

El cuidado **informal** en la Comunidad Autónoma **del País Vasco**

Análisis de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2013

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza / Departamento de Salud. Gobierno Vasco

**Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko zuzendaria /
Directora de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria**

Miren Nekane Murga Eizagaechegarria,

Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua /

Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria

Santiago Esnaola, Maite de Diego, Estibaliz

Elorriaga, Montse Calvo

Argitalpen laguntza · Colaboración en la edición:

Marta Sáez Martínez

Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Isabel Mosquera Metcalfe, Unai Martín Roncero, Isabel Larrañaga Padilla

Departamento de Sociología 2.

Opik-Ikerketa Taldea

Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico

Traducción:

IVAP. Instituto Vasco de Administración Pública

Servicio Oficial de Traductores (IZO).

Autorización de uso:

Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial, siempre que se haga referencia al documento.

Cita sugerida:

Mosquera, I., Martín, U., Larrañaga, I.

El cuidado informal en la Comunidad Autónoma del País Vasco

Análisis de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2013

Edición: Enero 2018

I.S.B.N.:978-84-697-7328-4

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Salud

Internet: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/enc_salud_2013_publicaciones/es_def/adjuntos/cuidados.pdf

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	4
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. EL CONCEPTO DE CUIDADO	5
1.2. LA PROVISIÓN DE CUIDADO	6
1.3. REPERCUSIONES DEL CUIDADO SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LA PERSONA CUIDADORA	8
2. LAS NECESIDADES DE CUIDADO EN LA CAPV	10
2.1. ¿CUÁNTAS PERSONAS RESIDENTES EN VIVIENDAS NECESITAN CUIDADO?	10
2.2. ¿QUÉ PERFIL TIENEN ESTAS PERSONAS?	11
2.3. ¿QUÉ VARIABLES ESTÁN RELACIONADAS CON NECESITAR CUIDADO?	13
2.4. ¿QUIÉN CUIDA DE ESTAS PERSONAS?	16
3. LAS PERSONAS QUE PRESTAN CUIDADO INFORMAL	18
3.1. ¿CUÁNTAS PERSONAS CUIDAN DE UNA PERSONA DEPENDIENTE?	18
3.2. ¿QUÉ PERFIL TIENEN ESTAS PERSONAS CUIDADORAS?	19
3.3. ¿QUÉ VARIABLES ESTÁN RELACIONADAS CON SER UNA PERSONA CUIDADORA?	23
3.4. ¿CUÁL ES EL IMPACTO DEL CUIDADO SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR?	29
4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	50
5. BIBLIOGRAFÍA	52
6. ANEXO – METODOLOGÍA	58

PRESENTACIÓN

Cuidar interfiere en la vida familiar, laboral y social, y en el bienestar de la persona cuidadora, observándose una desigualdad de género en la distribución de tareas y responsabilidades, de manera que la carga del trabajo de cuidado recae fundamentalmente sobre las mujeres. Esto se traduce en una desigualdad en la salud de los hombres y las mujeres cuidadores/as informales, describiéndose efectos positivos, pero sobre todo negativos, los cuales tendrán su reflejo en el bienestar futuro de la población cuidadora o, en su caso, en su propia dependencia.

Diversas estructuras sociales contribuyen, directa o indirectamente, a sostener esta desigual distribución y ahondar en las inequidades en salud. El sistema sanitario no es una excepción y muchas de sus respuestas pueden reforzarlas, al inducir y responsabilizar a las mujeres del cuidado de otras personas del grupo familiar y excluir o no implicar a los hombres en igual medida (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Esta preocupación queda patente en el Plan de Salud de Euskadi 2013-2020 que incluye entre sus acciones estrategias para minimizar el impacto del cuidado, así como para incorporar la perspectiva de género en todos los programas de formación dirigidos al personal de salud (Departamento de Salud, Gobierno Vasco, 2014).

