivel de afecto positivo ($r= ,519$; $p<,001$), y un mayor balance afectivo ($r=,595$; $p<,001$), y muestra una correlación inversa con carga ($r= -,496$; $p<,001$), depresión ($r= -,509$; $p<,001$), afecto negativo ($r= -,501$; $p<,001$), sobrecarga del rol ($r= -,410$; $p<,001$), cautividad del rol ($r= -,411$; $p<,001$), y el nivel de preocupación y tensión ($r= -,472$; $p<,001$) (véase Tabla 8.13.).

Tabla 8.13. Correlaciones entre las variables Experiencia laboral positiva, el Conflicto trabajo-cuidado y el Balance experiencia laboral-cuidado con el estado emocional de los cuidadores trabajadores de la muestra (n=81)

	Experiencia laboral positiva	Conflicto trabajo-cuidado	Balance experiencia laboral-cuidado
Carga	-,058	,673**	-,496**
Depresión	-,281*	,501**	-,509**
Afecto positivo	,354**	-,455**	,519**
Afecto negativo	-,132	,617**	-,501**
Balance afectivo	,287**	-,621*	,595**
Sobrecarga del rol	,005	,600**	-,410**
Cautividad del rol	-,146	,474**	-,411**
Preocupación y tensión	-,020	,669**	-,472**

** $p<,001$; * $p<,05$

Con la finalidad de analizar las diferencias en el estado emocional de los cuidadores que trabajan en función de su experiencia laboral (i.e., en las variables conflicto trabajo-cuidado, experiencia laboral positiva y balance experiencia laboral-cuidado), se estableció un punto de corte para diferenciar dos grupos de cuidadores en cada una de las variables estudiadas (i.e., alto vs. bajo)

Así en cuanto al *conflicto trabajo-cuidado*, los cuidadores obtuvieron una puntuación media de 9,60 (DT= 3,16; Mediana= 9,00), ajustándose los valores a la

distribución normal ($z=0,942$, $p=,338$). De esta manera, se estableció el punto de corte en 9 (coincidiendo con la Mediana), para distinguir dos grupos de cuidadores: (a) cuidadores con bajo conflicto trabajo-cuidado; y (b) cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado. 41 cuidadores (50,6%) puntuaron igual o por debajo de 9, conformando el primer grupo. En este grupo se obtuvo una media de 7,14 (DT=1,47). 40 cuidadores (49,4%) integraron el grupo de cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado, con un valor medio de 12,12 (DT=2,33).

Cuando se estudió la homogeneidad de los dos grupos en las características sociodemográficas del cuidador y de la persona cuidada, así como en ciertas características generales de la situación de cuidado (e.g., tiempo dedicado a cuidar, ayudas recibidas, relación con el familiar), tan sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas intergrupos en las variables: cuidadores que se encargan de la asistencia de más personas mayores a la vez ($\chi^2_{(1)}=4,830$; $p=,028$), y el tipo de ayuda brindada al mayor dependiente ($\chi^2_{(1)}=4,766$; $p=,029$).

Así, un 32,5% de los cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado asisten simultáneamente a otros mayores dependientes, mientras que tan sólo un 12,2% de los cuidadores con bajo conflicto trabajo-cuidado se encargan a la vez de más de un mayor dependiente.

En cuanto al tipo de ayuda que brindan los cuidadores al familiar mayor dependiente, los cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidados ayudan en un mayor porcentaje en tareas de cuidado personal diarios (72,5%) (e.g., bañarse o ducharse, asearse, vestirse, comer), mientras que tan sólo un 48,8% de los cuidadores con bajo conflicto trabajo-cuidado ayudan en este tipo de tareas.

Dado que se consideró que el hecho que el cuidador se encargue de más personas mayores a la vez puede influir en la problemática emocional de los cuidadores,

se decidió introducirla como covariable en los análisis para determinar las diferencias en el estado emocional entre ambos grupos.

Continuando con el análisis de las diferencias en el estado emocional de los cuidadores con alto y bajo conflicto trabajo-cuidado, tal y como puede apreciarse en la Tabla 8.14., el análisis de las diferencias entre ambos grupos en relación a las consecuencias del cuidado sobre el estado emocional del cuidador, se observa que los cuidadores del grupo de alto conflicto trabajo-cuidado presentaron niveles más altos estadísticamente significativos, en carga, depresión, afecto negativo, sobrecarga del rol, cautividad del rol, preocupación y tensión, así como menores niveles estadísticamente significativos en afecto positivo y balance afectivo.

Tabla 8.14. Diferencias en el estado emocional de los cuidadores trabajadores de la muestra según alto vs. bajo conflicto trabajo-cuidado (n=81)

	Conflicto trabajo-cuidado		Estadístico/(gl)	p
	Bajo (n=41)	Alto (n=40)		
Carga Media (DT)	45,71 (14,71)	63,38 (15,08)	$F_{(1, 78)}=24,842$	<,001
Depresión Media (DT) †	9,95 (9,51)	21,00 (13,21)	$z=-4,032$ $F_{(1, 78)}=15,371$	<,001 <,001
Afecto positivo Media (DT)	35,78 (7,17)	28,70 (7,73)	$F_{(1, 78)}=16,326$	<,001
Afecto negativo Media (DT) †	16,15 (5,30)	23,28 (8,12)	$F_{(1, 78)}=17,829$	<,001
Balance afectivo Media (DT)	19,63 (9,59)	5,42 (13,54)	$F_{(1, 78)}=25,394$	<,001
Sobrecarga del rol Media (DT)	7,20 (2,61)	10,83 (3,38)	$z=-4,630$ $F_{(1, 78)}=25,124$	<,001 <,001
Cautividad del rol Media (DT)	5,90 (2,67)	7,55 (2,58)	$F_{(1, 78)}=8,558$,005
Preocupación y tensión Media (DT)	16,43 (4,04)	21,80 (4,55)	$F_{(1, 78)}=28,043$	<,001

† No se cumple el supuesto de homogeneidad de las varianzas

Por otro lado, en relación a la *experiencia laboral positiva*, los cuidadores obtuvieron una puntuación media de 12,83 (DT= 2,15; Mediana= 13,00), ajustándose los valores a la distribución normal ($z= 1,350$, $p=,050$). De esta manera, se estableció el punto de corte en 12, para distinguir dos grupos de cuidadores: (a) cuidadores con baja experiencia laboral positiva; y (b) cuidadores con alta experiencia laboral positiva. 35 cuidadores (43,2%) puntuaron igual o por debajo de 12, conformando el primer grupo. En este grupo se obtuvo una media de 10,91 (DT=1,52). 46 cuidadores (46,8%)

integraron el grupo de cuidadores con alta experiencia laboral positiva, con un valor medio en Experiencia laboral positiva de 14,30 (DT=1,19).

Cuando se comprobó la homogeneidad de los dos grupos en las características sociodemográficas del cuidador y de la persona cuidada, así como en ciertas características generales de la situación de cuidado (e.g., tiempo dedicado a cuidar, ayudas recibidas, relación con el familiar), tan solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas intergrupos en el porcentaje de cuidadores que además de encargarse del receptor de cuidados asisten a la vez a otros mayores dependientes ($\chi^2_{(1)}=7,938; p=,005$).

Tan sólo un 10,9% de los cuidadores con alta experiencia laboral positiva asisten a otros mayores dependientes, mientras que un 37,1% de los cuidadores con baja experiencia laboral positiva se encargan del cuidado de otros mayores dependientes a la vez que asisten al receptor de cuidados. En consecuencia, y como se había hecho en el análisis anterior, se decidió introducir esta variable como covariada en los subsiguientes análisis.

Continuando con el análisis de las diferencias en el estado emocional de los cuidadores con alta y baja experiencia laboral positiva, tal y como puede observarse en la Tabla 8.15., el grupo de cuidadores con alta experiencia laboral positiva presentaron niveles estadísticamente significativos mayores en afecto positivo. Asimismo presentaron un nivel mayor de balance afectivo. Sin embargo, esta última diferencia no alcanzó una significación estadística. De la misma forma, el grupo de alta experiencia laboral positiva tuvo niveles menores de carga, depresión, afecto negativo, sobrecarga del rol, cautividad del rol, preocupación y tensión. No obstante ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativa.

Tabla 8.15. Diferencias en el estado emocional de los cuidadores trabajadores de la muestra según alta vs. baja experiencia laboral positiva (n=81)

	Experiencia laboral positiva		Estadístico/gl	p
	Baja (n=35)	Alta (n=46)		
Carga Media (DT)	56,26 (18,09)	53,04 (16,84)	$F_{(1, 78)}=0,095$,759
Depresión Media (DT)	18,40 (13,39)	13,13 (11,79)	$z= -1,841$ $F_{(1, 78)}=1,765$,066 ,188
Afecto positivo Media (DT)	29,46 (7,85)	34,43 (7,91)	$F_{(1, 78)}=6,373$,014
Afecto negativo Media (DT)	20,54 (7,86)	19,00 (7,56)	$F_{(1, 78)}=0,041$,841
Balance afectivo Media (DT)	8,91 (13,46)	15,43 (13,26)	$F_{(1, 78)}=2,637$,108
Sobrecarga del rol Media (DT)	9,09 (3,75)	8,91 (3,55)	$z= -0,081$ $F_{(1, 78)}=0,165$,935 ,685
Cautividad del rol Media (DT)	6,88 (2,54)	6,58 (2,87)	$F_{(1, 78)}=0,286$,594
Preocupación y Tensión Media (DT)	19,57 (5,41)	18,73 (4,78)	$F_{(1, 78)}=0,089$,766

Finalmente, con relación al *balance experiencia laboral-cuidado*, los cuidadores obtuvieron una puntuación media de 25,77 (DT=18,41; Mediana=27,00) ajustándose los valores a la distribución normal ($z= 0,836$, $p=,486$). De esta manera, se estableció el punto de corte en 27 (coincidiendo con la Mediana), para distinguir los grupos de cuidadores: (a) cuidadores con bajo balance experiencia laboral-cuidado; y (b) cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado. 41 cuidadores (50,6%) puntuaron igual o por debajo de 27, conformando el primer grupo. En este grupo se obtuvo una media de 11,65 (DT=13,75). 40 cuidadores (49,4%) integraron el grupo de cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado, con un valor medio en balance experiencia laboral-cuidado de 40,25 (DT=8,82).

En el análisis de homogeneidad de los grupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas intergrupo en: edad del cuidador ($t_{(1)}= -2,159$; $p=,034$), convivencia del cuidador con hijos mayores de 18 años ($\chi^2_{(1)}=4,526$; $p=,033$), calidad de la relación personal previa al cuidado ($\chi^2_{(1)}=9,571$; $p=,023$), y el tiempo empleado por el cuidador para la realización de tareas relacionadas con el cuidado del familiar mayor ($t_{(69,80)}=2,174$, $p=,033$).

En concreto, los cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado son mayores que los cuidadores con bajo balance experiencia laboral-cuidado ($M=54,05$; $DT=5,24$; vs. $M=50,85$, $DT=7,85$, respectivamente)

Asimismo, un porcentaje significativamente mayor de cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidados residen en el mismo domicilio con hijos mayores de 18 años (52,5%), frente a un 29,3% de cuidadores con baja experiencia laboral-cuidado que convive con hijos mayores de 18 años.

Con respecto a la calidad de la relación personal previa con el familiar al que ahora se presta cuidado, un porcentaje mayor de cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado consideró que antes de empezar a cuidar al familiar receptor de cuidados, la relación era de gran intimidad y afecto (62,5%), mientras que un 29,3% del grupo de cuidadores con bajo balance experiencia laboral-cuidado la consideró de esta manera. Un 51,2% de los cuidadores con bajo balance experiencia laboral-cuidado consideró la relación previa como normal, conforme al vínculo familiar que les une, frente a un 25% de los cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado que la calificó de esta manera. Porcentajes más o menos similares (pequeños) en ambos grupos de cuidadores la calificaron como distante o problemática.

En cuanto al tiempo empleado por el cuidador a realizar tareas relacionadas con el cuidado del familiar mayor dependiente, los cuidadores con bajo balance experiencia laboral-cuidado emplean una media de 5,48 horas al día ($DT=3,80$), mientras que los cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado tan sólo una media de 3,87 horas al día ($DT=2,65$).

Dado que se ha visto en la literatura que la edad del cuidador (Pinquart y Sörensen, 2006; Vitaliano et al., 2003), así como el número de horas al día que el cuidador dedica a realizar tareas de cuidado (Masanet y La Parra, 2011) influyen en la

problemática emocional de los cuidadores, se decidió controlar su efecto introduciéndolas como covariables en los análisis estadísticos para analizar las diferencias en el estado emocional de los cuidadores en función de alto vs. bajo balance experiencia laboral-cuidado.

Como puede verse en la Tabla 8.16., los cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado obtuvieron niveles estadísticamente significativos mayores de afecto positivo y balance afectivo y niveles estadísticamente significativos menores en carga, depresión, afecto negativo, sobrecarga del rol, cautividad del rol y en preocupación y tensión.

Tabla 8.16. Diferencias en el estado emocional de los cuidadores trabajadores de la muestra según alto vs. bajo balance experiencia laboral-cuidado (n=81)

	Balance Experiencia laboral-cuidado		Estadístico/gl	p
	Bajo (n=40)	Alto (n=41)		
Carga Media (DT)	60,59 (17,25)	48,13 (15,02)	$F_{(1,75)}=7,706$,007
Depresión Media (DT) †	21,10 (13,08)	9,58 (9,30)	$z=-4,193$ $F_{(1,75)}=17,677$,004 <,001
Afecto positivo Media (DT)	28,78 (7,90)	35,88 (6,95)	$F_{(1,75)}=11,790$,001
Afecto negativo Media (DT)	23,12 (8,57)	16,33 (4,51)	$F_{(1,75)}=18,225$	<,001
Balance afectivo Media (DT) †	5,65 (13,60)	19,75 (9,47)	$F_{(1,75)}=21,826$	<,001
Sobrecarga del rol Media (DT)	10,12 (3,63)	7,83 (3,00)	$z=-2,818$ $F_{(1,75)}=5,818$,005 ,018
Cautividad del rol Media (DT)	7,68 (2,59)	5,72 (2,56)	$F_{(1,75)}=8,643$,004
Preocupación y tensión Media (DT)	20,95 (5,34)	17,20 (3,96)	$F_{(1,75)}=10,089$,002

† No se cumple el supuesto de homogeneidad de las varianzas

8.3.4. Diferencias en el estado emocional de los cuidadores que trabajan en función del género, parentesco y experiencia laboral

En este apartado se analizan las diferencias en el estado de emocional de los cuidadores trabajadores en función de las interacciones entre el género (hombre vs. mujer), el parentesco con el receptor de cuidados (con dos niveles: esposo/as vs. hijo/as) y las tres variables consideradas para evaluar la experiencia laboral (i.e., conflicto trabajo-cuidado, experiencia laboral positiva y balance experiencia laboral-cuidado). En

los tres casos se consideraron dos grupos, establecidos tomando como punto de corte la mediana, tal y como se ha detallado en el apartado anterior. Para ello, se llevaron a cabo análisis multivariados de covarianzas (MANCOVA), introduciéndose como covariable en los análisis del efecto tanto del conflicto trabajo-cuidado y la experiencia laboral positiva la variable relativa al hecho que el cuidador se haga cargo de más personas mayores a la vez, puesto que en análisis previos esta variable había arrojado diferencias significativas. En el caso de los análisis del efecto del balance experiencia laboral-cuidado se introdujo como covariadas la edad del cuidador así como el número de horas al día que el cuidador dedica a realizar tareas de cuidado, dado que en análisis anteriores estas variables habían arrojado diferencias estadísticamente significativas. Todo ello se realizó con la finalidad de eliminar el efecto de dichas variables en los resultados de la problemática del estado emocional del cuidador

Los resultados del contraste multivariado, indican sólo efectos principales significativos en la variable género (Raíz Mayor de Roy=0,258; $F(7, 67)=2,470$ $p=,026$; $\eta^2=,205$).

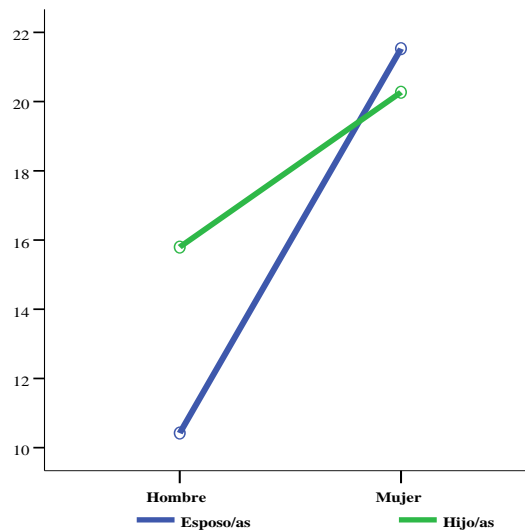
Como puede apreciarse en la Tabla 8.17., el análisis univariado efectuado muestran el efecto principal del género en los niveles de carga ($F_{1, 73}=10,354$, $p=,002$), afecto negativo ($F_{1, 73}=6,137$, $p=,016$), sobrecarga del rol ($F_{1, 73}=5,724$, $p=,019$), cautividad del rol ($F_{1, 73}=4,484$, $p=,038$) y el nivel de preocupación y tensión ($F_{1, 73}=17,448$, $p<,001$). Así, las mujeres cuidadoras trabajadoras presentan niveles significativamente mayores de carga ($M=57,95$; $DT=16,27$ vs. $M=44,38$; $DT=16,39$), afecto negativo ($M=21,02$; $DT=1,16$ vs. $M=15,81$; $DT=4,32$), sobrecarga del rol ($M=9,68$; $DT=3,37$ vs. $M=7,00$; $DT=3,19$), cautividad del rol ($M=7,11$; $DT=2,57$ vs. $M=5,57$; $DT=2,94$) y preocupación y tensión ($M=20,40$; $DT=4,84$ vs. $M=15,38$; $DT=3,63$) que los cuidadores hombres (véase Tabla 8.18).

En cuanto al parentesco, no se halló ningún efecto principal del parentesco en el estado emocional del cuidador.

Con respecto al efecto del *conflicto trabajo-cuidado*, sí se hallaron efectos principales significativos en los niveles de carga ($F_{1, 73}=5,524, p=,021$), afecto positivo ($F_{1, 73}=10,764, p=,002$), balance afectivo ($F_{1, 73}=9,251, p=,003$), sobrecarga del rol ($F_{1, 73}=6,854, p=,011$) y en la preocupación y tensión ($F_{1, 73}=5,714, p=,019$) experimentada por los cuidadores. De esta manera, los cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado presentan niveles significativamente mayores en carga ($M=63,38; DT= 15,08$ vs. $M=45,71; DT=14,71$), sobrecarga del rol ($M=10,83; DT=3,38$ vs. $M=7,20; DT=2,61$) y preocupación y tensión ($M=21,80; DT=4,55$ vs. $M=16,43; DT=4,04$) que los cuidadores con bajo conflicto laboral-cuidado. Así mismo, los cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado presentan niveles estadísticamente significativos menores de afecto positivo ($M=28,70; DT=7,73$ vs. $M=35,78; DT= 7,17$) y balance afectivo ($M=5,42; DT=13,54$ vs. $M=19,63; DT=9,59$) que los cuidadores con bajo conflicto laboral-cuidado (véase Tabla 8.18.).

Por otro lado, se encontró un efecto interaccional significativo entre el género y el parentesco en el nivel de preocupación y tensión ($F_{1, 73}=4,081 p=,047$). Tal como puede observarse en la Figura 8.3., la interacción muestra que los cónyuges mujeres tienden a presentar un mayor nivel de preocupación y tensión; mientras que los hijos hombres experimentan un mayor nivel de preocupación y tensión respecto a los cónyuges hombres pero menor que las hijas mujeres.

Figura 8.3. Efecto de la interacción entre el género y el parentesco en los niveles de preocupación y tensión en los cuidadores trabajadores de la muestra (n=81)



Por otro lado, no se encontró ningún efecto interaccional significativo entre el género y el conflicto trabajo-cuidado ni entre el parentesco y el conflicto trabajo-cuidado. El análisis de la interacción entre los tres factores no se pudo realizar puesto que la prueba de igualdad de matrices de covarianzas no se pudo llevar a cabo debido a que hubo al menos dos matrices de covarianza con casillas no singulares, es decir, con datos igual a cero.

Tabla 8.17. Efectos principales e interacciones entre género, parentesco y conflicto trabajo-cuidado en los cuidadores trabajadores de la muestra (n=81)

	Efecto Género		Efecto Parentesco		Efecto Conflicto trabajo-cuidado		Género x Parentesco		Género x Conflicto trabajo-cuidado		Parentesco x Conflicto trabajo-cuidado	
	<i>F</i> (1, 73)	<i>p</i>	<i>F</i> (1, 73)	<i>p</i>	<i>F</i> (1, 73)	<i>p</i>	<i>F</i> (1, 73)	<i>p</i>	<i>F</i> (1, 73)	<i>p</i>	<i>F</i> (1, 73)	<i>p</i>
Carga	10,354	,002	1,809	,183	5,524	,021	2,997	,088	0,181	,671	0,798	,375
Depresión†	2,347	,130	0,379	,540	2,646	,108	0,000	,988	0,436	,511	0,968	,329
Afecto positivo	0,284	,596	0,360	,851	10,764	,002	0,035	,852	0,324	,571	0,985	,324
Afecto negativo†	6,137	,016	0,482	,490	2,556	,114	1,147	,288	1,382	,244	1,022	,315
Balance afectivo	3,076	,084	0,268	,606	9,251	,003	0,237	,628	0,089	,767	0,005	,944
Sobrecarga del rol	5,724	,019	1,544	,218	6,854	,011	0,457	,501	0,038	,846	0,444	,507
Cautividad del rol	4,484	,038	0,176	,673	2,524	,116	1,040	,170	0,299	,586	0,109	,742
Preocupación y tensión	17,448	<,001	0,490	,486	5,714	,019	4,081	,047	0,304	,583	1,270	,263

†No se cumple el supuesto de homogeneidad de las varianzas

Tabla 8.18. Diferencias en el estado emocional de los cuidadores trabajadores de la muestra en función del género y el parentesco (n=81)

	Género		Parentesco	
	Hombre (n=21)	Mujer (n=60)	Esposo/as (n=11)	Hijo/as (n=70)
Carga Media (DT)	44,38 (16,39)	57,95 (16,27)	51,36 (19,63)	54,91 (16,97)
Depresión Media (DT)	9,38 (12,70)	17,52 (13,18)	16,64 (10,33)	15,21 (13,08)
Afecto positivo Media (DT)	34,86 (7,97)	31,38 (8,17)	33,18 (8,28)	32,14 (8,26)
Afecto negativo Media (DT)	15,81 (4,32)	21,02 (1,16)	18,73 (6,48)	19,81 (7,86)
Balance afectivo Media (DT)	19,04 (10,69)	10,36 (13,94)	14,45 (12,33)	12,32 (13,91)
Sobrecarga del rol Media (DT)	7,00 (3,19)	9,68 (3,37)	7,91 (3,27)	9,16 (3,54)
Cautividad del rol Media (DT)	5,57 (2,94)	7,11 (2,57)	7,00 (6,67)	6,67 (2,74)
Preocupación y tensión Media (DT)	15,38 (3,63)	20,40 (4,84)	19,36 (6,54)	19,05 (4,83)

Por lo que respecta a la variable *experiencia laboral positiva*, los resultados de los contrastes multivariados mostraron efectos principales significativos en las variables género (Raíz Mayor de Roy=0,231; $F_{(7, 67)}=2,207$; $p=,044$; $\eta^2=,187$) y en experiencia laboral positiva (Raíz Mayor de Roy=0,234; $F_{(7, 67)}=2,244$; $p=,041$; $\eta^2=,190$).