En tanto que el sistema de cuidados conforma un importante determinante de la salud, este informe pretende, desde una perspectiva de género, profundizar en su conocimiento y en el análisis del estado de salud de las personas implicadas en los procesos de cuidado informal en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

Con este fin, la Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV) 2013 amplió el número de preguntas específicas sobre este tema con respecto a las ediciones anteriores. En este estudio se analiza la situación del cuidado en la dependencia entendida como permanente, revisándose las características sociodemográficas y los determinantes de la salud de los miembros de la díada persona cuidadora-persona cuidada, y las características de este cuidado. Además, se estudia el impacto del cuidado sobre los determinantes de la salud en la persona cuidadora informal. Este análisis de la situación en la CAPV es indispensable para la elaboración de las políticas destinadas a reducir las desigualdades de género en la salud de la población cuidadora. Asimismo, este estudio contribuirá a cuidar y atender de una mejor manera a las personas que prestan cuidados.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. EL CONCEPTO DE CUIDADO

El concepto de cuidado ha ampliado sus significados en los últimos años y ha pasado de ser considerado fundamentalmente como la atención a las personas dependientes, a representar el trabajo imprescindible para cubrir las necesidades que todas las personas requieren para el mantenimiento y sostenibilidad de su vida (Division for the Advancement of Women. United Nations, 2008). Engloba, por tanto, el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas, siendo dichas necesidades cambiantes a lo largo de la vida (Comas, 2014).

El cuidado es una construcción social en la que se mezclan amor y deber, afecto y obligación moral, y en la que se atribuye a la familia la responsabilidad del cuidado de sus miembros (Comas, 2014), que en algunos países de Europa constituye además una obligación legal (Simonazzi, 2009). Pero la responsabilidad del cuidado no se distribuye de forma homogénea entre los miembros de la familia, el género se señala como el elemento más importante cuando se trata de definir las personas que cuidan. La poca implicación masculina en el trabajo reproductivo familiar evidenciada por múltiples estudios (Barker, 2009) es uno de los signos más visibles de la desigualdad de género en el cuidado y es también uno de los factores que más contribuyen a la sobrecarga de las personas que cuidan, con el consecuente impacto en su salud y calidad de vida (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Así pues, la organización social del cuidado se sustenta en la tradicional distribución de los roles de género, según la cual, los hombres se orientan hacia lo público y el trabajo remunerado (trabajo productivo), y las mujeres se encargan principalmente de mantener el bienestar, esto es, el trabajo reproductivo (trabajo doméstico, cuidados informales y mantenimiento de redes sociales) (Artazcoz et al., 2007; Cerri y Alamillo-Martínez, 2012; Borrell et al., 2014). Los hombres al estar más libres de tiempo y responsabilidades familiares acceden más fácilmente al mercado, espacio al que se le concede un valor y reconocimiento social, mientras el trabajo femenino, circunscrito al ámbito de lo doméstico, es menos visible y de menor valor (Artazcoz et al., 2007).

Ello explica que el cambio de roles de género con la incorporación masiva de las mujeres al espacio público, junto al envejecimiento demográfico de la población, el descenso de la tasa de fecundidad, las modificaciones en los modelos de convivencia (Carrasco, 2013; Comas, 2014) y la incapacidad o no disposición para pensar en un cambio de modelo de organización de cuidados haya desembocado en lo que se conoce como *crisis de los cuidados* (Orozco, 2007; Carrasco, 2013). Esta crisis resulta en una redistribución de las responsabilidades sobre los cuidados y la sostenibilidad de la vida, y una reorganización de los trabajos de asistencia (Pérez, 2006). Pero, incluso en aquellos casos en que se externalizan parte de los cuidados a un familiar, siguen siendo mujeres, en muchos casos inmigrantes, las que llevan a cabo estos trabajos, formando así parte de las *cadenas globales de cuidados*, es decir, cadenas transnacionales en las que se transfieren trabajos de cuidados de unos a otros en base a ejes de poder, entre ellos el género, la etnia, la clase social y el lugar de procedencia (Orozco, 2007).