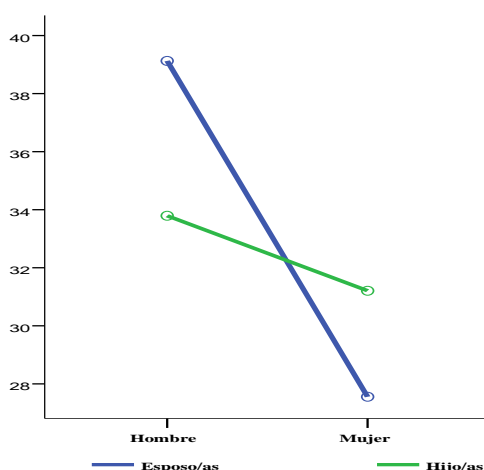
Como puede apreciarse en la Tabla 8.19., los análisis univariantes efectuados indican el efecto principal del género en los niveles de carga ($F_{1, 73}=8,356$, $p=,005$), afecto positivo ($F_{1, 73}=8,410$, $p=,005$), balance afectivo ($F_{1, 73}=7,935$, $p=,006$), sobrecarga del rol ($F_{1, 73}=7,310$, $p=,009$) y el nivel de preocupación y tensión ($F_{1, 73}=12,163$, $p=,001$). Así, tal y como puede observarse en la Tabla 8.18., las mujeres cuidadoras trabajadoras presentan niveles significativamente mayores de carga, sobrecarga del rol y preocupación y tensión que los hombres cuidadores. Así mismo, presentan niveles significativamente menores en afecto positivo y balance afectivo en comparación con los cuidadores hombres.

En cuanto al parentesco, no se halló ningún efecto principal del parentesco en el estado emocional del cuidador. Con respecto al efecto principal de la experiencia laboral positiva, se halló únicamente diferencias estadísticamente significativas en los niveles de afecto positivo ($F_{1, 73}=11,549$, $p=,001$). De esta manera, los cuidadores con

alta experiencia laboral positiva presentan niveles significativamente mayores en afecto positivo en comparación con los cuidadores con bajo nivel de experiencias laborales positivas ($M=34,43$; $DT=7,91$ vs. $M=29,46$; $DT=7,85$).

Asimismo, se encontró un efecto interaccional significativo entre el género y el parentesco en el afecto positivo ($F_{1, 73}=5,401$, $p=,023$). Tal como puede observarse en la Figura 8.4., los varones y cónyuges de la persona cuidada presentan puntuaciones significativamente mayores en afecto positivo que las mujeres y esposas o compañeras del receptor de cuidados. ($M=39,50$; $DT=4,95$ vs. $31,78$; $DT=8,39$).

Figura 8.4. Efecto de la interacción entre el género y el parentesco en los niveles de afecto positivo en los cuidadores trabajadores de la muestra (n=81)



Finalmente no se encontraron efectos interaccionales entre el género y la experiencia laboral positiva, entre el parentesco y la experiencia laboral positiva. El análisis de la interacción entre los tres factores (género, parentesco y experiencia laboral positiva) no se pudo realizar puesto que la prueba de igualdad de matrices de covarianzas no se pudo llevar a cabo debido a que hubo al menos dos matrices de covarianza con casillas no singulares, es decir, con datos igual a cero.

Tabla 8.19. Efectos principales e interacciones entre género, parentesco y experiencia laboral positiva en los cuidadores trabajadores de la muestra (n=81)

	Efecto Género		Efecto Parentesco		Efecto Experiencia laboral positiva		Género x Parentesco		Género x Experiencia laboral positiva		Parentesco x Experiencia laboral positiva	
	<i>F</i> (1, 73)	<i>p</i>	<i>F</i> (1, 73)	<i>p</i>	<i>F</i> (1, 73)	<i>p</i>	<i>F</i> (1, 73)	<i>p</i>	<i>F</i> (1, 73)	<i>p</i>	<i>F</i> (1, 73)	<i>p</i>
Carga	8,356	,005	1,768	,188	0,032	,858	1,359	,248	0,010	,922	0,262	,610
Depresión†	2,908	,092	0,065	,800	1,066	,305	0,050	,823	0,667	,417	0,005	,942
Afecto positivo	8,410	,005	0,963	,337	11,549	,001	5,401	,023	2,515	,117	2,917	,092
Afecto negativo	3,572	,063	0,317	,575	0,104	,748	0,40	,843	0,153	,697	0,658	,420
Balance afectivo	7,935	,006	0,811	,371	3,448	,067	2,276	,136	0,532	,468	0,318	,575
Sobrecarga del rol	7,310	,009	1,267	,264	0,110	,741	0,828	,366	0,184	,669	0,238	,621
Cautividad del rol	2,008	,161	0,874	,353	0,487	,488	0,166	,685	0,097	,756	3,550	,064
Preocupación y tensión	12,163	,001	0,443	,508	0,000	,985	1,239	,269	0,273	,603	0,543	,463

†No se cumple el supuesto de homogeneidad de las varianzas

Finalmente, los análisis respecto al efecto del *balance experiencia laboral-cuidado* mostraron que los contrastes multivariados indicaban efectos principales significativos únicamente en la variable género (Raíz Mayor de Roy=,0238; $F_{(7, 65)}=2;207$; $p=,045$; $\eta^2=,192$).

Como puede apreciarse en la Tabla 8.20., los análisis univariantes efectuados indican que existen diferencias significativas en los niveles de carga ($F_{1, 71}=8,803$, $p=,004$), afecto negativo ($F_{1, 71}=5,156$, $p=,026$), balance afectivo ($F_{1, 71}=5,039$, $p=,028$), sobrecarga del rol ($F_{1, 71}=4,671$, $p=,034$), cautividad del rol ($F_{1, 71}=4,760$, $p=,032$) y el nivel de preocupación y tensión ($F_{1, 71}=15,187$, $p<,001$) función del género. De esta manera, y tal como se puede apreciar en la Tabla 8.18., las mujeres cuidadoras trabajadoras presentan niveles significativamente mayores de carga, afecto negativo, sobrecarga del rol, cautividad del rol y preocupación y tensión en comparación con los cuidadores hombres. Asimismo, presentaran niveles significativamente menores en balance afectivo que los hombres cuidadores trabajadores.

En cuanto al parentesco, no se halló ningún efecto principal del parentesco en el estado emocional del cuidador. Con respecto al efecto principal del balance experiencia laboral-cuidado, se hallaron diferencias significativas en los niveles de depresión ($F_{1, 71}=5,296$, $p=,024$), afecto positivo ($F_{1, 71}=5,841$, $p=,018$) y balance afectivo ($F_{1, 71}=4,673$, $p=,034$). De esta manera, los cuidadores con bajo balance experiencia laboral-cuidado presentan niveles significativamente mayores de depresión ($M=21,10$; $DT=13,08$ vs. $M=9,58$, $DT=9,30$) que los cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado. Asimismo, presentan niveles significativamente menores de afecto positivo ($M=28,78$; $DT=7,90$ vs. $M=35,88$; $DT=6,95$) y balance afectivo ($M=5,65$, $DT=13,60$ vs. $M=19,75$, $DT=9,47$) en comparación con los cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado.

Finalmente no se encontraron efectos interaccionales entre el género y el parentesco, entre el género y el balance experiencia laboral-cuidado, entre el parentesco y el balance experiencia laboral-cuidado ni entre el género, el parentesco y el balance experiencia laboral-cuidado.

Tabla 8.20. Efectos principales e interacciones entre género, parentesco y el balance experiencia laboral-cuidado en los cuidadores trabajadores de la muestra (n=81)

	Efecto Género		Efecto Parentesco		Efecto Balance experiencia laboral-cuidado		Género x Parentesco		Género x Balance experiencia laboral-cuidado		Parentesco x Balance experiencia laboral-cuidado		Género x parentesco x Balance experiencia laboral-cuidado	
	<i>F</i> (1, 71)	<i>p</i>	<i>F</i> (1, 71)	<i>p</i>	<i>F</i> (1, 71)	<i>p</i>	<i>F</i> (1, 71)	<i>p</i>	<i>F</i> (1, 71)	<i>p</i>	<i>F</i> (1, 71)	<i>p</i>	<i>F</i> (1, 71)	<i>p</i>
Carga	8,803	,004	3,855	,054	0,594	,443	2,758	,101	0,151	,698	1,110	,296	0,000	,996
Depresión†	1,228	,271	0,028	,867	5,296	,024	0,031	,861	0,220	,640	0,008	,931	0,566	,454
Afecto Positivo	2,286	,135	0,151	,699	5,841	,018	0,684	,411	0,030	,862	0,140	,709	0,121	,729
Afecto Negativo †	5,156	,026	1,438	,235	1,151	,287	0,900	,346	1,045	,310	1,055	,308	0,113	,738
Balance Afectivo	5,039	,028	0,847	,361	4,673	,034	1,133	,291	0,209	,649	0,110	,742	0,001	,970
Sobrecarga del rol	4,671	,034	2,082	,153	0,700	,406	0,418	,520	0,118	,733	0,251	,618	0,005	,944
Cautividad del rol	4,760	,032	1,186	,280	0,878	,352	2,709	,104	0,003	,957	1,273	,263	0,018	,894
Preocupación y tensión	15,187	<,001	2,289	,135	0,621	,433	3,720	,058	1,245	,268	1,017	,315	0,114	,732

† No se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas

9. DISCUSIÓN

9.1. CONTRASTE DE HIPÓTESIS

- **Hipótesis 1**

H₁. *Los cuidadores que compatibilizan un trabajo remunerado con el cuidado de un familiar mayor dependiente presentaran interferencias y repercusiones laborales debido a la dualidad de responsabilidades a las que se ven sometidos.*

- **H_{1.1}:** Los problemas de compatibilización ocasionarán que los cuidadores trabajadores piensen con frecuencia en renunciar al trabajo para centrarse en el cuidado.

× No se confirma:

Los cuidadores de familiares mayores dependientes que compatibilizan el trabajo y la asistencia de un familiar no piensan con frecuencia en renunciar al trabajo para dedicarse exclusivamente a las tareas de cuidado.

- **H_{1.2}:** Los cuidadores trabajadores percibirán tener más problemas para compatibilizar el trabajo y el cuidado

√ × Se confirma parcialmente:

Los resultados obtenidos señalan que los cuidadores de familiares mayores dependientes presentan algunas o muchas dificultades para compatibilizar el cuidado y el trabajo. Sin embargo, un porcentaje importante (41,9%) manifiestan no haber presentado ningún problema para compatibilizar el cuidado y el trabajo.

- **H_{1.3}**: Los cuidadores trabajadores no continuarían trabajando, en caso de no existir necesidad económica.

× No se confirma:

Los cuidadores de familiares mayores dependientes trabajadores independientemente de la necesidad económica no dejarían de trabajar para centrarse en el cuidado.

- **H_{1.4}**: Existirán niveles elevados de conflicto trabajo-cuidado en los cuidadores trabajadores que compatibilizan el cuidado y la asistencia de un familiar mayor dependiente.

√ × Se confirma parcialmente:

Los cuidadores de familiares mayores dependientes trabajadores presentan niveles moderados de conflicto trabajo-cuidado.

- **H_{1.5}**: Los cuidadores trabajadores que compatibilizan el cuidado y la asistencia de un familiar mayor presentarán bajos niveles de experiencias laborales positivas.

× No se confirma:

Los cuidadores de familiares mayores dependientes trabajadores presentan niveles altos de experiencias laborales positivas.

- **H_{1.6}**: Existirán niveles bajos de balance experiencia laboral-cuidado en los cuidadores trabajadores.

√ Se confirma parcialmente:

Los cuidadores de familiares mayores dependientes trabajadores presentan niveles moderados de balance experiencia laboral-cuidado.

- **Hipótesis 2**

H₂. *Los cuidadores que compatibilizan un trabajo remunerado con el cuidado de un familiar mayor dependiente en la actualidad presentarán mayores interferencias y repercusiones laborales que aquellos cuidadores que trabajaron en el pasado pero no lo hacen en la actualidad.*

- **H_{2.1}:** La frecuencia de pensamientos sobre la posibilidad de renunciar al trabajo para centrarse en el cuidado será mayor en los cuidadores que se encuentran trabajando que en aquellos que no encuentran trabajando en la actualidad pero lo han hecho en el pasado.

× No se confirma:

Los cuidadores de familiares mayores dependientes que compatibilizan en la actualidad el trabajo y la asistencia de un familiar no piensan con mayor frecuencia en renunciar al trabajo para centrarse en el cuidado en comparación que aquellos cuidadores que trabajaron en el pasado pero no lo hacen en la actualidad.

- **H_{2.2}:** Los cuidadores que se mantienen en la fuerza laboral presentarán mayores problemas para compatibilizar el cuidado y el trabajo que aquellos cuidadores que no trabajan en la actualidad pero lo han hecho en el pasado.

√ × Se confirma parcialmente:

Los cuidadores de familiares mayores dependientes que compatibilizan en la actualidad el trabajo y la asistencia de un familiar no tienen una mayor percepción de problemas en la compaginación del trabajo y el cuidado en comparación con aquellos cuidadores que trabajaron en el pasado pero no lo hacen en la actualidad. Sin embargo, sí existen diferencias estadísticamente significativas en algunas interferencias laborales entre los grupos. En concreto, el haber tenido que llegar tarde al trabajo, haber faltado, haber tenido que ausentarse de manera imprevista del trabajo para atender al familiar y en haber tenido interrupciones telefónicas frecuentes sobre asuntos relativos al cuidado del mayor dependiente interfieren significativamente más en el grupo de cuidadores laboralmente activos.

- **Hipótesis 3**

H₃. *Los cuidadores de mayores dependientes que trabajan experimentarán mayores problemas emocionales que los cuidadores de mayores dependientes que no trabajan; en concreto:*

- **H_{3.1}:** Mostrarán niveles de carga significativamente mayores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en los niveles de carga entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan que en los cuidadores de familiares mayores dependientes que no trabajan.

- **H_{3.2}:** Mostrarán niveles de depresión significativamente mayores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en los niveles de depresión entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan que en los cuidadores de familiares mayores dependientes que no trabajan.

- **H_{3.3}**: Mostrarán puntuaciones de afecto positivo significativamente menores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de afecto positivo entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan que en los cuidadores de familiares mayores dependientes que no trabajan.

- **H_{3.4}**: Mostrarán puntuaciones de afecto negativo significativamente mayores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de afecto negativo entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan que en los cuidadores de familiares mayores dependientes que no trabajan.

- **H_{3.5}**: Mostrarán puntuaciones de balance afectivo significativamente menores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de balance afectivo entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan que en los cuidadores de familiares mayores dependientes que no trabajan.

- **H_{3.6}:** Mostrarán puntuaciones de sobrecarga del rol significativamente mayores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de sobrecarga del rol entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan que en los cuidadores de familiares mayores dependientes que no trabajan.

- **H_{3.7}:** Mostrarán puntuaciones de cautividad del rol significativamente mayores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de cautividad del rol entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan que en los cuidadores de familiares mayores dependientes que no trabajan.

- **H_{3.8}:** Mostrarán puntuaciones de preocupación y tensión significativamente mayores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de preocupación y tensión entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan que en los cuidadores de familiares mayores dependientes que no trabajan.

- **Hipótesis 4**

H4. *Los cuidadores de mayores dependientes que trabajan experimentarán mayores problemas emocionales que los cuidadores de mayores dependientes que han trabajado en el pasado pero no en la actualidad; en concreto:*

- **H4.1:** Mostrarán niveles de carga significativamente mayores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en los niveles de carga entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan en la actualidad que en los cuidadores de familiares mayores dependientes que no trabajan en la actualidad pero lo han hecho en el pasado.

- **H4.2:** Mostrarán niveles de depresión significativamente mayores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en los niveles de depresión entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan en la actualidad que en los cuidadores de familiares mayores dependientes que no trabajan en la actualidad pero lo han hecho en el pasado.

- **H4.3:** Mostrarán puntuaciones de afecto positivo significativamente menores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de afecto positivo entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan en la actualidad que en los cuidadores de familiares mayores dependientes que no trabajan en la actualidad pero lo han hecho en el pasado.

- **H4.4:** Mostrarán puntuaciones de afecto negativo significativamente mayores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de afecto negativo entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan en la actualidad que en los cuidadores de familiares mayores dependientes que no trabajan en la actualidad pero lo han hecho en el pasado.

- **H4.5:** Mostrarán puntuaciones de balance afectivo significativamente menores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de balance afectivo entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan en la actualidad que en los cuidadores de familiares mayores dependientes que no trabajan en la actualidad pero lo han hecho en el pasado.

- **H4.6:** Mostrarán puntuaciones de sobrecarga del rol significativamente mayores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de sobrecarga del rol entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan en la actualidad que en los cuidadores de familiares mayores dependientes que no trabajan en la actualidad pero lo han hecho en el pasado.

- **H4.7:** Mostrarán puntuaciones de cautividad del rol significativamente mayores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de cautividad del rol entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan en la actualidad que en los cuidadores de familiares mayores dependientes que no trabajan en la actualidad pero lo han hecho en el pasado.

- **H4.8:** Mostrarán puntuaciones de preocupación y tensión significativamente mayores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de preocupación y tensión entre los cuidadores de familiares mayores dependientes que trabajan en la actualidad que en los cuidadores de familiares mayores dependientes que no trabajan en la actualidad pero lo han hecho en el pasado.

- **Hipótesis 5**

H5.1: *Existirán diferencias en el estado emocional de los cuidadores en función de la experimentación de mayor conflicto trabajo-cuidado (alto y bajo conflicto trabajo-cuidado). Los cuidadores de mayores dependientes que presentan alto conflicto trabajo-cuidado experimentarán mayores problemas emocionales que los cuidadores de mayores dependientes con bajo conflicto trabajo-cuidado; en concreto:*

- **H5.1.1** **Mostrarán niveles de carga significativamente mayores.**

√ Se confirma:

La carga es significativamente mayor en el grupo de cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado que en el grupo con bajo conflicto trabajo-cuidado.

- **H5.1.2** **Mostrarán niveles de depresión significativamente mayores.**

√ Se confirma:

La depresión es significativamente mayor en el grupo de cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado que en el grupo con bajo conflicto trabajo-cuidado.

- **H5.1.3** **Mostrarán puntuaciones de afecto positivo significativamente menores.**

√ Se confirma:

La puntuación en afecto positivo es significativamente menor en el grupo de cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado que en el grupo con bajo conflicto trabajo-cuidado.

- **H5.1.4** Mostrarán puntuaciones de afecto negativo significativamente mayores.

√ Se confirma:

La puntuación en afecto negativo es significativamente mayor en el grupo de cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado que en el grupo con bajo conflicto trabajo-cuidado.

- **H5.1.5** Mostrarán puntuaciones de balance afectivo significativamente menores.

√ Se confirma:

La puntuación en balance afectivo es significativamente menor en el grupo de cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado que en el grupo con bajo conflicto trabajo-cuidado.

- **H5.1.6** Mostrarán puntuaciones de sobrecarga del rol significativamente mayores.

√ Se confirma:

La puntuación en sobrecarga del rol es significativamente mayor en el grupo de cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado que en el grupo con bajo conflicto trabajo-cuidado.

- **H5.1.7** Mostrarán puntuaciones de cautividad del rol significativamente mayores.

√ Se confirma:

La puntuación en cautividad del rol es significativamente mayor en el grupo de cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado que en el grupo con bajo conflicto trabajo-cuidado.

- **H_{5.1.8}** Mostrarán puntuaciones de preocupación y tensión significativamente mayores.

√ Se confirma:

La puntuación en preocupación y tensión es significativamente mayor en el grupo de cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado que en el grupo con bajo conflicto trabajo-cuidado.

H_{5.2}: *Existirán diferencias en el estado emocional de los cuidadores en función de la experimentación de mayores experiencias laborales positivas (alto y bajo experiencias laborales positivas). Los cuidadores de mayores dependientes que presentan altas experiencias laborales positivas experimentarán menores problemas emocionales que los cuidadores de mayores dependientes con bajas experiencias laborales positivas; en concreto:*

- **H_{5.2.1}** Mostrarán niveles de carga significativamente menores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en los niveles de carga entre los cuidadores de familiares mayores dependientes con altas experiencias laborales positivas que en los cuidadores con bajas experiencias laborales positivas.

- **H_{5.2.2}** Mostrarán niveles de depresión significativamente menores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en los niveles de depresión entre los cuidadores de familiares mayores dependientes con altas experiencias laborales positivas que en los cuidadores con bajas experiencias laborales positivas.

- **H_{5.2.3}** Mostrarán puntuaciones de afecto positivo significativamente mayores.

√ Se confirma:

La puntuación en afecto positivo es significativamente mayor en el grupo de cuidadores con altas experiencias laborales positivas que en el grupo con bajas experiencias laborales positivas.

- **H_{5.2.4}** Mostrarán puntuaciones de afecto negativo significativamente menores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de afecto negativo entre los cuidadores de familiares mayores dependientes con altas experiencias laborales positivas que en los cuidadores con bajas experiencias laborales positivas.

- **H_{5.2.5}** Mostrarán puntuaciones de balance afectivo significativamente mayores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de balance afectivo entre los cuidadores de familiares mayores dependientes con

altas experiencias laborales positivas que en los cuidadores con bajas experiencias laborales positivas.

- **H_{5.2.6}** Mostrarán puntuaciones de sobrecarga del rol significativamente menores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de sobrecarga del rol entre los cuidadores de familiares mayores dependientes con altas experiencias laborales positivas que en los cuidadores con bajas experiencias laborales positivas.

- **H_{5.2.7}** Mostrarán puntuaciones de cautividad del rol significativamente mayores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de cautividad del rol entre los cuidadores de familiares mayores dependientes con altas experiencias laborales positivas que en los cuidadores con bajas experiencias laborales positivas.

- **H_{5.2.8}** Mostrarán puntuaciones de preocupación y tensión significativamente menores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de preocupación y tensión entre los cuidadores de familiares mayores dependientes con altas experiencias laborales positivas que en los cuidadores con bajas experiencias laborales positivas.

H_{5.3}: *Existirán diferencias en el estado emocional de los cuidadores en función de la experimentación de mayor balance experiencia laboral-cuidado (alto y bajo balance experiencia laboral-cuidado). Los cuidadores de mayores dependientes que presentan alto balance experiencia laboral-cuidado experimentarán menores problemas emocionales que los cuidadores de mayores dependientes con bajo balance experiencia laboral-cuidado; en concreto:*

- **H_{5.3.1}** **Mostrarán niveles de carga significativamente menores.**

√ Se confirma:

La carga es significativamente menor en el grupo de cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado que en el grupo con bajo balance experiencia laboral-cuidado.

- **H_{5.3.2}** **Mostrarán niveles de depresión significativamente menores.**

√ Se confirma:

La depresión es significativamente menor en el grupo de cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado que en el grupo con bajo balance experiencia laboral-cuidado.

- **H_{5.3.3}** **Mostrarán puntuaciones de afecto positivo significativamente mayores.**

√ Se confirma:

La puntuación en afecto positivo es significativamente mayor en el grupo de cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado que en el grupo con bajo balance experiencia laboral-cuidado.

- **H_{5.3.4}** Mostrarán puntuaciones de afecto negativo significativamente menores.

√ Se confirma:

La puntuación en afecto negativo es significativamente menor en el grupo de cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado que en el grupo con baja balance experiencia laboral-cuidado.

- **H_{5.3.5}** Mostrarán puntuaciones de balance afectivo significativamente mayores.

√ Se confirma:

La puntuación en balance afectivo es significativamente mayor en el grupo de cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado que en el grupo con baja balance experiencia laboral-cuidado.

- **H_{5.3.6}** Mostrarán puntuaciones de sobrecarga del rol significativamente menores.

√ Se confirma:

La puntuación en sobrecarga del rol es significativamente menor en el grupo de cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado que en el grupo con baja balance experiencia laboral-cuidado.

- **H_{5.3.7}** Mostrarán puntuaciones de cautividad del rol significativamente menores.

√ Se confirma:

La puntuación en cautividad del rol es significativamente menor en el grupo de cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado que en el grupo con baja balance experiencia laboral-cuidado.

- **H_{5.3.8}** Mostrarán puntuaciones de preocupación y tensión significativamente menores.

√ Se confirma:

La puntuación en preocupación y tensión es significativamente menor en el grupo de cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado que en el grupo con bajo balance experiencia laboral-cuidado.

- **Hipótesis 6**

H₆. *El estado emocional de los cuidadores trabajadores se verá afectado por el género del cuidador, el parentesco con el receptor de cuidados y por el tipo de experiencias que prevalezcan en el contexto laboral.*

H_{6.1} Si existen diferencias en el estado emocional en cuidadores trabajadores que experimentan conflictos trabajo-cuidado, entonces el malestar emocional será significativamente mayor en las mujeres y cónyuges del receptor de cuidados, seguido de las hijas mujeres, los cónyuges hombres y los hijos hombres, en concreto :

- **H_{6.1.1}** Mostrarán niveles de carga significativamente mayores.

√ × Se confirma parcialmente:

La carga es significativamente mayor en el grupo de cuidadoras mujeres que en el grupo de cuidadores hombres.

No se encuentran diferencias significativas en los niveles de carga entre cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en el nivel de carga experimentado por los cuidadores trabajadores en los que prevalece el conflicto trabajo-cuidado.

- **H_{6.1.2}** Mostrarán niveles de depresión significativamente mayores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en los niveles de depresión entre las cuidadoras mujeres y los cuidadores hombres.

No se encuentran diferencias significativas en los niveles de depresión entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en los niveles de depresión experimentado por los cuidadores trabajadores en los que prevalece el conflicto trabajo-cuidado.

- **H_{6.1.3}** Mostrarán puntuaciones de afecto positivo significativamente menores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de afecto positivo entre las cuidadoras mujeres y los cuidadores hombres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de afecto positivo entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en las puntuaciones de afecto positivo experimentadas por los cuidadores trabajadores que prevalece el conflicto trabajo-cuidado.

- **H_{6.1.4}** Mostrarán puntuaciones de afecto negativo significativamente mayores.

√× Se confirma parcialmente:

Las puntuaciones en afecto negativos son significativamente mayores en el grupo de cuidadoras mujeres que en el grupo de cuidadores hombres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de afecto negativo entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en las puntuaciones de afecto negativo experimentadas por los cuidadores trabajadores en los que prevalece el conflicto trabajo-cuidado.

- **H_{6.1.5}** Mostrarán puntuaciones de balance afectivo significativamente menores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de balance afectivo entre las cuidadoras mujeres y los cuidadores hombres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de balance afectivo entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en las puntuaciones de balance afectivo experimentadas por los cuidadores trabajadores en los que prevalece el conflicto trabajo-cuidado.

- **H_{6.1.6}** Mostrarán puntuaciones de sobrecarga del rol significativamente mayores.

√× Se confirma parcialmente:

La percepción de sobrecarga del rol es significativamente mayor en el grupo de cuidadoras mujeres que en el grupo de cuidadores hombres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de sobrecarga del rol entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en las puntuaciones de sobrecarga del rol experimentados por los cuidadores trabajadores en los que prevalece el conflicto trabajo-cuidado.

- **H_{6.1.7}** Mostrarán puntuaciones de cautividad del rol significativamente mayores.

√ × Se confirma parcialmente:

La percepción de cautividad del rol es significativamente mayor en el grupo de cuidadoras mujeres que en el grupo de cuidadores hombres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de cautividad del rol entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en las puntuaciones de cautividad del rol experimentado por los cuidadores trabajadores que prevalece el conflicto trabajo-cuidado.

- **H_{6.1.8}** Mostrarán puntuaciones de preocupación y tensión significativamente mayores.

√ × Se confirma parcialmente:

Las puntuaciones en preocupación y tensión es significativamente mayor en el grupo de cuidadoras mujeres que en el grupo de cuidadores hombres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de preocupación y tensión entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

Se encuentra un efecto de interacción entre el género y el parentesco en los niveles de preocupación y tensión entre los cuidadores trabajadores en los que prevalece el conflicto trabajo-cuidado. Las mujeres esposas presentan

mayores puntuaciones en preocupación y tensión que las hijas mujeres pero en el caso de los hombres, la puntuación en preocupación y tensión es mayor en los hijos que en los esposos de los receptores de cuidados.

H_{6.2}: *Si existen diferencias en el estado emocional en los cuidadores trabajadores que experimentan experiencias laborales positivas, entonces el malestar emocional será significativamente menor en las hombres e hijos del receptor de cuidados, en concreto :*

- **H_{6.2.1}** Mostrarán niveles de carga significativamente menores.

√ × Se confirma parcialmente:

La carga es significativamente menor en el grupo de cuidadores hombres que en el grupo de cuidadoras mujeres.

No se encuentran diferencias significativas en los niveles de carga entre cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en el nivel de carga experimentado por los cuidadores trabajadores en los que prevalecen las experiencias laborales positivas.

- **H_{6.2.2}** Mostrarán niveles de depresión significativamente menores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en los niveles de depresión entre los cuidadores hombres y las cuidadoras mujeres.

No se encuentran diferencias significativas en los niveles de depresión entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en los niveles de depresión experimentado por los cuidadores trabajadores en los que prevalecen las experiencias laborales positivas.

- **H_{6.2.3}** Mostrarán puntuaciones de afecto positivo significativamente mayores.

√ × Se confirma parcialmente:

Las puntuaciones de afecto positivo son significativamente mayores en el grupo de cuidadores hombres que en el grupo de cuidadoras mujeres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de afecto positivo entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

Se encuentra un efecto de interacción entre el género y el parentesco en el afecto positivo entre los cuidadores trabajadores en los que prevalecen las experiencias laborales positivas. Los esposos (hombres) presentan puntuaciones mayores en afecto positivo, mientras que en el caso opuesto, las esposas (mujeres) son las que presentan menores niveles de afecto positivo. Asimismo, los hijos hombres presentan niveles más elevados de afecto positivo que las hijas mujeres.

- **H_{6.2.4}** Mostrarán puntuaciones de afecto negativo significativamente menores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de afecto negativo entre los cuidadores hombres y las cuidadoras mujeres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de afecto negativo entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en los puntuaciones de afecto negativo experimentado por los cuidadores trabajadores en los que prevalecen las experiencias laborales positivas.

- **H_{6.2.5}** Mostrarán puntuaciones de balance afectivo significativamente mayores.

√ × Se confirma parcialmente:

Las puntuaciones de balance afectivo son significativamente mayores en el grupo de cuidadores hombres que en el grupo de cuidadoras mujeres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de balance afectivo entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en las puntuaciones de balance afectivo experimentado por los cuidadores trabajadores en los que prevalecen las experiencias laborales positivas.

- **H_{6.2.6}** Mostrarán puntuaciones de sobrecarga del rol significativamente menores.

√ × Se confirma parcialmente:

La percepción de sobrecarga del rol es significativamente menor en el grupo de cuidadores hombres que en el grupo de cuidadoras mujeres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de sobrecarga del rol entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en las puntuaciones de sobrecarga del rol experimentado por los

cuidadores trabajadores en los que prevalecen las experiencias laborales positivas.

- **H_{6.2.7}** Mostrarán puntuaciones de cautividad del rol significativamente menores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de cautividad del rol los cuidadores hombres y las cuidadoras mujeres.

No se encuentran diferencias significativas en las cautividad del rol entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en las puntuaciones de cautividad del rol experimentadas por los cuidadores trabajadores en los que prevalecen las experiencias laborales positivas.

- **H_{6.2.8}** Mostrarán puntuaciones de preocupación y tensión significativamente menores.

√ × Se confirma parcialmente:

La percepción de preocupación y tensión es significativamente menor en el grupo de cuidadores hombres que en el grupo de cuidadoras mujeres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de preocupación y tensión entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en las puntuaciones de preocupación y tensión experimentados por los cuidadores trabajadores en los que prevalecen las experiencias laborales positivas.

H_{6.3}: *Si existen diferencias en el estado emocional en cuidadores trabajadores que experimentan un mayor balance experiencia laboral-cuidado, entonces el estado emocional será significativamente mejor en los cuidadores hombres e hijos de los receptores de cuidado que en los cuidadores mujeres y cónyuges; en concreto:*

- **H_{6.3.1}** **Mostrarán niveles de carga significativamente menores.**

√ × Se confirma parcialmente:

La carga es significativamente menor en el grupo de cuidadores hombres que en el grupo de cuidadoras mujeres.

No se encuentran diferencias significativas en los niveles de carga entre cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en el nivel de carga experimentado por los cuidadores trabajadores en los que prevalecen las experiencias laborales positivas sobre las negativas.

- **H_{6.3.2}** **Mostrarán niveles de depresión significativamente menores.**

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en los niveles de depresión entre los cuidadores hombres y las cuidadoras mujeres.

No se encuentran diferencias significativas en los niveles de depresión entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en los niveles de depresión experimentados por los cuidadores trabajadores en los que prevalecen las experiencias laborales positivas sobre las negativas.

- **H_{6.3.3}** Mostrarán puntuaciones de afecto positivo significativamente mayores.

× No se confirma:

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de afecto positivo entre los cuidadores hombres y las cuidadoras mujeres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de afecto positivo entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en las puntuaciones de afecto positivo experimentados por los cuidadores trabajadores en los que prevalecen las experiencias laborales positivas sobre las negativas.

- **H_{6.3.4}** Mostrarán puntuaciones de afecto negativo significativamente menores.

√ × Se confirma parcialmente:

Las puntuaciones en afecto negativo son significativamente menores en el grupo de cuidadores hombres que en el grupo de cuidadoras mujeres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de afecto negativo entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en las puntuaciones de afecto negativo experimentado por los cuidadores trabajadores en los que prevalecen las experiencias laborales positivas sobre las negativas.

- **H_{6.3.5}** Mostrarán puntuaciones de balance afectivo significativamente mayores.

√ × Se confirma parcialmente:

Las puntuaciones en balance afectivo son significativamente mayores en el grupo de cuidadores hombres que en el grupo de cuidadoras mujeres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de balance afectivo entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en las puntuaciones de balance afectivo experimentado por los cuidadores trabajadores en los que prevalecen las experiencias laborales positivas sobre las negativas.

- **H_{6.3.6}** Mostrarán puntuaciones de sobrecarga del rol significativamente menores.

√ × Se confirma parcialmente:

La percepción de sobrecarga del rol es significativamente menor en el grupo de cuidadores hombres que en el grupo de cuidadoras mujeres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de sobrecarga del rol entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en las puntuaciones de sobrecarga del rol experimentado por los cuidadores trabajadores en los que prevalecen las experiencias laborales positivas sobre las negativas.

- **H_{6.3.7}** Mostrarán puntuaciones de cautividad del rol significativamente menores.

√ × Se confirma parcialmente:

La percepción de cautividad del rol es significativamente menor en el grupo de cuidadores hombres que en el grupo de cuidadoras mujeres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de cautividad del rol entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en las puntuaciones de cautividad del rol experimentado por los cuidadores trabajadores en los que prevalecen las experiencias laborales positivas sobre las negativas.

- **H_{6.3.8}** Mostrarán puntuaciones de preocupación y tensión significativamente menores.

√ × Se confirma parcialmente:

La percepción de preocupación y tensión es significativamente menor en el grupo de cuidadores hombres que en el grupo de cuidadoras mujeres.

No se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de preocupación y tensión entre los cuidadores esposo/as y los cuidadores hijo/as.

No se encuentra ningún efecto de interacción entre el género y el parentesco en las puntuaciones preocupación y tensión experimentado por los cuidadores trabajadores en los que prevalecen las experiencias laborales positivas sobre las negativas.

9.2. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

9.2.1 Participantes

La muestra de este estudio estuvo compuesta por 123 cuidadores (familiares) de mayores dependientes, en su inmensa mayoría mujeres, casadas, hijas del receptor de cuidados y con una edad media de 52,91 años (datos que coinciden con los reportados

por el IMSERSO, 2005). En un 43,9% de los casos tienen un nivel de estudios universitarios, un 38,2% estudios de segundo grado y un 65,9% de los cuidadores se encuentran compaginando la asistencia al familiar dependiente con un trabajo remunerado (fuera del hogar). Estos datos discrepan con el perfil característico del cuidador en nuestro país, en donde prevalece los estudios primarios y siendo la actividad principal de dichos cuidadores las tareas del hogar (IMSERSO, 2005). Posiblemente, esta discrepancia pueda relacionarse con los propios criterios de selección (cuidadores de entre 18 y 65 años) y con los objetivos del estudio que aquí se presenta. Es decir, analizar los efectos laborales y las repercusiones en el estado emocional de aquellos cuidadores que compaginan ambas responsabilidades.

En cuanto al perfil de la persona cuidada, nuevamente la mayoría de receptores de cuidados son mujeres, con una edad media de 80,68 años, con niveles de dependencia severa y más de la mitad de éstas convive en el mismo domicilio con el cuidador. Así mismo, es importante señalar la presencia de demencia en casi la totalidad de la muestra, siendo la enfermedad de Alzheimer la demencia que más prevalece entre los receptores de cuidados.

Por lo que respecta a la propia situación de cuidado, los cuidadores de la muestra tienden a asumir el papel de cuidador por iniciativa propia, y llevan ejerciendo el rol de cuidador una media de 4 años, con una dedicación de aproximadamente 5,12 horas diarias (sobre todo en lo relativo a actividades tales como: salir a la calle, hacer compras, gestiones, ir al médico,...). Si bien este último dato coincide con los proporcionados por la encuesta del IMSERSO (2005), en la que un 34,8% de los cuidadores invierte entre 3-5 horas diarias en el cuidado del familiar mayor dependiente, difiere de forma significativa de los datos encontrados en otros estudios de cuidadores en nuestro contexto realizados por Crespo y López (2007) y Crespo y Fernández Lansac

(2015) (14 y 16 horas diarias, respectivamente). Estas discrepancias con los resultados obtenidos en estudios anteriores nos llevó a la necesidad de evaluar de forma independiente el tiempo invertido exclusivamente en las tareas de cuidado, del tiempo dedicado por el cuidador a pensar en la planificación de actividades relativas al cuidado, estar preocupado o rumiar sobre la situación de cuidados. Así, encontramos que el tiempo dedicado a preocupaciones, rumiaciones o planificación de actividades de cuidado, etc. por parte de los cuidadores de este estudio tiende a ser aún mayor (unas 8 horas días aproximadamente). Lo anterior nos lleva a reflexionar sobre la posibilidad de que las cifras encontradas en otros estudios puedan ser “engañosas” o estar “magnificadas” al no recurrir a esta diferenciación tan importante y llevarnos a emplear frases tan habituales en el contexto de cuidados como son: “se es cuidador 24 horas al día”.

Por otro parte, en cuanto a la utilización de ayuda de tipo informal ésta proviene básicamente de familiares y en caso de ser ayuda formal, utilizan en mayor medida los centros de día, y más de un tercio de éstos recurre a la utilización de asistencia remunerada en el domicilio. Una posible explicación en las discrepancias de estos resultados con otras investigaciones (Crespo y López, 2007; IMSERSO, 2005) se podría deber a que más de dos tercios de los cuidadores de la muestra se encontraban en el momento de la evaluación compaginando las labores de asistencia al familiar con un trabajo remunerado fuera de casa (en su mayoría con una jornada laboral a tiempo completo), por lo que resultaría imposible poder atender a dichas demandas sin ayudas de este tipo, lo cual disminuye considerablemente el tiempo diario dedicado al cuidado. Por ello, los cuidadores del estudio consideran ya sea la ayuda formal o informal recibida de gran utilidad.

Finalmente, algo más de la mitad de los cuidadores del estudio recibe algún tipo de ayuda económica institucional, siendo la que más prevalece las ayudas por la Ley de Dependencia (Ley 39/2006).

9.2.2. Estado emocional de los cuidadores

Los datos sobre el estado emocional de los cuidadores del estudio muestran que éstos no se encuentran muy afectados emocionalmente. Pese a que un 44,7% de los cuidadores manifestaron sentir una carga intensa, este porcentaje se encuentra por debajo del encontrado en el estudio de Crespo y López (2007), en donde un 62,7% presentó niveles de carga intensa. Por otro lado, más de la mitad muestran ausencia de depresión (60,7%), estos datos discrepan con los referidos en otras investigaciones (Mahoney et al., 2005; Mausbach et al., 2013 Pinquart y Sörensen, 2003; Zarit, 2006) en donde los cuidadores presentan elevados niveles de sintomatología depresiva. No obstante, un 39,3% se encontraría dentro del umbral de posible presencia de síntomas depresivos. En relación a la experimentación de emociones negativas como consecuencia del cuidado, la experimentación de emociones positivas es mayor si se compara con las negativas. Tal y como señala Robertson et al. (2007), los sentimientos desagradables pueden coexistir con los agradables, y en la medida que los cuidadores experimentan más emociones positivas pareciera que disfrutaban de una mayor protección antes los problemas emocionales, situación que pudiese explicar los resultados encontrados en el estudio. De hecho, la experimentación de emociones positivas ha demostrado ser un elemento importante para favorecer la resiliencia (Crespo y Fernández-Lansac, 2015; Tugade y Fredrickson, 2004). No obstante, esto no los aleja de la posibilidad que en algunas ocasiones sientan que las demandas propias de asistencia pueden exceder sus capacidades y llegar a sentirse cautivos o “atrapados” dentro de las mismas. Pese a ello, los cuidadores de la muestra señalan no sentir niveles elevados de

preocupación y tensión del rol. En este sentido, parecer ser que la valoración o interpretación cognitiva que los cuidadores de la muestra realizan sobre la situación de cuidado es benigna, y esto tal vez se deba a la utilización de estrategias de afrontamiento más adaptativas y saludables, aunque estas no han sido evaluadas en el estudio.

Por último, con relación al consumo de psicofármacos, el 26,8% de los cuidadores de la muestra señaló que los utilizan, siendo predominante en aquellos que los consumen, el consumo de ansiolíticos seguido por los antidepresivos. Estos porcentajes se encuentran en consonancia con los obtenidos en el estudio de Mausbach et al. (2013), donde un 25% de los cuidadores consume algún tipo de psicofármacos (especialmente antidepresivos). No obstante, el porcentaje de consumo es menor que el encontrado en el estudio de cuidadores españoles por Crespo y López (2007). Es de destacar que estos porcentajes se encuentran muy por encima de los encontrados en la población general española. Los resultados facilitados por la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (INE, 2013) revelan que el 16,86% de los españoles consumieron algún tipo de tranquilizantes a lo largo de las últimas dos semanas previas a la toma de información, y el 7,02% algún tipo de antidepresivo.

En definitiva, y a modo de conclusión podemos afirmar que los cuidadores de la muestra no se encuentran muy afectados emocionalmente en comparación con los resultados obtenidos en otras investigaciones (e.g., Crespo y Fernández-Lansac, 2014; IMSERSO, 2005; Pinquart y Sörensen, 2003). Las discrepancias con otros estudios pueden deberse a varios aspectos: a) un alto porcentaje de los receptores de cuidado (44,7%) de este estudio no convive en el domicilio con el cuidador; y b) el 87,8% de los cuidadores señalan tener al menos las necesidades básicas cubiertas mes a mes, inclusive en un porcentaje alto llega a sobrar algún dinero. Por lo tanto, estaríamos

hablando de cuidadores que si bien están encargados del cuidado principal de un familiar mayor dependiente, el no convivir con ellos podría atenuar de alguna manera la carga, y por lo tanto el malestar emocional es menor. Al respecto, Heitmueller (2007) señala que existe una distinción importante en el nivel de carga experimentado entre el cuidado de un familiar dependiente que convive en el mismo domicilio con el cuidador (generalmente implica más horas) y el cuidado de una persona mayor dependiente que no vive en el domicilio (por lo general implica un menor número de horas de cuidado). Asimismo, tener una mejor situación económica permite a los cuidadores poder acceder a contratar asistencia remunerada para ayudarlos con los cuidados diarios, cosa que se observó en este estudio.