Las necesidades de cuidados pueden verse atendidas de manera formal e informal, diferenciándose así dos tipos de cuidado. El *cuidado formal* es desempeñado por profesionales a cambio de una retribución y en base a una relación contractual (IMSERSO, 2010). Se habla de *cuidado informal* cuando la asistencia es dispensada por una persona, familiar o no, de manera no remunerada, excluyéndose aquella realizada por voluntariado y organizaciones de ayuda mutua. A pesar de la prestación económica implementada por la Ley de dependencia para quienes son atendidos por personas de su entorno familiar, esta asistencia sigue siendo considerada como cuidado informal y familiar (García y Del Río, 2012). Se distingue, por tanto, entre *personas cuidadoras profesionales o formales* y *personas cuidadoras no profesionales o informales*.

Si bien es cierto que se precisan cuidados a lo largo de toda la vida (Comas, 2014), la necesidad es más acusada en los casos de dependencia, entendida esta en un sentido amplio. Es decir, la dependencia no se limita solo a aquellas personas que presentan una situación que hace que necesiten de manera permanente de la asistencia de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o de otros apoyos para su autonomía personal (Ley 39/2006), sino que incluye, también, a aquellas personas que lo precisan temporalmente, caso de los/las menores. Sin embargo, el significado que tiene cuidar para la persona cuidadora es distinto ante los cuidados descritos. El cuidado de menores se asume de manera voluntaria, a menudo se planifica y está limitado en el tiempo, algo que no sucede en el cuidado de personas con dependencia permanente.

La provisión de cuidado de personas dependientes incluye tareas de apoyo material o instrumental, apoyo informativo o estratégico, y apoyo emocional (Rogero, 2010), además de otras actividades como el acompañamiento. El apoyo material consiste en la asistencia en la realización de actividades de la vida diaria que no puede hacer la persona dependiente por sí misma. Estas actividades pueden ser básicas (por ejemplo, autocuidado) o instrumentales (caso de las tareas domésticas) (IMSERSO, 2005a). Frecuentemente el cuidador/a actúa como intermediario/a de la persona cuidada con los recursos externos. Esto, junto con la ayuda en la resolución de problemas concretos, constituye lo que se entiende por apoyo informativo o estratégico. Por último, la interdependencia emocional que existe entre los miembros de la diada explica la necesidad del apoyo emocional (Rogero, 2010).

1.2. LA PROVISIÓN DE CUIDADO

A lo largo del tiempo se ha observado una evolución en la consideración de en quién recae la responsabilidad de las labores de cuidado. La asunción de que no se trata únicamente de un asunto individual y familiar, sino de un problema social que precisa apoyo del Estado se ha extendido socialmente y ha promovido políticas de provisión pública de cuidados (Comas, 2014). Así, cuidar ha dejado de ser un mero asunto privado y cotidiano (aunque sigue siendo asumido y realizado fundamentalmente por el entorno familiar) para alcanzar relevancia teórica y política, en cuanto factor clave de organización social (Tobío et al., 2010).

Han sido múltiples los enfoques adoptados para tratar de clasificar los países en función de estas políticas. En los últimos años del siglo XX se categorizaron los países según *regímenes de bienestar* (en base a los principios de desmercantilización, estratificación social y mezcla privada-pública de provisión del bienestar) (Bambra, 2007; Eikemo y Bambra, 2008) y según *regímenes de cuidado* (al ponerse el foco en los servicios sociales de cuidado) (Anttonen y Sippilä, 1996). Análisis posteriores han abordado el cuidado desde una visión multidimensional, considerándolo como un conjunto integrado y complejo que incluye los distintos pilares del bienestar social (la familia, el mercado, las políticas sociales y el voluntariado) (Tobío et al., 2010), surgiendo así la teoría del *cuidado social* (Daly y Lewis, 2000).