9.3. EFECTOS LABORALES DE LA COMPATIBILIZACIÓN DEL TRABAJO Y EL CUIDADO

Una vez descritas las principales características de los receptores de cuidados de este estudio así como la de los cuidadores, y teniendo en cuenta que un porcentaje importante de ellos o bien han compatibilizado el trabajo con el cuidado en el pasado o se encuentran haciéndolo en la actualidad, pasaremos a analizar las principales interferencias a las que se pueden haber enfrentado por esta dualidad de responsabilidades. Hay que tener en cuenta, tal y como señalan Fast, Eales y Keating, 2001, que estas interferencias o dificultades en el trabajo irán sufriendo variaciones en la frecuencia e intensidad según las demandas y nivel de dependencia del familiar se intensifican (cuestión que por la naturaleza de este estudio no ha sido evaluada). Pero de manera general, todas ellas afectan la productividad del cuidador en el mercado laboral.

En nuestro estudio, encontramos que las principales interferencias que los cuidadores han señalado coinciden con las referidas en otros estudios (Covinsky et al., 2001; Dautzenberg et al., 2000; Gillen y Chung, 2005; Jenson y Jacobzone, 2000, Reid

et al., 2010, Wilson, 2007) como son: recibir llamadas telefónicas frecuentes durante la jornada laboral sobre asuntos relativos al mayor, tener que ausentarse de manera imprevista, llegar tarde o inclusive tener que faltar injustificadamente. Así mismo, existen otras modificaciones que los cuidadores de la muestra se ven obligados a realizar en el trabajo con la finalidad de poder dar cabida a sus responsabilidades de cuidado como son: la reducción de las horas de trabajo pagado, cambios en los turnos de trabajo y el rechazo u abandono de cursos de formación.

En este estudio, al igual que otras investigaciones (Bolin et al., 2008; Crespo, 2006; Henz, 2004; Schulz y Martire, 2009), se puede apreciar múltiples interferencias entre el cuidado y la participación de los cuidadores en la fuerza laboral. Por ejemplo, cuando un cuidador debe faltar o llegar tarde a su centro laboral por tener que llevar a su familiar al médico, realizar gestiones, etc., si esto se repite durante mucho tiempo a fin de mes sus ingresos se pueden ver afectados. Por lo tanto, estas interferencias pueden dar lugar a distintas repercusiones (a corto y largo plazo) en la situación laboral del cuidador trabajador como pueden ser: una reducción importante de los ingresos económicos, pérdida de beneficios y disminución de cotizaciones en cara a la jubilación y, sobretodo, afectar el rendimiento y productividad laboral (Carmichael, et al., 2008; McSweeney, 2005; Neal y Wagner, 2002; Timmermann, 2010). Sin embargo, y contrariamente a lo esperado, a pesar de las múltiples interferencias que presentan en la vida laboral los cuidadores de la muestra, la inmensa mayoría de éstos no han pensado nunca en renunciar al trabajo para centrarse exclusivamente en el cuidado; inclusive la percepción general es de tener pocos o ningún problema de compatibilización. Resulta interesante observar que a pesar que los cuidadores señalan la presencia de consecuencias negativas en el ámbito laboral la valoración global que tienen de su situación es positiva; por tanto es importante tomar en cuenta la perspectiva subjetiva

que tienen éstos para definir aquellos aspectos que consideran positivos y negativos. De hecho, poco más de dos tercios de los cuidadores que se mantienen dentro de la fuerza laboral señalan una alta probabilidad de seguir trabajando con independencia de la necesidad económica que pudiesen tener.

Por otro lado, la valoración de los cuidadores sobre la vivencia de experiencias laborales positivas priman si se compara con los conflictos trabajo-cuidado que puedan surgir en el ámbito laboral. Estos resultados se encuentran en consonancia con los obtenidos en un estudio previo (Edwards et al., 2002), donde la vivencia de experiencias laborales positivas tiene la capacidad de moderar el efecto negativo que puede tener en el cuidador la experimentación de conflictos entre el trabajo y el cuidado del familiar mayor dependiente. Lo anterior pone en evidencia una vez más que los aspectos negativos coexisten con los positivos y que la valoración de la situación no se encuentra determinada únicamente por las interferencias objetivas experimentadas por ellos, sino más bien por la valoración subjetiva y positiva que tienen de la situación. De esta manera, el trabajo puede suponer una fuente de beneficios emocionales y de gratificación importante que ayudan a fortalecer la autoestima y el sentido de competencia del cuidador trabajador, así como suponer un espacio de respiro de las demandantes tareas de cuidado (Brody, 1990; Edwards et al., 2002; Scharlach, 1994).

Por lo tanto, a pesar de que el cuidador trabajador diariamente puede encontrar obstáculos e interferencias en su jornada laboral debido a la duplicidad de roles a los que se ve expuesto, también éstas pueden ser vividas como retos, o inclusive ayudarlos a sentirse mentalmente alejados y/o “ajenos” a las responsabilidades asociadas al cuidado (Bainbridge, Cregan y Kulik, 2006; Barnet y Hyde, 2001; Martire y Stephens, 2003; Scharlach, 1994). Todos estos datos parecen avalar la hipótesis de la *teoría de enriquecimiento o expansión de recursos* (Marks, 1977; Sieber, 1974), la cual considera

que el desempeñar dos o más roles (en ese caso, mínimo dos i.e., cuidadores y trabajadores) le permite a aquellas personas que los desempeñan experimentar una serie de sentimientos positivos como pueden ser la satisfacción, ganar autoestima, una mayor sensación de mayor autoeficacia, sentido de competencia y un disfrute del esfuerzo por la realización de ambas tareas, lo genera que el balance de ganancias sea mayor que las pérdidas asociadas al esfuerzo que todo ello puede suponer.

De todo lo dicho puede concluirse que a pesar de las interferencias diarias y/o modificaciones a las que tienen que recurrir los cuidadores con la finalidad de poder mantenerse en la fuerza laboral y seguir asumiendo el cuidado del familiar, éstos muestran un deseo expreso de querer seguir trabajando y hacen hincapié en lo positivo que para ellos representa el contexto laboral convirtiéndose en una fuente de enriquecimiento y crecimiento personal.

9.4 ESTADO EMOCIONAL Y SITUACIÓN LABORAL

Al comparar las diferencias en las interferencias laborales entre el grupo de cuidadores que trabajan en la actualidad frente a aquellos que lo han abandonado puede observarse que sólo existen diferencias significativas entre los grupos en cuatro de las doce interferencias estudiadas. En concreto, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en recibir interrupciones telefónicas frecuentes durante la jornada laboral, llegar tarde; tener que ausentarse de manera imprevista y en mayor absentismo. Parece ser que los cuidadores que se encuentran en situación laboral activa, tal y como lo señala la literatura previa del tema (Bullock et al., 2003; Gillen y Chung, 2005; Reid et al., 2010; Wilson et al., 2007) presentan dificultades laborales debido a sus responsabilidades de cuidado. Hubiese sido interesante comparar a los cuidadores en situación laboral activa con aquellos cuidadores que abandonaron sus trabajos exclusivamente por causas relacionadas con la incompatibilidad entre el cuidado-

trabajo, cosa que en este estudio no se hizo debido al pequeño número de participantes que se encontraban en esa situación. No hay que olvidar que en este estudio más de dos tercios de los cuidadores de la muestra (61,1%) señalan que el abandono se debió a causas externas al cuidado (e.g., despidos, finalización de contrato, jubilación etc.). Comparaciones del tipo antes señaladas, nos permitirían conocer en profundidad cuáles son las dificultades diarias que pudiesen haber presentado los cuidadores y que los empujó a tomar la decisión de abandonar el trabajo para centrarse en el cuidado.

Por último, en relación a las diferencias en el estado emocional de los cuidadores que trabajan en la actualidad frente a los que no trabajan en el momento de la evaluación pero lo han hecho en el pasado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables relacionadas con el malestar emocional (i.e., carga, depresión, afecto positivo ni negativo, balance afectivo, sobrecarga del rol, cautividad del rol y nivel de preocupación y tensión).

Por tanto, contrario a lo esperado, los cuidadores trabajadores no presentan mayor malestar emocional en comparación con los cuidadores que han trabajado en el pasado pero no lo hacen en la actualidad; ni siquiera teniendo en cuenta la dualidad de roles, éstos presentan mayores niveles de carga ni sobrecarga del rol. Estos datos nuevamente ponen de manifiesto que no es la situación laboral *per se* la que determina un peor o mejor estado emocional.

Por otra parte, y también en contra de lo esperado, los cuidadores trabajadores no mostraron niveles de carga y depresión mayores que los cuidadores de mayores dependientes que no trabajaban. Inclusive, la depresión estuvo ausente en ambos grupos. Asimismo, tampoco se encontraron diferencias en lo que respecta al afecto negativo, afecto positivo ni balance afectivo. Aunque los resultados no indican diferencias significativas, hay una tendencia en los cuidadores que se encuentran

laboralmente activos a sentirse más sobrecargados dentro del rol, cautivos en el mismo y con una mayor preocupación y tensión (mayores puntuaciones). Lo anterior se puede deber a los cuidadores trabajadores muchas veces pueden sentirse más agobiados y preocupados al tener la sensación de falta de tiempo y dificultades al tratar de sacar horas “de donde sea posible” para poder cumplir con todas las responsabilidades impuestas.

Contrario a lo referido en la literatura (Stephens et al., 1997; Stephens et al., 2001), que señala que los cuidadores que compaginan el cuidado de un familiar con un trabajo remunerado presentarán niveles mayores de malestar emocional, por la cantidad limitada de recursos y tiempo que se dispone, en comparación con aquellos que se dedican exclusivamente al cuidado, los cuidadores de este estudio no se encuentran más comprometidos emocionalmente. En este estudio no se encuentran diferencias significativas entre los cuidadores en función de la situación laboral. Estos resultados se encuentran en consonancia por los obtenidos en estudios previos, donde se destaca la importancia que tiene la valoración subjetiva que realiza el cuidador de la situación vivida (e.g., sensación de competencia y logro, crecimiento personal, etc.) más que la situación laboral *per se* (Edwards et al., 2002; Reid et al., 2010).

Por lo tanto nuevamente, los datos apuntan hacia la hipótesis del enriquecimiento o expansión de recursos (Marks, 1977; Sieber, 1974).

9.5 EFECTO DE LA EXPERIENCIA LABORAL EN EL ESTADO EMOCIONAL DEL CUIDADOR

De manera general, los datos anteriores ponen en evidencia que la situación laboral de los cuidadores *per se* no afecta significativamente el estado emocional de los cuidadores. No obstante, la situación laboral puede ser vivida de forma muy diferente por los distintos cuidadores trabajadores desde una especie de deber ineludible que no

reporta ningún otro beneficio que la mera retribución económica, hasta una oportunidad para la realización de logros personales y profesionales. Por lo tanto, lo que va a determinar las consecuencias emocionales que puede tener en el cuidador la compaginación de ambos roles será la evaluación que haga éste de su situación laboral. De este modo, la percepción de dicha situación será el factor más relevante a la hora de explicar el efecto que el trabajo tiene en el estado emocional y la vivencia del cuidador.

Precisamente, teniendo en cuenta la importancia que tiene la valoración personal de su situación laboral en su estado emocional, se analizaron los tres tipos de experiencias laborales (i.e., conflicto, experiencia positiva y balance experiencia laboral-cuidado) con la finalidad de conocer el efecto que pueden tener en su estado emocional.

Así, los análisis del efecto de la experiencia laboral en el estado emocional de los cuidadores que trabajan en el momento de la evaluación puso de manifiesto que los cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado presentan mayores niveles de malestar emocional en general. Los cuidadores con alto conflicto muestran puntuaciones de carga y depresión significativamente mayores que los cuidadores con bajo conflicto trabajo-cuidado. Como se ha documentado (Lee et al., 2001; Edward et al., 2002; Stephens et al., 2001; Wang et al., 2011), la percepción de elevados niveles de carga, está asociado a mayores niveles de sintomatología depresiva en cuidadores trabajadores, situación que este estudio se puede observar. En cuanto al afecto positivo y negativo, también se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los cuidadores con alto conflicto trabajo-cuidado experimentan muchos más sentimientos desagradables que agradables en general, por lo que su balance emocional tiende a ser más negativo que positivo en comparación con el grupo con bajo conflicto trabajo-cuidado. Teniendo en cuenta la presencia de mayores dificultades en la compaginación

de ambos roles, así como la presencia de niveles de carga intensa no es de extrañar que estos cuidadores experimenten mayores emociones negativas.

En la misma línea, también se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de sobrecarga del rol, cautividad del rol y en la escala de preocupación y tensión entre ambos grupos (puntuaciones superiores en el grupo de alto conflicto trabajo-cuidado). Estos resultados concuerdan con los encontrados en otros estudios (Ducharme et al., 2006; Givens et al., 2014), en los cuales se asoció un mayor malestar emocional general y mayores niveles de sintomatología depresiva en cuidadores que se perciben como “presos” o “atrapados” dentro del rol de cuidador.

Por lo tanto, un mayor conflicto trabajo-cuidado se asoció con mayores niveles de carga, depresión, afecto negativo, sobrecargar del rol, cautividad del rol y mayor nivel de preocupación y tensión y con menores niveles afecto positivo y balance afectivo. Todos estos datos nos conducen a poder concluir que la experimentación de mayores niveles de conflicto trabajo-cuidado está asociado a un mayor malestar emocional en el cuidador (Gordon et al., 2011; Wang et al., 2011) acorde con la hipótesis de la escasez o agotamiento (Goode, 1960). En este sentido, no es extraño que estos cuidadores empiecen a presentar mayores interferencias como pueden ser: faltar al trabajo, llegar tarde, reducir su productividad, reducir sus horarios laborales y/o empezar a barajar la opción de abandonar el trabajo por las dificultades a las que se enfrentan (Carmichael et al., 2008; Dautzenberg et al., 2000; Reid et al., 2010).

En relación a las diferencias en el estado emocional de los cuidadores trabajadores en función a la vivencia de experiencias laborales positivas, de acuerdo con los datos encontrados en este estudio, altas puntuaciones de experiencias laborales positivas correlacionan con un mayor afecto positivo y balance afectivo en los cuidadores y con la experimentación de menores niveles de depresión.

En el análisis de las diferencias en el estado emocional de los cuidadores con alta y baja experiencias laborales positivas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en los niveles de carga, depresión, afecto negativo, balance afectivo, sobrecarga del rol, cautividad del rol y nivel de preocupación y tensión. Al igual que en el trabajo de Edwards et al. (2002), en nuestro estudio la experimentación de vivencias positivas en el trabajo no se relaciona con una menor percepción de carga, depresión o sobrecarga del rol. Sin embargo, aunque los resultados no indican diferencias significativas, hay una tendencia en los cuidadores con alta experiencia laboral positiva a mostrar una menor problemática emocional (menores puntuaciones) que los cuidadores con baja experiencia laboral positiva. Únicamente se hallaron diferencias significativas en el afecto positivo, presentando los cuidadores con altas experiencias laborales positivas puntuaciones mayores en afecto positivo en comparación con el grupo de bajas experiencias laborales positivas.

Es de esperar que aquellos cuidadores que se encuentran a gusto y perciben que el trabajo es un fuente de satisfacción y gratificación importante en sus vidas experimenten más emociones positivas. De hecho, estos resultados estarían en consonancia con lo sugerido por Greenhaus y Powell (2006), la experimentación de emociones positivas en el trabajo producto de los beneficios y recursos a los que puede acceder el cuidador trabajador en dicho medio se extrapolan a la vida personal del cuidador favoreciendo la experimentación de un gran número de emociones positivas. Con todo, parece ser que la vivencia de experiencias positivas puede mitigar o amortiguar en alguna medida las consecuencias negativas del cuidado.

Para terminar, con respecto al balance experiencia laboral-cuidado, encontramos que los cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado se encuentran muy poco afectados emocionalmente. De hecho, se encuentran diferencias estadísticamente

significativas en todas las variables evaluadas (i.e., carga, depresión, afecto positivo y negativo, balance afectivo, sobrecarga del rol, cautividad del rol y nivel de preocupación y tensión) entre ambos grupos; estando los cuidadores con alto balance experiencia laboral-cuidado emocionalmente saludables en comparación con los de bajo balance experiencia laboral-cuidado. En definitiva, entendiendo el balance como el predominio de vivencias laborales positivas sobre las negativas, los datos que se recogen en este estudio apuntan hacia un bienestar emocional general en aquellos cuidadores que simultanean el cuidado de un familiar mayor dependiente y un trabajo remunerado en el cual se sienten satisfechos, competentes y altamente motivados. Estos resultados coinciden con los encontrados en otras investigaciones (Martire et al. 1997; Stephens et al., 1997), donde satisfacción con el cuidado y la satisfacción con el trabajo se asociaron directamente con un mayor bienestar en los cuidadores, más allá de los efectos del estrés entre ambos roles. Así pues, parece ser que la experimentación de emociones más positivas en comparación a las negativas en relación al trabajo y el cuidado (i.e., balance equilibrado y saludable) mejoran la calidad de vida y el bienestar emocional de los cuidadores y les facilita el desempeño de su rol como asistentes del familiar mayor dependiente. Con todo ello, estaríamos hablando de efectos positivos que van del trabajo al cuidado y del cuidado al trabajo, y ambos tipos de enriquecimientos han demostrado estar positivamente relacionados con una mejor salud en las personas inmersas en ellos (Aryee et al., 2005). Por lo tanto, los resultados de este estudio demuestran que es necesario intervenir en aquellos cuidadores que presentan conflictos o dificultades para compaginar la esfera laboral y el cuidado, puesto que la falta de equilibrio entre ambas esferas conduce a un mayor malestar emocional en el cuidador que a su vez también interfiere y afecta a las organizaciones en las que trabajan. Teniendo en cuenta este planteamiento, el bienestar de los cuidadores

trabajadores no se debe abordar exclusivamente de forma privada, se necesita la intervención de la sociedad, las organizaciones y las instituciones. De esta forma, se intentará fomentar el desarrollo de instituciones y organizaciones saludables en las que trabajan también personas saludables (Sanz, 2011). Por lo tanto, es necesario identificar aquellas características de las organizaciones que tienen el potencial de contribuir o aliviar los niveles de estrés en los cuidadores trabajadores. Algunos de estos factores pueden ser: el nivel de demandas laborales, el control sobre el trabajo realizado, recursos de ayuda y apoyo a los trabajadores, las políticas de flexibilidad horaria, etc. (Chesley y Moen, 2006; Neal y Hammer, 2007).

9.6 EFECTO DEL GÉNERO, EL PARENTESCO Y LA EXPERIENCIA LABORAL EN EL ESTADO EMOCIONAL DEL CUIDADOR

Hasta el momento los resultados obtenidos nos confirman que los cuidadores trabajadores no se encuentran emocionalmente afectados por la duplicidad de roles a los que se ven expuestos. Sin embargo, la repercusión que ésta situación puede tener en su estado emocional se verá mediada por la valoración o interpretación que realice de su situación personal (i.e., coste beneficio del binomio trabajo-cuidado). Según los resultados de esta valoración, las consecuencias podrán ser mejores o peores.

Por otro lado, distintos estudios realizados con cuidadores de familiares mayores dependientes han proporcionado evidencia sólida sobre el papel del género y el parentesco en las consecuencias en el estado emocional de los cuidadores (De Koker, 2010; Pinquart y Sörensen, 2006, 2011). En este sentido, resulta imprescindible conocer el papel de estas dos variables y sus posibles interacciones en el estado emocional de los cuidadores trabajadores.

En nuestro estudio, al considerar la variable género, los datos obtenidos apuntan que el género es un factor central que influye en el malestar emocional de los

cuidadores trabajadores en los tres tipos de experiencias laborales estudiadas en esta investigación (i.e., conflicto trabajo-cuidado, experiencia laboral positiva y balance experiencia laboral-cuidado). En este sentido, las mujeres trabajadoras de nuestro estudio experimentan niveles de carga, afecto negativo, sobrecarga del rol, cautividad del rol y preocupación y tensión mayores que los hombres. Teniendo en cuenta estos datos, y sabiendo que la participación femenina en el mercado laboral ha aumentado, no es de extrañar que sean las mujeres trabajadoras las que presenten mayores problemas para compatibilizar el cuidado y el trabajo presentando un número mayor de interferencias laborales que hacen que su permanencia en la fuerza laboral se complique, optando por reducir sus jornadas laborales y por ende reduciendo sus salarios con la finalidad de poder permanecer dentro del mercado laboral (Dauzenberg et al., 2000; Pavalko y Henderson, 2006). Sin embargo, hay que tener en cuenta que cada día más hombres se están convirtiendo en cuidadores, asumiendo más responsabilidades de cuidado y que ésta problemática empieza a afectar a ambos grupos (Carmichael y Charles, 2003). Por un lado, a las mujeres porque empiezan a ser parte de la fuerza laboral, a la vez que cuidan a un familiar, y por otro, a los hombres que ya son parte del mercado laboral pero empiezan a asumir tareas de cuidado de un familiar mayor dependiente. Sin embargo, aunque hombres y mujeres asuman el cuidado de un familiar mayor a la vez que mantiene un trabajo remunerado, son las mujeres las que más tiempo dedican en las tareas de cuidado (Duxbury, Higgins y Smart, 2011; Hammer y Neal, 2008), por lo tanto al estar trabajando y dedicar más horas al cuidado, constantemente pueden estar pensando en lo que “tiene que hacer” o lo que “tienen que organizar”, y esto puede explicar las diferencias en los niveles de carga, cautividad del rol y preocupación y tensión experimentados entre hombres y mujeres.

Con respecto a la variable parentesco, contrario a lo señalado por numerosas investigaciones (Pinquart y Sörensen, 2003, 2011) en este estudio el parentesco con el receptor de cuidados no ha mostrado estar relacionado con un peor estado emocional en los cuidadores trabajadores. Es decir, no se encontraron diferencias significativas en el estado emocional entre los cuidadores hijo/as y esposo/a. Si bien es cierto que el tamaño muestral entre el grupo de cónyuges e hijos ha sido muy dispar, y esto se puede deber a que generalmente los cónyuges que cuidan a sus parejas se encuentran jubilados y por ende sus rangos de edad estarían por encima de los criterios de inclusión de este estudio. Con todo, esta variable parece no tener efecto alguno en el tipo de vivencia y malestar emocional en los cuidadores de este estudio. Por un lado, se podría pensar los hijos pudiesen experimentar mayor malestar al estar inmersos no sólo en el cuidado de un familiar mayor y el trabajo, sino también tener la responsabilidad del cuidado de su familia y pareja. Sin embargo, en este estudio no se observaron diferencias significativas entre hijo/as y esposos.

Con respecto a la interacción entre el género y el parentesco, sólo se encontraron interacciones entre ambas variables en el conflicto trabajo-cuidado y en la experiencia laboral positiva. En concreto se encontró interacción entre estas dos variables en el nivel de preocupación y tensión en el conflicto trabajo cuidado. Existe una diferencia por el género en la que interactúa el parentesco. En las mujeres esposas existe un mayor nivel de preocupación y tensión que en las hijas mujeres pero en el caso de los hombres, el nivel de preocupación y tensión es mayor en los hijos que en los esposos de los receptores de cuidados. Una posible explicación para estos resultados con respecto al género sería que las mujeres tienden a implicarse más en las tareas de cuidado así como emplear más horas al día en dichas tareas y esto puede suponer una fuente de mayor preocupación y tensión en relación a la percepción de falta de tiempo y sensación de no

poder cumplir con las demandas diarias de cuidado, más aun si se encuentran trabajando y presentan conflicto entre ambas esferas (Hequembourg y Brallier, 2005). En el caso del parentesco, al estar hablando del cuidado de una pareja, el nivel de vínculo y compromiso puede ser mayor que el de los hijos con los padres, sin embargo, en este estudio las esposas presentaron mucho mayor nivel de preocupación y tensión que los esposos por lo que lo que la variable género es la que determina las diferencias encontradas.

Con respecto al afecto positivo, la interacción es inversa a la encontrada en los niveles de preocupación y tensión. En esta investigación al igual que en otros estudios (Simon y Nath, 2004), el factor género determina diferencias significativas en la frecuencia con que hombres y mujeres expresan emociones positivas. De esta forma, los esposos (hombres) presentan puntuaciones mayores en afecto positivo, mientras que en el caso opuesto, las esposas (mujeres) son las que presentan menores niveles de afecto positivo. Los hijos hombres presentan también niveles más elevados de afecto positivo que las hijas mujeres. Si una mayor expresión de emociones positivas se ha relacionado con un mejor estado emocional en los cuidadores (Robertson et al., 2007), estos resultados también explicarían porque se encuentra mayor malestar emocional en las mujeres que en los hombres y en las esposas más que en los hijos. Por lo tanto, trabajar en la facilitación de una mayor expresión de emociones positivas puede ser elemento importante para un mejor funcionamiento emocional de los cuidadores y puede ayudar a compensar las consecuencias negativas que se pueden derivar del cuidado (Folkman y Moskowitz, 2000).

9.7 APORTACIONES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

A pesar de las contribuciones que este estudio puede haber aportado, existen una serie de limitaciones y debilidades que son importantes considerar y tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados.

Una de las primeras limitaciones que se pueden desprender de ese estudio se derivan de su carácter transversal, pues los análisis que se han llevado a cabo no permiten estudiar los cambios en el tiempo de las distintas variables evaluadas al ser imposible establecer una secuencia temporal. Por ello este estudio no permite demostrar ningún tipo de causalidad, y más bien sólo permite describir como se encuentran los cuidadores en el momento de la evaluación. Por ejemplo hubiese sido interesante poder conocer la trayectoria y/o “tránsito” de los cuidadores en sus diversos roles, es decir poder valorar su estado emocional en diferentes momentos del curso de vida como cuidadores y trabajadores. En la mayoría de casos, los cuidadores ya se encontraban trabajando cuando tuvieron que asumir el cuidado del familiar mayor dependiente.

Una segunda limitación de este estudio es que la muestra utilizada ha sido de conveniencia, al tratarse de cuidadores que han participado de forma voluntaria y han sido reclutados a través de diferentes centros de día, instituciones y asociaciones, pues la vinculación de éstos con las instituciones hacen que sean más proclives a participar en este tipo de estudios. Por ello, aunque los datos obtenidos coinciden con los encontrados en otras investigaciones, los resultados no pueden generalizarse a toda la población de cuidadores. Otra cuestión a tener en cuenta es que aunque el estudio tuvo como objetivo centrarse en cuidadores de mayores dependientes en general, dado que la mayor parte de las instituciones colaboradoras estuvieron especializadas en el cuidado de personas con Alzheimer, en la muestra la presencia de dicha enfermedad es

probablemente superior a la reportada en otros estudios con población de mayores asistidos.

Así mismo, los cuidadores vinculados a recursos formales (e.g., centros de día, asociaciones de familiares, etc.) puede que ya hayan recibido algún tipo de ayuda psicológica y/o información necesaria que les ha facilitado un mejor afrontamiento a la situación y por lo tanto disminuir el malestar emocional. Es también posible que los cuidadores que se encuentren más afectados emocionalmente, hayan decidido no participar al verse sobrepasados por la situación en la que se encuentran inmersos.

Por otro lado, aunque los resultados obtenidos son interesantes y nos permiten tener una idea de cómo se encuentran emocionalmente los cuidadores de mayores dependientes que compatibilizan el cuidado con un trabajo remunerado, dichos resultados deben ser interpretados con la debida cautela por el reducido tamaño muestral y/o poco equitativo en algunos de los subgrupos en los que se dividió la muestra [e.g., cuidadores trabajadores (n=81); cuidadores no trabajadores (n=42) o cuidadores que han trabajado en el pasado pero no en la actualidad (n=36)]. Tener resultados con un mayor tamaño muestral en los subgrupos a comparar permitiría mejorar la potencia estadística de los análisis y la generalización de los resultados. En la misma línea, los resultados obtenidos al analizar las diferencias según el parentesco (i.e., hijos y cónyuges) o de género (i.e., hombre y mujer) en el malestar emocional de los cuidadores trabajadores han de ser analizados también con cautela, ya que el número de cuidadores hombres y cónyuges de la persona receptora de cuidados que se encontraban compaginando ambas tareas era mucho menor que el de los hijos y mujeres cuidadoras. No obstante, es bien sabido que el cuidado suele caer en la figura femenina e hija de la persona receptora de cuidados, cuestión que viene reflejada en la literatura sobre el tema (Covinsky et al., 2001; Neal y Walker, 2002; Scharlach, 1994).

En tercer lugar, otra limitación que tiene el estudio está relacionada con los instrumentos de medida utilizados. En concreto, la escala de sobrecarga del rol (Pearlin et al., 1990); la escala de cautividad del rol (Pearlin et al., 1990); escala de preocupación y tensión (Zarit et al., 1998) y la escala de conflicto entre el rol trabajo-cuidado (elaborada a partir de Pearlin et al., 1990 y Zarit et al., 1998) no se encontraban adaptadas a la población de cuidadores españoles, por lo que se tuvo que traducirlas *ad hoc* para este estudio, con las limitaciones que esto puede ocasionar a la hora de interpretar los resultados obtenidos y la carencia de datos de referencia. No obstante, esto también puede ser visto como una aportación puesto que hasta la fecha estas escalas no se encontraban traducidas y adaptadas a la población de referencia y en el futuro podrán ser utilizadas en otras investigaciones.

9.8 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Si bien es cierto que mediante esta tesis doctoral se logra tener una idea de cómo se encuentran emocionalmente los cuidadores que compaginan un trabajo remunerado con la asistencia de un familiar mayor dependiente, así como conocer cuáles son las principales interferencias laborales a las que se ven expuestos por este doble rol que ejercen, cuestión que hasta donde sabemos, no se habían realizado estudios en nuestro contexto que analicen ésta problemática, se necesitan futuros estudios que puedan analizar los cambios que se producen en el estado emocional de los cuidadores teniendo en cuenta los cambios en los niveles de dependencia que van presentando los mayores.

Asimismo, sería interesante analizar y comparar a los cuidadores que se mantienen dentro de la fuerza laboral con aquellos que la han dejado como consecuencia específica del cuidado, para poder conocer cuáles han sido las dificultades que los han llevado a tomar esa decisión. Es decir, si se debe a problemas específicos del comportamiento del mayor dependiente, aumento de los niveles de

carga, y/o a la existencia de problemas de conciliación en los centros laborales debido a las responsabilidades asociadas al cuidado. Por tanto, sería necesario estudiar el tema de la conciliación laboral, como un tema de la sociedad en general y no sólo ser vista desde el ámbito privado y personal del cuidador. Además, tal y como señalan Schulz y Martire (2009), el cuidado de familiares mayores dependientes se encuentra en la intersección entre la familia, el trabajo, el estado y las política de salud y por este motivo no debe ser estudiado de forma aislada.

Por otro lado, convendría estudiar la biderccionalidad que puede tener el problema de la compatibilización en el malestar del cuidador trabajador. Es decir, cómo las responsabilidades asociadas al cuidado influyen en el trabajo y por ende en el estado emocional del cuidador, y cómo los problemas laborales o preocupaciones influyen en la calidad de asistencia o tiempo que se dedica al cuidado.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que el estado emocional de los cuidadores no se ve afectado significativamente por la situación laboral de los cuidadores. No obstante, si se pretende que las personas cuidadoras se mantengan dentro del mercado laboral a la vez que proporcionan asistencia a sus familiares, debe haber un aumento en los soportes disponibles para poder conciliar ambas esferas (i.e., mayor acceso a los servicios formales de apoyo). Esto incluye la implantación de horarios flexibles (i.e., acuerdo mediante el cual los empleados están autorizados a decidir el momento del día en que inician y detienen su trabajo) que investigaciones previas ha destacado como una política potencialmente eficaz para facilitar que los cuidadores trabajadores permanezcan dentro de la fuerza laboral (Colombo et al., 2011; Murphy y Zagorski, 2005), facilidades para poder acceder a tiempo libre o descansos (Barnett, Gareis, Gordon y Brennan, 2009), y un mayor apoyo por parte de supervisores y jefes (Kelly et al., 2014).

De esta forma, si se logra conciliar ambas esferas de manera equilibrada y saludable, un trabajo aparte de proporcionar un recurso financiero importante, ayudará a fomentar un sentido de realización personal, aportará autoestima, proporcionará acceso a sistemas de apoyo social fuera de la familia y amigos, y ofrecerá un tiempo de respiro de las tan demandantes obligaciones asociadas al cuidado de un familiar mayor dependiente.

Finalmente, aunque los resultados del estudio señalan que los cuidadores que simultanean un trabajo con el cuidado de un familiar mayor dependiente no presentan elevados niveles de malestar emocional, esto no quiere decir que no necesiten ayuda puesto que no hay que olvidar que hay algunos que se ven afectados por el doble rol a los que se enfrentan. Por tanto sería necesario ofrecer a quienes se encuentran emocionalmente afectados intervenciones psicoterapéuticas que les ayuden a reducir su malestar, identificando sus características y necesidades concretas (e.g., teniendo en cuenta los factores de riesgo: mujeres con mala salud, bajos recursos socioeconómicos, menor nivel educativo, etc.) para que de esta forma las intervenciones por las que se opten sean lo más eficaces posibles (Sörensen y Yeates, 2011; Zarit y Femia, 2008).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, A., Esparza, C., y Pérez, J. (2011). Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29, 43-67. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/abellan-evolucion-01.pdf>
- Abellán, A., Castejón, P., Jiménez, E., Lorenzo, L., Pérez, J., Sancho, M. T.,... Pérez, L. (2008). *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Madrid: IMSERSO.
- Abellán, A., y Pujol, J. (2015). Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. *Envejecimiento en red*, 10, 1-27. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>
- Andersson, A., Levin, L. A., y Emtinger, B. G. (2002). The economic burden of informal care. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18, 46-54. Recuperado de: http://journals.cambridge.org/article_S0266462302108051
- Andrews, F. M., y Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: American's Perceptions of life quality*. New York: Plenum Press.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., y Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. New York: Academic Press.
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., y Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research Nursury Health*, 13, 375-384. doi:10.1002/nur.4770130605
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., y Harvath, T. (1992). Clinical assessment of mutuality and preparedness in family caregivers to frail older people. En: S. G. Funk, E. M. Tornquist, M. T. Champagne y L. A. Copp (Eds.), *Key Aspects of Elder Care* (pp. 328-339). New York: Springer Publishing Company.
- Archbold, P. G., y Stewart, B. J. (1996). The nature of the caregiving role and nursing interventions for caregiving families. En E. Swanson y T. Tripp-Reimer (Eds.), *Advances in gerontological nursing* (pp. 133-156). New York: Springer Publishing Company.
- Armstrong, P., y Armstrong, H. (2001). *Thinking it through: Women, work and caring in the new millennium*. Halifax: Maritime Centre of Excellence for Women's Health.
- Aryee, S., Srinivas, E. S., y Tan, H. H. (2005). Rhythms of Life: Antecedents and Outcomes of Work-Family Balance in Employed Parents. *Journal of Applied Psychology*, 90, 132-146. doi:10.1037/0021-9010.90.1.132
- Atienza, A. A., y Stephens, M. A. P. (2000). Social interactions at work and the well-being of daughters involved in parent care. *Journal of Applied Gerontology*, 19, 243-263. doi:10.1177/073346480001900301

- Barling, J., MacEwen, K. E., Kelloway, K., y Higginbottom, S. F. (1994). Predictors and Outcomes of Elder-Care-Based Interrole Conflict. *Psychology and Aging*, 9, 391-397. doi:10.1037/0882-7974.9.3.391
- Barnett, R. C., Gareis, K. C., Gordon, J. R., y Brennan, R. T. (2009). Usable flexibility, employees' concerns about elders, gender, and job withdrawal. *The Psychologist-Manager Journal*, 12, 50-71. doi:10.1080/10887150802665356
- Barnett, R. C., y Hyde, J. S. (2001). Women, men, work and family: A new theoretical view. *The American Psychologist*, 56(10), 781-796. doi:10.1037//0003-066x.56.10.781
- Batthyány, K. (2009). Cuidado de personas dependientes y género. En R. Aguirre, (Ed.), *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay* (pp. 87-121). Montevideo: UNIFEM. Recuperado de: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/Libro%20Las%20bases%20invisibles.pdf>
- Bertrand, R. M., Fredman, L., y Saczynski, J. (2006). Are all caregivers created equal? Stress in caregivers to adults with and without dementia. *Journal of Aging Health*, 18, 534-551. doi:10.1177/0898264306289620
- Bittman, M., Fast, E., Fisher, K., y Thomson, C. (2004). Making the Invisible Visible: The Life and Time(s) of Informal Caregivers. En M. Bittman y N. Folbre (Eds.), *Family Time: the Social Organisation of Care* (pp. 69-89). London: Routledge.
- Biurrún, A. (2001). La asistencia de los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36, 325-330. doi:10.1016/s0211-139x(01)74751-8
- Boerner, K., Schulz, R., y Horowitz, A. (2004). Positive aspects of caregiving and adaptation to bereavement. *Psychology and Aging*, 19, 668-675. doi:10.1037/0882-7974.19.4.668
- Bolin, K., Lindgren, B., y Lundborg, P. (2008). Your next of kin or your own career? Caring and working among the 50+ of Europe. *Journal of Health Economics* 27, 718-738. doi:10.1016/j.jhealeco.2007.10.004
- Brent, T., Mausbach, T., Patterson, L., y Grant, I. (2008). Is Depression in Alzheimer's Caregivers Really Due to Activity Restriction? A Preliminary Mediation Test of the Activity Restriction Model. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 459-466. doi:10.1016/j.jbtep.2007.12.001
- Brockwood, K., Hammer, L., Neal, M., y Colton, C. (2001). Effects of Accommodations Made at Home and at Work on Wives' and Husbands' Family and Job Satisfaction. *Journal of Feminist Family Therapy*, 13, 41-64. doi:10.1300/j086v13n02_04
- Brody, E. M. (1981). Women in the middle and family help to older people. *Gerontologist*, 21, 471-480. doi:10.1093/geront/21.5.471
- Brody, E. M. (1990). *Women in the middle*. New York: Springer Publishing Company.

- Brody, E., Kleban, M., Johnsen, P., Hoffman, C., y Schoonover, C. (1987). Work status and parent care: A comparison of four groups of women. *Gerontologist*, 27, 201-208. doi:10.1093/geront/27.2.201
- Bullock, K., Crawford, S. L., y Tennstedt, S. L. (2003). Employment and Caregiving: Exploration of African American Caregivers. *Social Work*, 48, 150-162. doi:10.1093/sw/48.2.150
- Cacabelos, R. (1990). Neurobiología y genética molecular de la enfermedad de Alzheimer: Marcadores diagnósticos y terapéutica. *Medicina Clínica*, 95, 502-516.
- Carbonneau, H., Caron, C., y Desrosiers, J. (2010). Development of a conceptual framework of positive aspects of caregiving in dementia. *Dementia*, 9, 327-353. doi:10.1177/1471301210375316
- Carmichael, F., Connell, G., Hulme, C., y Sheppard, S. (2008). Work life imbalance; informal care and paid employment. *Feminist Economics*, 14, 3-35. doi:10.1080/13545700701881005
- Carmichael, F., y Charles, S. (2003). The opportunity costs of informal care: Does gender matter? *Journal of Health Economics*, 22(5), 781-803. doi:10.1016/s0167-6296(03)00044-4
- Casado, D., y López-Casasnovas, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración Situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona: Colección Estudios Sociales. Fundación “La Caixa”.
- Casado-Marín, D., García-Gómez, P., y López-Nicolás, A. (2011). Informal care and labour force participation among middle-aged women in Spain. *SERIEs, Spanish Economic Association*, 2, 1-29. doi:10.1007/s13209-009-0008-5
- Chesley, N., y Moen, P. (2006). When workers care: Dual-earner couples' caregiving strategies, benefit use, and psychological well-being. *American Behavioral Scientist*, 49(9), 1248-1269. doi:10.1177/0002764206286388
- Chumbler, N. R., Pienta, A. M., y Dwyer, J. W. (2004). The depressive symptomatology of parent care among the near elderly: The influence of multiple role commitments. *Research on Aging*, 26, 330-351. doi:10.1177/0164027503262425
- Clay, O. J., Roth, D. L., Wadley, V. G., y Haley, W. E. (2008). Changes in Social Support and their Impact on Psychosocial Outcome over a 5-Year Period for African American and White Dementia Caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 857-862. doi:10.1002/gps.1996
- Cohen, C. A., Colantonio, A., y Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: Rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 184-188. doi:10.1002/gps.561
- Colombo, F. A., Llena-Nozal, J., Mercier, J., y Tjadens, J. (2011). *Help Wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris: Health Policy Studies OECD Publishing. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

- Consejo de Europa. (1998). Recomendación N° R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia.
- Covinsky, K. E., Eng, C., Lui, L., Sands, L. P., Sehgal, A. R., Walter, L. C.,...Yaffe, K. (2001). Reduced employment in caregivers of frail elders: Impact of ethnicity, patient clinical characteristics and caregiver characteristics. *Journal of Gerontology*, 56A, 707-713. doi:10.1093/gerona/56.11.m707
- Crespo, L. (2006). *Caring for parents and employment status of european mid-life women*. Madrid: Centro de Estudios Monetarios y Financieros. Recuperado de: <http://www.cemfi.es/ftp/wp/0615.pdf>
- Crespo, M., y Fernández-Lansac, V. (2014). Factors associated with anger and anger expression in caregivers of elderly relatives. *Aging & Mental Health*, 18, 454-462. doi:10.1080/13607863.2013.856857
- Crespo, M., y Fernández-Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31, 19-27. doi:10.6018/analesps.31.1.158241
- Crespo, M., y López, J. (2003). Cope Abreviado. En M. Crespo y F. Labrador. *Estrés* (pp. 98-99). Madrid: Síntesis.
- Crespo, M., y López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: Desarrollo del programa Cómo mantener su bienestar*. Colección Estudios. Serie Dependencia. Premio IMSERSO "Infanta Cristina" 2006. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Cruz, A. (1991). El índice de Katz. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 26, 338-348.
- Cuesta, C. (2009). El cuidado familiar; una revisión crítica. *Revista de investigación y educación en enfermería*, 27, 96-102. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198010.pdf>
- Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging & Ment Health*, 9(4), 325-330. doi:10.1080/13607860500090078
- Dautzenberg, M. G. H., Diederiks, J. P. M., Philipsen, H., Stevens, F. C. J., Tan, F. E. S. y Vernooij-Dassen, M. J. F. J. (2000). The competing demands of paid work and parent care: Middle-aged daughters providing assistance to elderly parents. *Research on Aging*, 22, 165-187. doi:10.1177/0164027500222004
- De Koker, B. (2010). Perceived care giver burden of spouses and children in Flanders: who's feeling more burdened and why? En G. Doblhammer y R. Scholz (Eds.), *Ageing, care need and quality of life* (pp. 204-221). Wiesbaden: VS research doi:10.1007/978-3-531-92335-2_11
- De Santi, S., Pirraglia, E., Barr, W., Babb, J., Williams, S., Rogers, K.,...de Leon, M. J. (2008). Robust and conventional neuropsychological norms: diagnosis and prediction of age-related cognitive decline. *Neuropsychology*, 22, 469-484. doi:10.1037/0894-4105.22.4.469

- Deimling, G. T., y Bass, D. M. (1986). Symptoms of mental impairment among elderly adults and their caregivers. *Journals of Gerontology*, 41(6), 778-784. doi:10.1093/geronj/41.6.778
- Dentinger, E., y Clarkberg, M. (2002). Informal caregiving and retirement timing among men and women: gender and caregiving relationships in late midlife. *Journal of Family Issues*, 23(7), 857-879. doi:10.1177/019251302236598
- Doty, P., Jackson, M. E., y Crown, W. (1998). The impact of female caregivers' employment status on patterns of formal and informal eldercare. *Gerontologist*, 38, 331-341. doi:10.1093/geront/38.3.331
- Ducharme, F., Lévesque, L., Lachance, L., Zarit, S., Vézina, J., Gangbè, M., y Caron, C. D. (2006). Older husbands as caregivers of their wives: A descriptive study of the context and relational aspects of care. *International Journal of Nursing Studies*, 43(6), 567-579. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.07.007
- Durán, M. A. (2012). *El trabajo no remunerado en la economía global*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Durán, M. A., y García, S. (2005). Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania. *Boletín sobre el envejecimiento, Perfiles y tendencias*. 16, 1-35. Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm16.pdf>
- Duxbury, L., Higgins, C., y Smart, R. (2011). Elder care and the impact of caregiver strain on the health of employed caregivers. *Work*, 40, 29-40. doi: 10.3233/WOR-2011-1204
- Edwards, A., Zarit, S., Stephens, M. A., y Townsend, A. (2002). Employed family caregivers of cognitively impaired elderly: An examination of role strain and depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, 6, 55-61. doi:10.1080/13607860120101149
- Elliott, A. E., Burgio, L. D., y DeCoster, J. (2010). Enhancing caregiver health: Findings from the Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health II Intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 30-37. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02631.x
- Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) (2008). INE Recuperado de: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html>
- Enright, R. B., y Friss, L. (1987). *Employed caregivers of brain-impaired adults: An assessment of the dual role. Final report submitted to the Gerontological Society of America*. San Francisco: Family Survival Project.
- Escribano-Sotos, F., Pardo-García, I., y Moya- Martínez, P. (2012). Análisis empírico del coste del tiempo dedicado a mayores dependientes. *Presupuesto y Gasto Público*, 66, 149-166.
- Eurostat (2015). *Life expectancy by age and sex 2013*. Recuperado de: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpec&lang=en