Ya en el siglo XXI, se han propuesto nuevas clasificaciones basadas en el análisis de las políticas familistas y de los recursos promovidos para mitigar la responsabilidad familiar en el cuidado, diferenciando cuatro tipos de familismo: explícito, opcional, implícito y desfamilismo (Leitner, 2003). Según esta clasificación, la CAPV cumpliría con las características del modelo opcional al contar con una situación relativamente equilibrada de provisión de cuidados, con elevada participación de los servicios sociales, alto desarrollo de las prestaciones económicas y relevante presencia de personas cuidadoras no profesionales contratadas (Martínez, 2014).

Las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar buscan alcanzar el equilibrio entre las exigencias laborales y las responsabilidades familiares, tratando de promover la igualdad entre hombres y mujeres (Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco, 2011), sin embargo, la conciliación sigue estando feminizada (Silvestre, 2012). En el caso del cuidado de menores, las políticas se centran en los permisos laborales y excedencias de madres y padres (Tobío et al., 2010), contando además con ayudas económicas a las familias con hijos/as y para la contratación de personas para el cuidado de descendientes menores (Decreto 177/2010; Decreto 31/2015). También existen la excedencia o reducción de jornada de trabajo para el cuidado de familiares en situación de dependencia o de extrema gravedad sanitaria (Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco, 2011).

En cuanto a las políticas sociales de protección a la dependencia considerada permanente, las propuestas a nivel europeo resultan de la combinación de los siguientes elementos: universalismo creciente, pero con una limitada acción del Estado garante de una financiación básica; extensa e intensa responsabilidad familiar en cuanto a cuidados; y gestión descentralizada y apoyada en el sector privado, con prestaciones tanto de empresas como del tercer sector (Rodríguez, 2007). En el Estado español la promulgación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, conocida como Ley de dependencia, supuso un hito en el ámbito de la protección social. Incluía un catálogo de servicios y de prestaciones económicas, siendo prioritaria la provisión de servicios (Ley 39/2006). Pero su implementación ha sido desigual en los distintos territorios (Consejo Económico y Social España, 2012; Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2015), siendo relevante en el caso de la CAPV, caracterizada por una concentración de prestaciones en el grupo de personas con dependencia severa, las prestaciones económicas por cuidados familiares y la prestación de servicios en centros de día/noche o residencias (Consejo Económico y Social España, 2012; Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2015).

En relación con las personas cuidadoras de dependientes permanentes, las políticas sociales establecen la existencia de una serie de servicios de apoyo, como cursos de formación, grupos de apoyo, apoyo psicológico, y atención residencial o diurna durante los fines de semana, festivos o periodos vacacionales (Ley 39/2006; Decreto Foral 29/2008; Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 185/2014).

En el caso del cuidado de menores, aunque continúa siendo una labor fundamentalmente femenina, es reseñable la creciente participación de los padres. Su implicación, no obstante, es selectiva, mayor en las tareas más gratificantes o relacionadas con la esfera pública (paseos, baños, juegos, etc.), mientras las labores más pesadas y monótonas, y desarrolladas en el ámbito doméstico permanecen como responsabilidades maternas (Tobío et al., 2010). Pero no son solo los/las progenitores quienes cuidan a los/las menores, también lo hace la familia extensa, especialmente los abuelos y abuelas, sobre todo en el caso de los/as nietos/as de las hijas, particularmente si estas trabajan (Tobío et al., 2010; Tobío, 2013), y su labor puede ser de colaboración ocasional o de delegación sistemática del cuidado cumpliendo muy diversas tareas (Durán, 2014). En la CAPV, entre las personas mayores de 60 años que tienen nietos/as, un 45.5 % ayudan a sus hijos/as frecuentemente (Del Barrio et al., 2010).