- Evandrou, M., y Glaser, K. (2003). Combining work and family life: The pension penalty of caring. *Ageing and Society* 23(5), 586-601. doi:10.1017/s0144686x03001314
- Fairchild, T. J., y Lyon, J. (2009). The economic impact of Alzheimer's disease in Texas. An impending crisis. *Texas Public Health Journal*. 60, 5-8.
- Fast, J., Eales, J., y Keating, N. (2001). *Economic impact of health, income security and labour policies on informal caregivers of frail seniors*. Ottawa: Status of Women. Recuperado de: <http://www.rapp.ualberta.ca/en/Publications/~media/252B8FC3C74842D683739868EF7E9CD7.pdf>
- Fast, J., Keating, N., y Yacyshyn, A. (2008). *I wish that I could just have a break: Consequences of supporting adults with disabilities*. Edmonton: Research on Aging, Policies and Practice.
- Fast, J., Lero, D., Duncan, K., Dunlop, C., Eales, J., Keating, N., y Yoshino, S. (2011). *FACTS: Employment consequences of family/friend caregiving in Canada*. Edmonton: Research on Aging, Policies and Practice. Recuperado de: <http://www.rapp.ualberta.ca/Publications/~media/E1E0F4EFD4F849B79D278FAB1AE5F7C8.pdf>
- Folkman, S., y Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654. doi:10.1037//0003-066x.55.6.647
- Franks, M. M., y Stephens, M. A. P. (1992). Multiple roles of middle generation caregivers: Contextual effects and psychological mechanisms. *The Journals of Gerontology: Social Sciences*, 47, 123-129. doi:10.1093/geronj/47.3.s123
- Fredriksen-Goldsen, K. I., y Scharlach, A. E. (2006). An interactive model of informal adult care and employment. *Community, Work & Family*, 9(4), 441-455. doi:10.1080/13668800600925084
- Galvin, J. E., Duda, J. E., Kaufer, D. I., Lippa, C. F., Taylor, A., y Zarit, S. H. (2010). Lewy body dementia: Caregiver burden and unmet needs. *Alzheimer's disease and related disorders*, 24, 177-181. doi:10.1097/wad.0b013e3181c72b5d
- García-Alberca, J. M., Lara, J.P., y Berthier, M. (2011). Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41, 57-69. doi:10.2190/pm.41.1.f
- García-Calvente, M. M., Mateo-Rodríguez, I., y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en las mujeres y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18, 83-92. doi:10.1157/13061998
- García-Calvente, M. M., del Río, M., y Marcos-Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25, 100-107. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.006
- Gaugler, J. E., Kane, R. L., Kane, R. A., Clay, T., y Newcomer, R. (2003). Predicting institutionalization of cognitively impaired older people: Utilizing dynamic predictors of change. *Gerontologist*, 43, 219-229. doi:10.1093/geronb/55.4.p247

- Gaugler, J. E., Yu, F., Krichbaum, K., y Wyman, J. F. (2009). Predictors of nursing home admission for persons with dementia. *Medical Care*, 47, 191–198. doi:10.1097/mlr.0b013e31818457ce
- Gillen, M C., y Chung, E. D. (2005). An Initial Investigation of Employee Stress Related to Caring for Elderly and Dependent Relatives at Home. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 25, 78-93. doi:10.1108/01443330510791199
- Givens, J. L., Mezzacappa, C., Heeren, T., Yaffe, K., y Fredman, L. (2014). Depressive symptoms among dementia caregivers: role of mediating factors. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(5), 481-488. doi:10.1016/j.jagp.2012.08.010
- González, C. A., y Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública México*, 49, 448-458.
- Goode, W. (1960). Theory of Role Strain. *American Sociological Review*, 25, 483-496.
- Gordon, J. R., Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., Marcinkus, W. M., y Rose, M. (2012). Balancing caregiving and work: Role conflict and role strain dynamics. *Journal of Family Issues*, 33, 662-689. doi:10.1177/0192513X11425322
- Graves, L. M., Ohlott, P. J., y Ruderman, M. N. (2007). Commitment to family roles: Effects on managers' attitudes and performance. *Journal of Applied Psychology*, 92, 44-56. doi:10.1037/0021-9010.92.1.44
- Greenhaus, J. H., y Parasuraman, S. (1999). Research on work, family and gender: Current status and future directions. En G. N. Powell (Ed.), *Handbook of gender and work* (pp. 391-412). Newbury Park, CA: Sage. doi:10.4135/9781452231365.n20
- Greenhaus, J. H., y Powell, G. N. (2006). When work and family are allies: A theory of work-family enrichment. *Academy of Management Review*, 31, 72-92. doi:10.5465/amr.2006.19379625
- Greenhaus, J. H., Parasuraman, S., Granrose, C. K., Rabinowitz, S., y Beutell, N. J. (1989). Sources of work-family conflict and among two-career couples. *Journal of Vocational Behavior*, 34, 133-153. doi:10.1016/0001-8791(89)90010-9
- Haley, W., LaMonde, L., Han, B., Burton, A., y Schonwetter, R. (2003). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine*, 6, 215-224. doi:10.1089/109662103764978461
- Hammer, L. B., y Neal, M. B. (2008). Working sandwiched-generation caregivers: Prevalence, characteristics, and outcomes. *Psychologist-Manager Journal*, 11, 93-112. doi:10.1080/10887150801967324
- Heitmueller, A. (2007). The Chicken or the Egg? Endogeneity in Labour Market Participation of Informal Carers in England. *Journal of Health Economics*, 26, 536-559. doi:10.1016/j.jhealeco.2006.10.005

- Henz, U. (2004). The Effects of Informal Care on Paid-Work Participation in Great Britain: A Lifecourse Perspective. *Ageing and Society*, 24, 851-880. doi:10.1017/s0144686x04002351
- Hequembourg, A., y Brallier, S. (2005). Gendered stories of parental caregiving among siblings. *Journal of Aging Studies*, 19, 53-71. doi:10.1016/j.jaging.2003.12.001
- Hilgeman, M. M., Allen, R. S., DeCoster, J., y Burgio, L. D. (2007). Positive aspects of caregiving as a moderator of treatment outcome over 12 months. *Psychology and Aging*, 22, 361-371. doi:10.1037/0882-7974.22.2.361
- Ho, S.C., Chan, A., Woo, J., Chong, P., y Sham, A. (2009). Impact of caregiving on health and quality of life: a comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64(8), 873-879. doi:10.1093/gerona/glp034
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524. doi:10.1037//0003-066x.44.3.513
- Hong, J., y Seltzer, M. M. (1995). The psychological consequences of multiple roles: the nonnormative case. *Journal of Health and Social Behavior* 36, 386-398. doi:10.2307/2137327
- Hurrell, J. J. Jr., Nelson, D. L., y Simmons, B. L. (1998). Measuring job stressors and strains: Where we have been, where we are, and where we need to go. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 368-389. doi:10.1037//1076-8998.3.4.368
- Hutton, S., y Hirst, M. (2000). *Caring relationships over time: End of project report*. New York: Social Policy Research Unit, University of York.
- IMERSO (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- IMERSO (2006). *Encuesta Condiciones de Vida 2006*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- IMERSO (2009). *Las personas mayores en España 2008. Tomo I. Informe 2008*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Recuperado de: <http://www.imersomayores.csic.es/estadísticas/informemayores/informe2008>.
- Índice Global de Envejecimiento (2014). *Age Watch 2014: Informe en Profundidad*. Londres: Help Age International. Recuperado de: http://www.plataformatercersector.es/sites/default/files/%C3%8Dndice%20Global%20de%20Envejecimiento%202014.%20Informe%20en%20profundidad_FINAL%5B1%5D.pdf
- Ingersoll-Dayton, B., Neal, M. B., Ha, J., y Hammer, L. B. (2003). Redressing inequity in parent care among siblings. *Journal of Marriage and Family*, 65, 201-212. doi:10.1111/j.1741-3737.2003.00201.x
- Instituto Nacional de Estadística (2008). *Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón Continuo a 1 de enero de 2008*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

- Instituto Nacional de Estadística (2011). *Estimaciones de la población actual en España Población por sexo y edad*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Instituto Nacional de Estadística (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012: Tipo de medicamento consumido en las últimas dos semanas según sexo y grupo de edad. Población que ha consumido medicamentos en las últimas dos semanas*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón Continuo a 1 de enero de 2014*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Jenson, J., y Jacobzone, S. (2000). *Care Allowances for the Frail Elderly and Their Impact on Women Care-Givers*. Paris: OECD. doi:10.1787/414673405257
- Joshi, H. (1995). The labour market and unpaid caring: conflict and compromise. En I. Allen y S. Perkins (Eds.), *The Future of Family Care for Older People* (pp. 93-118.). London: HMSO.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., y Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185(12), 914-919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016
- Kelly, E. L., Moen, P., Oakes, J. M., Fan, F., Okechukwu, C., Davis, K. D., ... Casper, L. M. (2014). Changing Work and Work-Family Conflict: Evidence from the Work, Family, and Health Network. *American Sociological Review*, 79, 485-516. doi: 10.1177/0003122414531435
- Kemp, C. L., y Rosenthal, C. J. (2001). *The consequences of caregiving: Does employment make a difference?* Paper Presentation, Canadian Association on Gerontology, 29th Annual Scientific and Educational Meeting, Edmonton, Alberta, Canada. Recuperado de: <http://socserv2.memaster.ca/sedap>
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T., y Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 537-547. doi:10.1037//0022-006x.70.3.537
- Korn, L., Logsdon, R. G., Polissar, N. L., Gomez-Beloz, A., Waters, T., y Ryser, R. (2009). A randomized trial of a CAM therapy for stress reduction in American Indian and Alaskan Native family caregivers. *Gerontologist*, 49, 368-377. doi:10.1093/geront/gnp032
- Kramer, B. J., y Kipnis, S. (1995). Eldercare and work-role conflict: toward an understanding of gender differences in caregiver burden. *Gerontologist*, 35, 340-348. doi:10.1093/geront/35.3.340
- Lai, D., y Leonenko, W. (2007). Effects of caregiving on employment and economics cost of Chinese family in Canada. *Journal of Family and Economic Issues*, 17, 411-427. doi:10.1007/s10834-007-9073-8

- Lamura, G., Mnich, E., Nolan, M., Wojszel, B., Krevers, B., y Mestheneos, L., y Döhner, H. (2008). Family carer's experiences using support services in Europe: empirical evidence from the EUROFAMCARE Study. *Gerontologist*, 48, 752-771. doi:10.1093/geront/48.6.752
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Bergiristáin, J. M., Valderrama, M. J., y Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta sanitaria*, 22, 443-450. doi:10.1157/13126925
- Lawton, M. P., y Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186. doi:10.1093/geront/9.3_part_1.179
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, C., y Gramotnev, H. (2007). Transitions into and out of caregiving: Health and social characteristics of mid-age Australian women. *Psychology and Health*, 22, 193-209. doi:10.1080/14756360600682202
- Lee, J. A., Walker, M., y Shoup, R. (2001). Balancing Elder Care Responsibilities and Work: The Impact on Emotional Health. *Journal of Business and Psychology*, 16, 277-289. doi:10.1023/a:1011165318139
- Leggett, A. N., Zarit, S. H., Taylor, A., y Galvin, J. E. (2011). Stress and burden among caregivers of patients with Lewy Body Dementia. *Gerontologist*, 51, 76-85. doi:10.1093/geront/gnq055
- LEY 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (2006). En BOE n. 299/2006. Recuperado de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/legislacion/normas/doc-3383.pdf>
- Li, J., Cowden, L. G., King, J. D., Briles, D. A., Schroeder, H. W. Jr., Stevens, A. B., ..Go, R. C. (2007). Effects of chronic stress and interleukin-10 gene polymorphisms on antibody response to tetanus vaccine in family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 551-559. doi:10.1097/psy.0b013e3180cc2c61
- Liew, T., Luo, N., Ng, W., Chionh, H., Goh, J., y Yap, P. (2010). Predicting gains in dementia caregiving. *Dementia And Geriatric Cognitive Disorders*, 29, 115-122. doi:10.1159/000275569
- López, J. (2005). *Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa*. (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>
- López, J., y Crespo, M. (2008). Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el envejecimiento, perfiles y tendencias*. 35, 1-30. Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>

- Lorenzo, L. (2004). Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones. En *Indicadores sociales de España 2004*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de: http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/infosoc_envej.pdf
- Losada, A., Márquez-González, M., Knight, B. G., Yanguas, J., Sayegh, P., y Romero-Moreno, R. (2010). Psychosocial factors and caregivers' distress: effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging & Mental Health, 14*, 193-202. doi:10.1080/13607860903167838
- Losada, A., Robinson Shurgot, G., Knight, B. G., Márquez, M., Montorio, I., Izal, M., y Ruiz, M. A. (2006). Cross-cultural study comparing the association of familism with burden and depressive symptoms in two samples of Hispanic dementia caregivers. *Aging & Mental Health, 10*, 69–76. doi:10.1080/13607860500307647
- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C., y Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer's disease: The LASER-AD study. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 13*, 795-801. doi:10.1097/00019442-200509000-00008
- Manepalli, J., Desai, A., y Sharma, P. (2009). Psychosocial environmental treatments for Alzheimer's disease. *Primary Psychiatry, 16*, 39–46. Recuperado de: http://primarypsychiatry.com/wp-content/uploads/import/0609PP_Manepalli.pdf
- Marks, R. K. (1977). Multiples roles and role strain: Some notes on human energy, time and commitments. *American Sociological Review, 42*, 921-936. doi:10.2307/2094577
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Mijí, L., Rico, J., Lanz, P., ... Taussing, M. I. (1996). Adaptación a nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología, 6*, 338-346.
- Martire, L. M., y Stephens M. A. P. (2003). Juggling parent care and employment responsibilities: The dilemmas of adult daughter caregivers in the workforce. *Sex Roles, 48*, 167-173. doi:10.1023/A:1022407523039
- Martire, L. M., Stephens, M. A., y Atienza, A. A. (1997). The interplay of work and caregiving: relationships between role satisfaction, role involvement, and caregivers' well-being. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 52*, 279-289. doi:10.1093/geronb/52b.5.s279
- Masanet, E., y La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública, 85*(3), 257-266. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10045/23381>
- MacDonald, M., Phipps, S., y Lethbridge, L. (2005). Taking its Toll: the Influence of Paid and Unpaid Work on Women's Well-being. *Feminist Economics 11*, 63-94. doi:10.1080/1354570042000332597

- Mausbach, B. T., Chattillion, E. A., Roepke, S. K., Patterson, T. L., y Grant, I. (2013). A comparison of psychosocial outcomes in elderly Alzheimer caregivers and noncaregivers. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 5-13. doi:10.1016/j.jagp.2012.10.00
- Mausbach, B. T., Patterson, T. L., Rabinowitz, Y., Grant, I., y Schulz, R. (2007). Depression and Distress Predict time to Cardiovascular Disease in Dementia Caregivers. *Health Psychology*, 26(5), 539-544. doi:10.1037/0278-6133.26.5.539
- Mausbach, B. T., Patterson, T. L., y Grant, I. (2008). Is depression in Alzheimer's caregivers really due to activity restriction? A preliminary mediational test of the activity restriction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 39, 459-466. doi:10.1016/j.jbtep.2007.12.001
- McSweeney, M. H. (2005). Care-giving and Alzheimer's disease: The need for a policy agenda. *Journal of Pastoral Counseling*, 40, 94-96.
- Miller, B. (1989). Adult children's perceptions of caregiver stress and satisfaction. *Journal of Applied Gerontology*, 8, 275-293. doi:10.1177/073346488900800301
- Moen, P., Robison, J., y Dempster-McClain, D. (1995). Caregiving and Women's well-being: A life course approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 259-273. doi:10.2307/2137342
- Moen, P., y Roehling, P. (2005). *The Career Mystique: Cracks in the American Dream*. Lanham: Rowman and Littlefield.
- Mohamed, S., Rosenbeck, R., Lyketsos, C. G., y Schneider, L. S. (2010). Caregiver burden in Alzheimer disease: Cross-sectional and longitudinal patient correlates. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 917-927. doi:10.1097/jgp.0b013e3181d5745d
- Montorio, I., Izal, M., López, A., y Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez de concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14, 229-248. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v14/v14_2/09-14-2.pdf
- Moreno, S., Recio, C., Borrás, V., y Torns, M. T. (2013). *El trabajo de cuidados en los regímenes de bienestar: ¿más dependencia y menos profesionalidad?* Las políticas Sociales entre crisis y post crisis. IV congreso REPS. Universidad de Alcalá de Henares. 6-7 de junio de 2013.
- Moya-Martínez, P., Escribano-Sotos, F., y Pardo-García, I. (2012). La participación en el mercado laboral de los cuidadores informales de personas mayores en España. *Innovar*, 22, 55-66. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81824123006>
- Mui, A. (1992). Caregiver strain among black and white daughter caregivers: A role theory perspective. *Gerontologist*, 32, 203-212. doi:10.1093/geront/32.2.203
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A., y De Vicente, A. (2002). Funcionamiento psicosocial. En M. Muñoz, A. Roa, E. Pérez, A. Santos-Olmo y A. De Vicente, *Instrumentos de evaluación en salud mental* (pp. 60-61). Madrid: Pirámide.

- Murphy, S. E., y Zagorski, D. A. (2005). Enhancing work-family and work-life interaction: The role of management. En D. F. Halpern y S. E. Murphy (Eds.), *From work-family balance to work-family interaction: Changing the Metaphor* (pp. 27-48). NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Neal, M. B., Chapman, N. J., Ingersoll-Dayton, B., y Emlen, A. C. (1993). *Balancing work and caregiving for children, adults, and elders*. Newbury Park: Sage. doi:10.4135/9781483326160
- Neal, M. B., Ingersoll-Dayton, B., y Starrels, M. E. (1997). Gender and relationship differences in caregiving patterns and consequences among employed caregivers. *Gerontologist*, 37, 804-816. doi:10.1093/geront/37.6.804
- Neal, M. B., y Hammer, L. B. (2007). *Working couples caring for children and aging parents: Effects on Work and well-being*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. Recuperado de: <http://www.web.pdx.edu/~rosine/sandwich/NealHammerExecSum.pdf>
- Neal, M., y Wagner, D. (2002). *Working Caregivers: issues, challenges and opportunities for the aging network*. Program Development Issue Briefs. Administration on Aging, Department of Health and Human Services: National Family Caregivers Support Program. Recuperado de: <http://www.caregiverslibrary.org/Portals/0/Working%20Caregivers%20-%20Issues%20for%20the%20Aging%20Network%20Fin-Neal-Wagner.pdf>
- Neugaard, B. I., Andresen, E. M., McKune, S. L., y Jamoom, E. W. (2008). Health-related quality of life in a national sample of caregivers: findings from the BRFSS. *Journal of Happiness Study*, 9, 559-575. doi:10.1007/s10902-008-9089-2
- Norton, T., Stephens, M. A., Martire, L., Townsend, A., y Gupta, A. (2002). Change in the centrality of women's multiple roles: Effects of role stress and rewards. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 57, 52-62. doi:10.1093/geronb/57.1.s52
- Organización Mundial de la Salud (2013). La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Pavalko, E. K., y Artis, J. E. (1997). Women's caregiving and paid work: Causal relationships in midlife. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 52, 170-179. doi:10.1093/geronb/52b.4.s170
- Pavalko, E. K., y Henderson, K. A. (2006). Combining care work and paid work: Do workplace policies make a difference? *Research on Aging*, 28, 359-374. doi:10.1177/0164027505285848
- Pavalko, E. K., y Woodburry, S. (2000). Social roles and process: Caregiving careers and women's health. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 91-105. doi:10.2307/2676362
- Pearlin, L. I. (2010). The life course and the stress process: Some conceptual comparisons. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 65, 207-215. doi:10.1093/geronb/gbp106

- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., y Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356. doi:10.2307/2136676
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., y Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583-594. doi:10.1093/geront/30.5.583
- Perkins, M., Howard, V. J., Wadley, V. G., Crowe, M., Safford, M. M., Haley, W. E.,... Roth, D. L. (2013). Caregiving strain and all-cause mortality: Evidence from the REGARDS study. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 68, 504-512. doi:10.1093/geronb/gbs084
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 23, 433-441. doi:10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging* 18, 250-267. doi:10.1037/0882-7974.18.2.250
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregivers stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 61, 33-45. doi:10.1093/geronb/61.1.p33
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 62, 126-137. doi:10.1093/geronb/62.2.p126
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychology and aging*. 26, 1-14. doi:10.1037/a0021863
- Pitt-Catsoupes, M., Matz-Costa, C., y Besen, E. (2009). *Age generation: Understanding experiences at the workplace* (Research Highlight 6). Chestnut Hill: The Sloan Center on Aging and Work at Boston College.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. doi:10.1177/014662167700100306
- Rajnovich, B., Keefe, J., y Fast, J. (2005). *Supporting caregivers of dependent adults in the 21st century*. Background paper for Canadian Policy Research Networks policy workshop on family caregiving. Recuperado de: <http://www.cewh-cesf.ca/PDF/acewh/SupportingCaregivers.pdf>.
- Reid, R. C., Stajduhar, K. I., y Chappell, N. L. (2010). The impact of work interferences on family caregiver outcomes. *Journal of Applied Gerontology*, 29(3), 267-287. doi:10.1177/0733464809339591
- Reisberg, B., Ferris, S. H., De Leon, M. J., y Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139. doi:10.1176/ajp.139.9.1136

- Robertson, S. M., Zarit, S. H., Duncan, L. G., Rovine, M., y Femia, E. E. (2007). Family caregivers' patterns of positive and negative affect. *Family Relations*, 56, 12-23. doi:10.1111/j.1741-3729.2007.00436.x
- Rodríguez, P., y Sancho, M. (1999). Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores: Las situaciones de fragilidad. En F. J. Leturia, J. J. Yanguas y M. Leturia (Eds.), *Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI* (pp. 47-66). San Sebastián: Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Social de Guipúzcoa.
- Roff, L. L., Burgio, L. D., Gitlin, L., Nichols, L., Chaplin, W., y Hardin, J. M. (2004). Positive aspects of Alzheimer's caregiving: The role of race. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 59, 185-190. doi:10.1093/geronb/59.4.p185
- Rogero-García, J. (2010a). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Rogero-García, J. (enero-marzo, 2010b). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, 9, Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962010000100010>
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 393-405. doi:10.1590/s1135-57272009000300005
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenthal, C. J., Martin-Matthews, A., y Keefe, J. M. (2007). Care management and care provision for older relatives amongst employed informal care-givers. *Ageing and Society*, 27, 755-778. doi:10.1017/s0144686x07005995
- Roth, D. L., Haley, W. E., Owen, J. E., Clay, O. J., y Goode, K. T. (2001). Latent growth models of the longitudinal effects of dementia caregiving: A comparison of African-American and White family caregivers. *Psychology and Aging*, 16(3), 427-436. doi:10.1037/0882-7974.16.3.427
- Rothbard, N. (2001). Enriching or depleting. The dynamics of engagement in work and family roles. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), 655-684. doi:10.2307/3094827
- Rubin, R., y White-Means, S. I. (2009). Informal Caregiving: Dilemmas of Sandwiched caregivers. *Journal of Family and Economics Issues*, 30, 252-267. doi:10.1007/s10834-009-9155-x
- Ruiz, N., y Moya, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 1, 22-30.
- Sandín, B., Chorot, R., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=229>

- Sanz, A. I. (2011). Conciliación y salud laboral: ¿una relación posible? Actualidad en el estudio del conflicto trabajo-familia y la recuperación del estrés. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57, 115-126. doi:10.4321/s0465-546x2011000500008
- Saranson, I. G. (1999). El papel de las relaciones íntimas en los resultados de salud. En J. Buendía, *Familia y Psicología de Salud* (pp. 113-131). Madrid: Pirámide.
- Saranson, I. G., Saranson, B. R., Shearin, E. N., y Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4(4), 497-510. doi:10.1177/0265407587044007
- Scharlach, A. E. (1994). Caregiving and employment: Competing or complementary roles?. *Gerontologist*, 34, 378-385. doi:10.1093/geront/34.3.378
- Scharlach, A. E., Gustavson, K., y Dal Santo, T. S. (2007). Assistance Received by Employed Caregivers and Their Care Recipients: Who Helps Care Recipients When Caregivers Work Full Time?. *Gerontologist*, 47, 752-762. doi:10.1093/geront/47.6.752
- Schulz, R., y Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality:the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*, 282(23), 2215-2219. doi:10.1001/jama.282.23.2215
- Schulz, R., Mendelsohn, A. B., Haley, W. E., Mahoney, D., Allen, R. S., Zhang, S., ...Belle, S. H. (2003). End-of-life care and effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. *New England Journal of Medicine*, 34(20), 1936-1942. doi:10.1056/nejmsa035373
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, M. S., y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, 35, 771-791. doi:10.1093/geront/35.6.771
- Schulz, R., y Martire, L. M. (2009). Caregiving and employment. En S. J. Czaja y J. Sharit (Eds.), *Aging and work: Issues and implications in a changing landscape* (pp. 35-50). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Simon, R. W., y Nath, L. E. (2004). Gender and emotion in the United States: do men and women differ in self-reports of feelings and expressive behavior? *The American Journal of Sociology*, 109(5), 1137-1177. doi:10.1086/382111
- Semiatin, A., y O'Connor, M. K. (2012). The Relationship Between Self-Efficacy and Positive Aspects of Caregiving in Alzheimer's Disease Caregivers. *Aging & Mental Health*, 16(6), 683-688. doi:10.1080/13607863.2011.651437
- Sieber, S. D. (1974). Toward a theory of role accumulation. *American Sociological Review*, 39, 567-578. doi:10.2307/2094422
- Skaff, M. M., y Pearlin, L. I. (1992). Caregiving: Role engulfment and the loss of self. *Gerontologist*, 32, 656-664. doi:10.1093/geront/32.5.656
- Soler, J., Pérez-Sola, V., Puigdemont, D., Pérez-Blanco, J., Figueres, M., y Alvarez, E. (1997). Validation study of the Center for Epidemiologic Studies-Depression (CESD) in affective disorders in Spanish population. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 25, 243-249.

- Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D., y Pinquart, M. (2006). Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *The Lancet. Neurology*, 5(11), 961-973. doi:10.1016/s1474-4422(06)70599-3
- Sörensen, S., y Yeates, C. (2011). Issues in Dementia Caregiving: Effects on Mental and Physical Health, Intervention Strategies, and Research Needs. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(6), 491-496. doi:10.1097%2FJGP.0b013e31821c0e6e
- Spiess, K., y Schneider, A. U. (2003). Interactions between care-giving and paid work hours among European midlife women, 1994 to 1996. *Ageing and Society*, 23, 41-68. doi:10.1017/S0144686X02001010http
- Stebbins, P., y Pakenham, I. (2001). Irrational schematic beliefs and psychological distress in caregivers of people with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 46, 178-194. doi:10.1037/0090-5550.46.2.178
- Stephens, M. A. P., y Townsend, A. L. (1997). The stress of parent care: Positive and negative effects of women's other roles. *Psychology and Aging*, 12, 376-386. doi:10.1037/0882-7974.12.2.376
- Stephens, M. A. P., Franks, M. M., y Atienza, A. A. (1997). Where two roles intersect: Spillover between parent care and employment. *Psychology and Aging*, 12, 30-37. doi:10.1037//0882-7974.12.1.30
- Stephens, M. A. P., Townsend, A. L., Martire, L. M., y Druley, J. A. (2001). Balancing parent care with other roles: Interrole conflict of adult daughter caregivers. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 56, 24-34. doi:10.1093/geronb/56.1.p24
- Stoller, E. P., y Pugliesi, K. L. (1989). Other roles of caregivers: Competing responsibilities or supportive resources. *Journals of Gerontology*, 44, 231-238. doi:10.1093/geronj/44.6.s231
- Stone, R. I., y Short, P. F. (1990). The Competing Demands of Employment and Informal Caregiving to Disabled Elders. *Medical Care*, 28(6), 513-526. doi:10.1097/00005650-199006000-00004
- Stone, R., Cafferata, G. L., y Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A national profile. *Gerontologist*, 27, 616-626. doi:10.1093/geront/27.5.616
- Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S., y Vitaliano, P. (1992). Assesment of behabioral problems in dementia. The revised memory and behavior problems checklist. *Psychology and Aging*, 7, 622-631. doi:10.1037/0882-7974.7.4.622
- Townsend, A. L., Noelker, L., Deimling, G., y Bass, D. (1989). Longitudinal impact of interhousehold caregiving on adult children's mental health. *Psychology and Aging*, 4, 393-401. doi:10.1037//0882-7974.4.4.393
- Tugade, M. M., y Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333. doi:10.1037/0022-3514.86.2.320

- Trukeschitz, B., Schneider, U., Mühlmann, R., y Ponocny, I. (2013). Informal Eldercare and Work-Related Strain. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 68, 257-267. doi:10.1093/geronb/gbs101
- Úbeda, I., y Roca, M. (2008). ¿Cómo repercute el cuidar en los cuidadores familiares de personas dependientes?. *Nursing*, 26, 62-66. doi:10.1016/s0212-5382(08)70827-6
- Ugarteburu-Gastañares, I., Cerrato-Allende, J., y Ibarretxe-Zorriquetta, R. (2008). Transformando el conflicto trabajo/familia en interacción y conciliación trabajo/familia. *Lan Herremanak: Revista de relaciones laborales*, 18, 17-41. Recuperado de: http://www.adimen.es/_files/archivos/853de913-1868-46c5-bee8-7e86381f9ee7.pdf
- Vaquiroy, S., y Stieповich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 16, 9-16. doi:10.4067/s0717-95532010000200002
- Vilaplana, C. (2010). Conciliación entre vida laboral y cuidados informales a personas mayores dependientes en España. *Revista de Economía Laboral*, 7, 84-124. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3649790>
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., y Scanlan, J. M. (2003). Is Caregiving Hazardous to One's physical Health? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 512-529. doi:10.1037/0033-2909.129.6.946
- Vitaliano, P. P., Schulz, R., Kiecolt-Glaser, J., y Grant, I. (1997). Research on physiological and physical concomitants of caregiving. Where do we go from here?. *Annals of Behavior Medicine*, 19, 117-123. doi:10.1007/bf02883328
- Wang, Y. -N., Shyu, Y. -I. L., Tsai, W. -C., Yang, P. -S., y Yao, G. (2013). Exploring conflict between caregiving and work for caregivers of elders with dementia: a cross-sectional, correlational study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1051-1062. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06092.x
- Wang, Y.-N., Shyu, Y. -I. L., Chen, M. -C., y Yang, P. -S. (2011). Reconciling work and family caregiving among adult-child family caregivers of older people with dementia: effects on role strain and depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 829-840. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05505.x
- Ware, J. E., y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey(SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483. doi:10.1097/00005650-199206000-00002
- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Wayne, J. H., Grzywacz, J. G., Carlson, D. S., y Kacmar, K. M. (2007). Work-family facilitation: A theoretical explanation and model of primary antecedents and consequences. *Human Resource Management Review*, 17, 63-76. doi:10.1016/j.hrmr.2007.01.002

- Wilson, M. R., Van Houtven, C. H., Stearns, S., y Clipp, E. C. (2007). Depression and missed work among informal caregivers or older individuals with dementia. *Journal of Family and Economic Issues*, 28(4), 684-698. doi:10.1007/s10834-007-9081-8
- Wolff, L., y Kasper, J. D. (2006). Caregivers of frail elders: updating a national profile. *Gerontologist*, 46, 344-356. doi:10.1093/geront/46.3.344
- Wright, K. (1987). *The economics of informal care of the elderly*, Discussion Paper 23, Centre for Health Economics, University of York.
- Yanguas, J. J., Etxeberria, I., García, A., Iglesias, A., Barbero, E., Laskibar, I., y Galdona, N. (Julio, 2010). *Depression, burden and perceived stress among Alzheimer's caregivers: the association with emotions*. International Conference on Alzheimer's disease. Honolulu-Hawaii.
- Zarit, S. H. (2006). The history of caregiving in dementia. En S. M. Lobo Prabhu, J. W. Lomax y V. Molinari (Eds.), *Supporting the caregiver in dementia: A guide for health care professionals* (pp. 3-22). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Zarit, S. H., Reeve, K. E., y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 646-655. doi:10.1093/geront/20.6.649
- Zarit, S. H., Stephens, M. A. P., Townsend, A. L., y Greene, R. (1998). Stress reduction for family caregivers: Effects of adult day Care use. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 53, 267-277. doi:10.1093/geronb/53b.5.s267
- Zarit, S. H., y Femia, E. (2008). Behavioral and psychosocial interventions for family caregivers. *American Journal of Nursing*, 108, 47-53. doi:10.1097/01.naj.0000336415.60495.34

ANEXOS

11. ANEXOS

Anexo 1. Batería Heteroaplicada

ENTREVISTA MATERIAL PARA EL EVALUADOR

CÓDIGO



El siguiente material es parte de un estudio que está realizando la Universidad Complutense de Madrid. El objetivo de esta investigación es conocer mejor el estado emocional y la problemática de los cuidadores no profesionales.

Para ello, le pedimos su colaboración, rogándole que sea lo más sincero posible en sus respuestas. Sólo de esta forma podremos obtener datos reales sobre la situación que viven personas que, como usted, son cuidadores de familiares mayores dependientes.

Es importante mencionarle que en la siguiente entrevista no se le preguntará su nombre, ni ningún dato de identificación personal. La información obtenida a través de ésta se tratará con la mayor confidencialidad.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

DATOS A COMPLETAR POR EL EVALUADOR:

Nombre del evaluador.....

Nombre del centro.....

Fecha..... Revisada

A. PAUTA DE ENTREVISTA PARA CUIDADORES

Para empezar, le voy a formular unas preguntas para conocer algunos datos de la persona a quien usted presta cuidados.

0. ¿Me podría decir Vd. el nombre de la persona que cuida?

1. ¿Qué parentesco o relación tiene Vd. con (NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA)?

- 0. Esposo/a o compañero/a
- 1. Hijo/a
- 2. Yerno/Nuera
- 3. Sobrino/a
- 4. Hermano/a
- 5. Otro (indicar cuál: _____)

2. ¿Cuánto tiempo lleva cuidando a (NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA o RELACIÓN)? (INDICAR LA CANTIDAD EN MESES)

_____ (meses)

Ahora le voy a formular una serie de preguntas a fin de conocer cuál es su situación actual. Sus respuestas son absolutamente confidenciales y no le comprometen a nada. Si en algún momento se siente incómodo/a no dude en comunicármelo.

CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR

3. Género de la persona entrevistada

- 0. Varón
- 1. Mujer

4. ¿Cuántos años tiene Vd.? (INDICAR AÑOS CUMPLIDOS)

_____ (años)

5. ¿Cuál es su estado civil?

- 0. Soltera/o
- 1. Casada/o o conviviendo en pareja
- 2. Viuda/o
- 3. Divorciada/o o Separada/o

6. ¿Convive en la actualidad en el mismo domicilio que (NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA o RELACIÓN)?

- 0. No (Pasar al ítem 6a)
- 1. Sí (Pasar al ítem 7)

6a. ¿Con quién convive en la actualidad (NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA o RELACIÓN)?

- 0. Solo
- 1. Con otro familiar (indicar cuál: _____)
- 2. En una residencia
- 3. Otros _____

7. ¿Con quién vive usted en la actualidad?

(En caso haya contestado la 6a) ¿Con quién más vive Vd. en la actualidad?

(Rodear SI o NO):

- | | | |
|-------------------------------------|------|---------------------------------|
| 7a. Solo/a o con nadie más | 0.NO | 1.SI |
| 7b. Pareja | 0.NO | 1.SI |
| 7c. Hijos mayores de 18 años | 0.NO | 1.SI
(indicar número: _____) |
| 7d. Hijos menores de 18 años | 0.NO | 1.SI
(indicar número: _____) |
| 7e. Otras personas | 0.NO | 1.SI
(indicar número: _____) |

8. ¿Qué estudios tiene usted que haya terminado?

- 0. Sin estudios o con de Educación Primaria
- 1. Educación Secundaria de Primer grado: 12 a 16 años (Bachiller Elemental; 7º y 8º de EGB; 1º y 2º de BUP; 1º a 4ª ESO; FPI, Maestría industrial; Graduado escolar, certificado escolar)
- 2. Educación Secundaria de Segundo Grado: 16 a 18 años (Bachiller Superior; 3º BUP y COU; FPI I y FPI II; 1º y 2º de Bachillerato)
- 3. Estudios Universitarios (Diplomaturas en Escuelas Universitarias, Licenciaturas en facultades, Doctorados etc.)

9. En general, entre todos los miembros del hogar (incluido usted), ¿al final de mes sus ingresos le permiten cubrir todas sus necesidades?

- 0. No, no alcanzan para cubrir todas las necesidades
- 1. Alcanzan lo suficiente para cubrir las necesidades
- 2. Sobra algún dinero

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONA CUIDADA Y DEL CUIDADO

Ahora voy a hacerle algunas preguntas en relación con su situación como cuidador de (NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA o RELACIÓN)

10. Además de a (NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA o RELACIÓN), ¿cuida usted a alguna otra persona mayor?

- 0. No 1. Sí (indicar número: _____)

11. ¿Cuántos años tiene (NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA o RELACIÓN)?

_____ (años)

12. Género de la persona cuidada

- 0. Varón
- 1. Mujer

13. ¿Qué tipo de enfermedad o problemas le han diagnosticado?

- 0. Demencia (indicar cuál: _____)
- 1. Otra enfermedad (indicar cuál : _____)

14. ¿Cómo calificaría Vd. su relación con su familiar antes de que precisara de sus cuidados?

- 0. Problemática, con conflictos
- 1. Bastante distante y fría
- 2. Normal, conforme al vínculo familiar que los une
- 3. De gran intimidad y afecto
- 4. De otra manera (indicar cuál : _____)

15. ¿Desde que empezó a cuidar Vd. a su familiar, su relación con él/ella mejoró, empeoró, o siguió siendo más o menos igual?

- 0. Empeoró
- 1. Siguio más o menos igual
- 2. Mejoró

16. Se convirtió en cuidador de (NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA o RELACIÓN)...

- 0. Por iniciativa propia
- 1. Por decisión familiar
- 2. Era la única persona que podía
- 3. Lo pidió él/ella

17. ¿Cuántas HORAS AL DÍA está usted preocupado o pensando en temas relacionados con el cuidado de su familiar?

_____ (horas)

18. ¿Cuántas HORAS AL DÍA está usted dedicado a tareas relacionadas con el cuidado de su familiar?

_____ (horas)

19. ¿Con qué frecuencia ha pensado en ingresar a su familiar en una residencia?

- 0. Nunca
- 1. Alguna vez
- 2. Con bastante frecuencia

20. Dígame, por favor, si Vd. presta ayuda a (NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA o RELACIÓN) en las siguientes tareas o actividades (Rodear SI o NO):

- 20a.** Las tareas domésticas (limpiar, planchar, hacer la comida,...) 0.NO 1.SI
- 20b.** Las actividades cotidianas (salir a la calle, compras, gestiones ir al médico,...) 0.NO 1.SI
- 20c.** Cuidados personales diarios (bañarse o ducharse, asearse, vestirse, comer,...) 0.NO 1.SI

21. EN LA ACTUALIDAD... (Rodear SI o NO):

21a.	¿Utiliza la ayuda de algún Centro de Día, para cuidar a su familiar?	0.NO	1.SI
21b.	¿Utiliza la ayuda a domicilio (o asistenta remunerada), para cuidar a su familiar?	0.NO	1.SI
21c.	¿Utiliza la Telealarma o Teleasistencia?	0.NO	1.SI
21d.	¿Utiliza la Estancia temporal en residencias?	0.NO	1.SI
21e.	¿Recibe ayuda de familiares para cuidar a su familiar?	0.NO	1.SI
21f.	¿Recibe ayuda de amigos y/o vecinos para cuidar a su familiar?	0.NO	1.SI

**Si ha contestado a la opción No a todos los ítems 21 Pasar al ítem 23.
Si ha contestado cualquier otra opción Pasar al ítem 22**

22. Respecto a estas ayudas, (ya sean familiares, amigos, vecinos u otros), ¿cómo valora esa ayuda?

- 0. De ninguna utilidad
- 1. De alguna utilidad
- 2. De gran utilidad

23. ¿Recibe ayudas económicas institucionales?

- 0. No
- 1. Sí (indicar tipo de ayuda: _____)

SITUACION LABORAL

Ahora voy a hacerle unas preguntas acerca de su situación laboral.

24. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- 0. Trabajador/a en activo (**Pasar al ítem 27**)
- 1. Baja temporal
- 2. Parado/a
- 3. Amo/a de casa
- 4. Jubilado/a
- 5. En excedencia
- 6. Discapacidad o reconocimiento incapacidad

- 7. Estudiante
- 8. Otras _____

Si ha contestado a la opción 0 (trabajador en activo) Pasar al ítem 27.
Si ha contestado cualquier otra opción Pasar al ítem 25

25. ¿Ha trabajado anteriormente?

- 0. No **(Pasar al ítem 34)**
- 1. Sí

26. ¿Por qué dejó de trabajar?

- 0. Motivación propia (pasar más tiempo con el familiar, disponer de más tiempo para sí mismo,...)
- 1. Razones externas (despido, fin de contrato, jubilación, problemas laborales,...)
- 2. Una mezcla de motivación propia y razones externas
- 3. Otras (especificar): _____

27. ¿Qué trabajo desempeña en la actualidad o desempeñó por última vez?
 (especificar lo más detallado posible)

28. ¿Cuánto tiempo lleva o llevaba desempeñando ese trabajo? (Indicar número de años)

_____ (años)

29. ¿Qué dedicación tiene o tenía en ese trabajo?

- 0. Trabajo a tiempo completo
- 1. Trabajo a tiempo parcial (indicar número de horas semanales: _____)
- 2. Trabajo a tiempo completo por temporadas (indicar número de horas semanales: _____)
- 3. Trabajo a tiempo parcial por temporadas
- 4. Otras _____

30. EN RELACIÓN A SU TRABAJO, EN ALGUN MOMENTO POR EL HECHO DE SER CUIDADOR... (Rodear SI o NO):

30a.	¿Ha tenido o tuvo que reducir su horario de trabajo?	0.NO	1.SI
30b.	¿Ha tenido o tuvo que aumentar su horario de trabajo?	0.NO	1.SI
30c.	¿Ha tenido o tuvo que cambiar su turno de trabajo?	0.NO	1.SI
30d.	¿Ha disminuido o disminuyó su remuneración?	0.NO	1.SI
30e.	¿Ha llegado o llegó tarde al trabajo?	0.NO	1.SI
30f.	¿Ha faltado o faltó al trabajo?	0.NO	1.SI
30g.	¿Ha tenido o tuvo que rechazar algún ascenso o traslado?	0.NO	1.SI

30h.	¿Ha tenido o tuvo que rechazar o abandonar algún curso de formación?	0.NO	1.SI
30i.	¿Ha tenido o tuvo que ausentarse del trabajo de manera imprevista para atender a su familiar?	0.NO	1.SI
30j.	¿Ha tenido o tuvo interrupciones telefónicas frecuentes sobre asuntos relativos al cuidado de su familiar?	0.NO	1.SI
30k.	¿Ha solicitado o solicitó algún permiso temporal para poder cuidar a su familiar?	0.NO	1.SI
30l.	¿Ha tenido o tuvo problemas o discusiones con sus compañeros o superiores?	0.NO	1.SI
30m.	¿Ha tenido o tuvo algún otro tipo de dificultades? (Especificar) _____	0.NO	1.SI
30n.	¿Ha decidido o decidió empezar a trabajar?	0.NO	1.SI

31. ¿Con qué frecuencia piensa/pensaba en renunciar a su trabajo para centrarse en el cuidado de (NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA o RELACIÓN)?

- 0. Nunca
- 1. Algunas veces
- 2. Frecuentemente
- 3. Todo el tiempo

32. ¿En qué medida tiene o tuvo problemas para compatibilizar el cuidado de (NOMBRE DE LA PERSONA QUE CUIDA o RELACIÓN) y su trabajo?

- 0. Ninguno
- 1. Algunos
- 2. Bastantes
- 3. Muchos

**Si el cuidador/a TRABAJA EN LA ACTUALIDAD Pasar al ítem 33.
De lo contrario Pasar al ítem 34.**

33. En caso de que no existiese ninguna necesidad económica ¿qué probabilidad tendría usted de seguir trabajando?

- 0. Ninguna
- 1. Alguna
- 2. Bastante
- 3. Mucha

MOMENTO ACTUAL

Por último, voy a hacerle algunas preguntas acerca de su propio estado actual

34. Desde que Vd. cuida a (NOMBRE DE LA PERSONA CUIDADA O RELACIÓN):

34a. ¿Acude al médico para tratar sus propios problemas de salud...?

- 0. Menos que antes
- 1. Igual que antes
- 2. Más que antes

34b. ¿Duerme...?

- 0. Menos que antes
- 1. Igual que antes
- 2. Más que antes

34c. ¿Hace ejercicio físico...?

- 0. Menos que antes
- 1. Igual que antes
- 2. Más que antes

34d. ¿Toma medicamentos...?

- 0. Menos que antes
- 1. Igual que antes
- 2. Más que antes

34e. ¿Dedica tiempo a actividades de ocio...?

- 0. Menos tiempo que antes
- 1. El mismo tiempo que antes
- 2. Más tiempo que antes

35. ¿En la actualidad utiliza algún tipo de psicofármaco (tranquilizantes, pastillas para dormir, barbitúricos, valium, ansiolíticos...)?

- 0. No (Dar por finalizada la entrevista)
- 1. Sí (indicar cuáles: _____ (Pasar al ítem 35a.)

35a. ¿Con qué frecuencia lo utiliza?

- 0. Una o menos veces al mes
- 1. 2-4 veces al mes
- 2. 2-3 veces por semana
- 3. 4 o más veces por semana

35b. ¿Desde hace cuánto tiempo? _____ (meses)

B. CUESTIONARIO DE SARANSON

Ahora le voy a hacer unas preguntas acerca de las personas de su medio que le aportan ayuda o apoyo. Cada pregunta tiene dos partes. En la primera parte debe indicar todas las personas que conoce, excluyéndose a sí mismo y con las que puede contar para ayudarlo o apoyarlo en la forma que se describe.

En la segunda parte, indique el grado de satisfacción que siente con el apoyo total que tiene.

Si en una pregunta no tiene ningún apoyo, indíquelo, pero aun así manifieste el grado de satisfacción. No relate más de nueve personas por pregunta.

1. ¿Con quién puede contar realmente que sea de confianza cuando necesita ayuda?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Grado de satisfacción?

6.- Muy satisfecho	5.- Bastante satisfecho	4.- Algo satisfecho	3.- Algo insatisfecho	2.- Bastante insatisfecho	1.- Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------	---------------------------	----------------------

2. ¿Con quién puede contar realmente para recibir ayuda o sentirse más relajado cuando se halla en tensión?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Grado de satisfacción?

6.- Muy satisfecho	5.- Bastante satisfecho	4.- Algo satisfecho	3.- Algo insatisfecho	2.- Bastante insatisfecho	1.- Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------	---------------------------	----------------------

3. ¿Quién le acepta totalmente, incluyendo tanto sus cualidades mejores como peores?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Grado de satisfacción?

6.- Muy satisfecho	5.- Bastante satisfecho	4.- Algo satisfecho	3.- Algo insatisfecho	2.- Bastante insatisfecho	1.- Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------	---------------------------	----------------------

4. ¿Con quién puede contar realmente para ocuparse de usted, independientemente de lo que ocurra?

Nadie 1) 4) 7)
 2) 5) 8)
 3) 6) 9)

¿Grado de satisfacción?

6.- Muy satisfecho	5.- Bastante satisfecho	4.- Algo satisfecho	3.- Algo insatisfecho	2.- Bastante insatisfecho	1.- Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------	---------------------------	----------------------

5. ¿Con quién puede contar para ayudarle a sentirte mejor cuando se encuentra decaído?

Nadie 1) 4) 7)
 2) 5) 8)
 3) 6) 9)

¿Grado de satisfacción?

6.- Muy satisfecho	5.- Bastante satisfecho	4.- Algo satisfecho	3.- Algo insatisfecho	2.- Bastante insatisfecho	1.- Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------	---------------------------	----------------------

6. ¿Quién cree que puede consolarle cuando está muy disgustado?

Nadie 1) 4) 7)
 2) 5) 8)
 3) 6) 9)

¿Grado de satisfacción?

6.- Muy satisfecho	5.- Bastante satisfecho	4.- Algo satisfecho	3.- Algo insatisfecho	2.- Bastante insatisfecho	1.- Muy insatisfecho
--------------------	-------------------------	---------------------	-----------------------	---------------------------	----------------------

C. GDS

Indique el estadio en el que se encuentra su familiar

ESTADIO	FASE CLÍNICA	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
1. Ausencia de déficit cognoscitivo	Normal	No hay deterioro cognoscitivo subjetivo ni objetivo
2. Déficit cognoscitivo muy leve	Deterioro cognitivo asociado a la edad	Quejas de pérdida de memoria fundamentalmente en la ubicación de los objetos, nombres familiares, citas... No se objetiva déficit en la entrevista clínica ni en su medio sociolaboral
3. Déficit cognoscitivo leve	Confusión precoz	Manifestación temprana en más de un área: <ul style="list-style-type: none"> • Desorientación espacial • Evidencia de bajo rendimiento laboral • Los familiares detectan su dificultad para recordar nombres • Olvida la ubicación de objetos de valor • El déficit de concentración es evidente para el clínico • Ansiedad leve o moderada • Se inicia la negación como mecanismo de defensa
4. Déficit cognoscitivo moderado	Demencia leve	Déficits manifiestos: <ul style="list-style-type: none"> • Olvido de hechos cotidianos o recientes • Puede presentar déficit en la memoria de su historia personal • Dificultad de concentración evidente en operaciones de resta • Incapacidad para planificar viajes, vida sociolaboral o realizar tareas complejas • Embotamiento o labilidad afectiva • Mecanismo de negación domina el cuadro • Conserva la orientación en tiempo y persona, el reconocimiento de rostros familiares y la capacidad de viajar a lugares conocidos

ESTADIO	FASE CLÍNICA	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
5. Déficit cognoscitivo moderadamente grave	Demencia moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Necesita asistencia en determinadas áreas (no necesita ayuda para el aseo y comida pero sí para seleccionar sus ropas) • Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana • Con frecuencia está desorientado temporo-espacialmente • Es capaz de retener su nombre y los de su cónyuge e hijos
6. Déficit cognoscitivo grave	Demencia moderadamente grave	<ul style="list-style-type: none"> • Olvida el nombre del cónyuge y los sucesos recientes • Retiene algunos datos del pasado • Hay desorientación temporo-espacial • Puede necesitar asistencia en actividades de la vida diaria y presentar incontinencia • Recuerda su nombre y distingue a los familiares de los desconocidos • Hay trastornos del ritmo diurno • Presenta cambios en la personalidad y la actividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad, abulia cognoscitiva)
7. Déficit cognoscitivo muy grave	Demencia grave	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida total de las capacidades verbales (el lenguaje puede quedar reducido a gritos, gruñidos...) • Incontinencia urinaria • Necesidad de asistencia en el aseo personal • Pérdida de las funciones psicomotoras • Con frecuencia se observan signos neurológicos

D. ÍNDICE DE KATZ

Para cada función de esta lista indique la descripción que corresponda. (La palabra “ayuda” significa supervisión, dirección o ayuda personal)

1. Bañarse:(con esponja, en bañera o ducha)

0 No recibe ayuda (entra y sale de la bañera sin ayuda)

0 Recibe ayuda para lavar una sola parte del cuerpo (como la espalda o una pierna)

1 Recibe ayuda para más de una parte del cuerpo (o no se baña)

2. Vestirse:(coge la ropa de armarios y cajones: incluye ropa interior, complementos y abrocharse los botones, e incluye pulseras si las usa)

0 Coge la ropa y se viste completamente sin ayuda

0 Coge la ropa y se viste sin ayuda, pero la recibe para atarse los zapatos

1 Recibe ayuda para coger la ropa o para vestirse, o permanece sin vestir parcial o completamente

3. Ir al servicio:(ir al cuarto de baño para la eliminación de orina y heces, limpiarse tras la eliminación y arreglarse la ropa)

0 Va al aseo, se limpia y se arregla la ropa sin ayuda (puede usar ayudas para apoyarse, como un bastón, andador o silla de ruedas y puede utilizar una cuña u orinal por la noche, vaciándolo por la mañana)

0 Recibe ayuda para ir al servicio, para limpiarse o para arreglarse la ropa tras la eliminación o uso nocturno de la cuña o el orinal

1 No va al servicio para el proceso de eliminación

4. Levantarse:

0 Se levanta, sienta y acuesta en la cama o la silla sin ayuda (puede usar ayuda para apoyarse como un bastón o un andador)

1 Se sienta, levanta o acuesta en la cama y la silla con ayuda

1 No se levanta de la cama

5. Continencia:

0 Controla la micción y la defecación por sí mismo completamente

1 Tiene “accidentes” ocasionales

1 Supervisado para ayudar a mantener el control de la micción o la defecación: utiliza sonda o es incontinente

6. Comida:

0 Se alimenta sin ayuda

0 Se alimenta solo, necesita ayuda para cortar la carne o untar el pan

1 Recibe ayuda para comer o se alimenta parcial o totalmente mediante sonda o por vía parenteral

Anexo 2. Batería Autoaplicada

CÓDIGO



El siguiente material es parte de un estudio que está realizando la Universidad Complutense de Madrid. El objetivo de esta investigación es conocer mejor su estado emocional y su situación como cuidador de un familiar mayor dependiente.

Para ello, le pedimos su colaboración, rogándole que sea lo más sincero posible en sus respuestas. Sólo de esta forma podremos obtener datos reales sobre la situación que viven personas que, cómo usted, son responsables del cuidado de un ser querido con autonomía limitada. Por favor responda a todas las hojas y preguntas.

Como puede observar no se le pregunta el nombre, ni ningún dato de identificación personal. Los cuestionarios son anónimos y la información obtenida a través de ellos será tratada en su conjunto y con la debida confidencialidad.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

DATOS A COMPLETAR POR EL EVALUADOR:

Nombre del evaluador.....

Nombre del centro.....

Fecha..... *Revisada*

A. RMBPC

A continuación aparece un listado de problemas que los pacientes tienen en ocasiones. Por favor indique si alguno de estos problemas ha aparecido, lo ha presentado su familiar **DURANTE LA PASADA SEMANA**. Si es así, ¿cuánto le preocupa o molesta cuando ocurre? Utilice las siguientes escalas para indicar la frecuencia del problema y su reacción ante el mismo. Por favor, lea la descripción y las escalas atentamente.

ESCALA DE FRECUENCIA

- 0 = No ha ocurrido nunca
- 1 = No ha ocurrido en la semana pasada
- 2 = 1 o 2 veces en la semana pasada
- 3 = 3 a 6 veces en la semana pasada
- 4 = Diariamente o más a menudo
- 9 = No sabe / no se aplica

ESCALA DE REACCIÓN

¿Cuánto le preocupa o le molesta?

- 0 = Nada
- 1 = Un poco
- 2 = Moderadamente
- 3 = Mucho
- 4 = Extremadamente
- 9 = No sabe / No se aplica

Por favor, conteste todas las preguntas que aparecen a continuación. Rodee con un círculo el número de 0-9 para **AMBAS ESCALAS, frecuencia y reacción**.

	Frecuencia	Reacción
1. Preguntar lo mismo una y otra vez	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
2. Problemas para recordar acontecimientos recientes (p. ej. Noticias del periódico o la tele)	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
3. Problemas para recordar acontecimientos pasados significativos	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
4. Perder o extraviar objetos	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
5. Olvidar qué día es	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
6. Comenzar, pero no finalizar, cosas	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
7. Dificultad para concentrarse en una tarea	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
8. Destruir objetos	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
9. Hacer cosas que le resultan embarazosas a usted	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
10. Despertarle a usted u otros miembros de la familia durante la noche	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
11. Hablar en alto y rápidamente	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
12. Parecer ansioso o preocupado	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
13. Implicarse en conductas potencialmente peligrosas para sí mismo o para los demás	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
14. Amenazas de herirse	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
15. Amenazas de herir a otras personas	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
16. Agresividad verbal hacia los demás	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
17. Parecer triste o deprimido	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
18. Expresar sentimientos de desesperanza o tristeza acerca del futuro (p. ej. "Nunca sucede nada que merezca la pena", "Nunca hago nada bien")	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
19. Lamentarse y llorar	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
20. Comentarios sobre su propia muerte o la de otros (p. ej. "La vida no merece la pena vivirla", "Estaría mejor muerto")	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
21. Hablar sobre sentimientos de soledad	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
22. Comentarios sobre sentirse inútil o ser una carga para los demás	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
23. Comentarios sobre sentimientos de fracaso o sobre no haber logrado nada valioso en la vida	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9
24. Discusiones, irritabilidad y/o quejas	0 1 2 3 4 9	0 1 2 3 4 9

B. CBI

A continuación se presentan una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, indique **CON QUÉ FRECUENCIA SE SIENTE USTED DE ESA MANERA**, escogiendo entre NUNCA, CASI NUNCA, A VECES, FRECUENTEMENTE y CASI SIEMPRE. No existen respuestas correctas o incorrectas.

- 1 = NUNCA
- 2 = CASI NUNCA
- 3 = A VECES
- 4 = FRECUENTEMENTE
- 5 = CASI SIEMPRE

CON QUÉ FRECUENCIA (rodee con un círculo la opción elegida)

1. ¿Siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?..... 1 2 3 4 5
2. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo/a? 1 2 3 4 5
3. ¿Se siente estresado/a al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades? (Ej.: con su familia o en el trabajo)..... 1 2 3 4 5
4. ¿Se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familiar?..... 1 2 3 4 5
5. ¿Se siente irritado/a cuando está cerca de su familiar?..... 1 2 3 4 5
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?..... 1 2 3 4 5
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?..... 1 2 3 4 5
8. ¿Siente que su familiar depende de usted? 1 2 3 4 5
9. ¿Se siente agotado/a cuando tiene que estar junto a su familiar?..... 1 2 3 4 5
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar? 1 2 3 4 5
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?..... 1 2 3 4 5
12. ¿Cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?..... 1 2 3 4 5
13. ¿Se siente incómodo/a por invitar a amigos a casa, a causa de su familiar..... 1 2 3 4 5
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar? 1 2 3 4 5
15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos? 1 2 3 4 5
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?..... 1 2 3 4 5
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó? 1 2 3 4 5
18. ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otra persona?..... 1 2 3 4 5
19. ¿Se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar?..... 1 2 3 4 5
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?..... 1 2 3 4 5
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?..... 1 2 3 4 5
22. En general ¿se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar a su familiar?..... 1 2 3 4 5

C. O W S

A continuación se presentan una serie de afirmaciones sobre el nivel de energía y tiempo que le lleva hacer lo que tiene que hacer, y sobre pensamientos y emociones que en ocasiones tienen las personas cuidadoras. Por favor, lea atentamente cada una de ellas, e indique **EN QUÉ MEDIDA CADA UNA DE ESTAS AFIRMACIONES LO/A DESCRIBEN**, teniendo en cuenta que...

1=NADA 2=ALGO 3=BASTANTE 4=COMPLETAMENTE

1. Me siento agotado/a cuando me acuesto por la noche	1	2	3	4
2. Tengo que hacer más cosas de las que soy capaz de manejar	1	2	3	4
3. No tengo tiempo para mí mismo/a	1	2	3	4
4. Me esfuerzo mucho como cuidador/a pero parece que no logro nada	1	2	3	4
5. Me gustaría ser libre para poder hacer todo aquello que deseo	1	2	3	4
6. Me siento atrapado/a por la enfermedad de mi familiar	1	2	3	4
7. Me gustaría poder huir	1	2	3	4

A continuación se presentan una serie de afirmaciones. Por favor, lea atentamente cada una de ellas, e indique **CON QUÉ FRECUENCIA ESTAS AFIRMACIONES HAN SIDO VERDADERAS PARA USTED DURANTE EL ÚLTIMO MES**, teniendo en cuenta que...

1=NUNCA 2=ALGUNAS VECES 3=FRECUENTEMENTE 4=TODO EL TIEMPO

8. Me preocupo por mi familiar	1	2	3	4
9. Tengo dificultades para concentrarme en una actividad a causa de pensamientos relacionados con mi familiar	1	2	3	4
10. Organizo el cuidado de mi familiar	1	2	3	4
11. El esfuerzo físico que debo realizar es mayor del que puedo soportar	1	2	3	4
12. Me siento más y más tenso/a a medida que pasa el día	1	2	3	4
13. Me gustaría tener más tiempo libre durante el día	1	2	3	4
14. No sé qué va a suceder de una hora a la siguiente	1	2	3	4
15. Siento que si las cosas continúan de esta manera, no podré ser capaz de seguir cuidando a mi familiar en casa	1	2	3	4

D. CES-D

A continuación se presentan una serie de frases que describen como usted podría haberse sentido. Por favor, lea atentamente cada una de ellas y, a continuación, señale con qué frecuencia se ha sentido de esa manera **DURANTE LA SEMANA PASADA**. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre:

- 0 = RARAMENTE O NINGUNA VEZ (Menos de un día)**
1 = ALGUNA VEZ O POCAS VECES (1-2 días)
2 = OCASIONALMENTE O EN UNA CANTIDAD MODERADA (3-4 días)
3 = LA MAYOR PARTE O TODO EL TIEMPO (5-7 días)

	RARAMENTE O NINGUNA VEZ	ALGUNA O POCAS VECES	OCASIONALMENTE O EN UNA CANTIDAD MODERADA	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO O TODO EL TIEMPO
1. Me molestaron cosas que habitualmente no me molestan	0	1	2	3
2. No me sentía con ganas de comer; no tenía apetito	0	1	2	3
3. Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza, aun con la ayuda de mi familia o amigos	0	1	2	3
4. Me sentía tan buena persona como cualquier otra	0	1	2	3
5. Tenía dificultades para mantener la concentración en lo que estaba haciendo	0	1	2	3
6. Me sentía deprimido/a	0	1	2	3
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo	0	1	2	3
8. Me sentía optimista sobre el futuro	0	1	2	3
9. Pensé que mi vida había sido un fracaso	0	1	2	3
10. Me sentía con miedo	0	1	2	3
11. Mi sueño era inquieto	0	1	2	3
12. Estaba contento/a	0	1	2	3
13. Hablé menos de lo habitual	0	1	2	3
14. Me sentí solo/a	0	1	2	3
15. La gente era hostil	0	1	2	3
16. Disfruté de la vida	0	1	2	3
17. Pasé ratos llorando	0	1	2	3
18. Me sentí triste	0	1	2	3
19. Sentía que no le caía bien a la gente	0	1	2	3
20. No tenía ganas de hacer nada	0	1	2	3

E. PANAS

Responda a las siguientes preguntas sobre cómo se ha sentido en el **ÚLTIMO MES**. Por favor, lea cada una con detenimiento y **RODEE** con un **CÍRCULO** el número que en cada una se ajuste mejor al grado en que se ha sentido conforme al siguiente criterio:

- 1=NADA O MUY LIGERAMENTE
- 2=UN POCO
- 3=MODERADAMENTE
- 4=BASTANTE
- 5=MUCHO

	NADA O MUY LIGERAMENTE	UN POCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	MUCHO
1. Interesado/a por las cosas	1	2	3	4	5
2. Angustiado/a	1	2	3	4	5
3. Ilusionado/a-Emocionado/a	1	2	3	4	5
4. Afectado/a	1	2	3	4	5
5. Fuerte	1	2	3	4	5
6. Culpable	1	2	3	4	5
7. Asustado/a	1	2	3	4	5
8. Agresivo/a	1	2	3	4	5
9. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
10. Satisfecho/a consigo mismo/a	1	2	3	4	5
11. Irritable	1	2	3	4	5
12. Despierto/a	1	2	3	4	5
13. Avergonzado/a	1	2	3	4	5
14. Inspirado/a	1	2	3	4	5
15. Nervioso/a	1	2	3	4	5
16. Decidido/a	1	2	3	4	5
17. Concentrado/a	1	2	3	4	5
18. Agitado/a	1	2	3	4	5
19. Activo/a	1	2	3	4	5
20. Miedoso/a	1	2	3	4	5

Si Vd. **SI ESTÁ TRABAJANDO**, conteste la siguiente sección.

Si Vd. **NO TRABAJA EN LA ACTUALIDAD**, puede dar por finalizada la evaluación.

F. WCRC

A continuación se presentan una serie de afirmaciones. Por favor, lea atentamente cada una de ellas y, a partir de su propia experiencia señale su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su situación laboral en los **ÚLTIMOS DOS MESES**, y considerando que...

1= MUY EN DESACUERDO

2= EN DESACUERDO

3= DE ACUERDO

4= MUY DE ACUERDO

	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
1. He disfrutado de mi trabajo	1	2	3	4
2. He sentido que mi trabajo me ha proporcionado un descanso del cuidado	1	2	3	4
3. He sentido que he tenido éxito en mi trabajo	1	2	3	4
4. El trabajo ha sido para mi una fuente de satisfacción	1	2	3	4
5. He sentido que tenía muy poca energía para desempeñar mi trabajo	1	2	3	4
6. He faltado al trabajo demasiados días	1	2	3	4
7. He estado insatisfecho/a con la calidad de mi trabajo	1	2	3	4
8. He estado preocupado/a por mi familiar durante el trabajo	1	2	3	4
9. He recibido llamadas telefónicas sobre o de mi familiar que me han interrumpido en el trabajo	1	2	3	4

Anexo 3. Consentimiento Informado

HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Complutense de Madrid, está efectuando un estudio titulado “**Conciliación de la vida laboral y el cuidado de mayores dependientes**”, cuyo objetivo es avanzar en el conocimiento del efecto de su situación laboral en el estado emocional de los cuidadores. Para la realización de este estudio estamos evaluando a personas que, como usted, son responsables del cuidado de un familiar mayor con autonomía limitada.

Si decide participar le realizaremos una serie de preguntas de carácter absolutamente confidencial y que no le comprometen en nada. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas o intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si en cualquier momento desea abandonar la evaluación puede hacerlo, sin que ello le perjudique de forma alguna y sin que tenga que dar ningún tipo de explicación. Igualmente, si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto puedo contactar a María Crespo (profesora titular del Dpto. de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid) en la siguiente dirección: mcrespo@psi.ucm.es

Yo,.....(nombre y apellidos),

- He sido informado por el evaluador:
- He leído la Hoja de Información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el Proyecto de Investigación: “Conciliación de la vida laboral y el cuidado de mayores dependientes”
- He recibido suficiente información sobre dicho Proyecto.
- Comprendo que mi participación es **voluntaria**.
- Comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cuanto quiera y sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación.

Fecha: _____ de _____ de _____

La Universidad Complutense de Madrid garantiza que todos los datos personales y/o de sus familiares representados facilitados por el titular serán tratados con la mayor confidencialidad y en la forma y con las limitaciones previstas en la LOPD y demás normativa aplicable.

El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten en virtud de la normativa antes citada y especialmente de la posibilidad de ejercer gratuitamente los derechos de acceso a la información que nos haya facilitado y de la rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento que lo desee.

Para ello debe dirigirse por escrito bien por correo al Dpto de Psicología Clínica de la UCM – Facultad de Psicología- Campus de Somosaguas- 28223 Madrid o bien por e-mail a mcrespo@psi.ucm.es