En cuanto al cuidado de personas dependientes, el colectivo más estudiado ha sido el de las personas cuidadoras de mayores. En este caso el sexo, la convivencia y el parentesco son las variables que determinan qué persona del núcleo familiar desempeña el rol de cuidador/a principal (García-Calvente et al., 2004). En la población española, el perfil de la persona cuidadora informal es una mujer, casada, con estudios primarios o inferiores (IMSERSO, 2005b; Pérez, 2006; Esparza, 2011), con edad media superior a 50 años (IMSERSO, 2005b; Esparza, 2011), hija o cónyuge de la persona dependiente (Esparza, 2011) y que se dedica en exclusiva al trabajo doméstico (IMSERSO, 2005b; Pérez, 2006). Sin embargo, se observa un ligero aumento de mujeres ocupadas (IMSERSO, 2005b) y de hombres jubilados o pensionistas que cuidan (IMSERSO, 2005b; Esparza, 2011).

1.3. REPERCUSIONES DEL CUIDADO SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LA PERSONA CUIDADORA

Son numerosos los marcos teóricos desarrollados para tratar de explicar las consecuencias del cuidado. La falta de adaptación a una nueva situación en la que se es responsable del cuidado de un menor o una persona dependiente puede conducir a la generación de estrés. De ahí que los *modelos generales de estrés* han sido ampliamente utilizados para explicar los impactos derivados de cuidar, específicamente los modelos transaccionales, en los cuales el estrés es un proceso dinámico en que interactúan la persona y el medio. El referente de este enfoque es la teoría de Lazarus y Folkman, según la cual la valoración cognitiva y el afrontamiento actúan como mediadores de las reacciones emocionales al estrés (Lazarus y Folkman, 1987). En el caso de los cuidados infantiles, los factores extrafamiliares (desempleo), interpersonales (ruptura de la pareja) o características del niño/a (problemas conductuales) pueden actuar como factores estresores, y el afrontamiento de los/las progenitores/as dependerá del bienestar psicológico individual del padre/madre y sus recursos personales (apoyo social, familiar, estatus económico). La manera en que se afronta la situación de estrés determina cómo se ve afectada su labor como progenitor/a (Webster-Stratton, 1990).

Las teorías explicativas del impacto de cuidar han tenido un mayor desarrollo en el caso del cuidado a personas mayores dependientes. El marco conceptual de referencia es el modelo de proceso de estrés de Pearlin (Pearlin et al., 1990), que propone la existencia de una serie de dominios interrelacionados: antecedentes y contexto actual de la persona cuidadora, estresores primarios, estresores secundarios, resultados y mediadores. Entre los estresores primarios distingue aquellos que derivan del deterioro de la persona dependiente (estresores objetivos), caso de su deterioro cognitivo, y los causados por la atención que la persona cuidadora presta (estresores subjetivos), por ejemplo, la sobrecarga del cuidador/a. En el caso de los estresores secundarios diferencia estresores de rol e intrapsíquicos. Los primeros se refieren a las consecuencias negativas que tiene el rol de cuidador/a sobre la vida familiar, social y laboral (caso de los conflictos familiares o el aislamiento social). Los segundos resultan de la proliferación de estrés, por ejemplo, la pérdida de

autoestima. Como consecuencia del estrés los resultados observados afectan al bienestar físico y mental, y a la capacidad para seguir desempeñando las labores de cuidado. Los mediadores (afrontamiento y apoyo social) actúan sobre los estresores y resultados amortiguando los efectos (Pearlin et al., 1990; Crespo y López, 2007).

Las teorías de estrés no son las únicas que se han desarrollado para explicar las consecuencias del cuidado, postulándose también las teorías de rol y de perspectiva de ciclo vital. La *teoría de rol* propone que las personas cuidadoras actúan de una manera predecible en base a sus expectativas y las condiciones sociales del rol social que se asume (Bastawrous, 2013). Puede aparecer sobrecarga de rol por no tener tiempo o recursos suficientes para cumplir sus obligaciones, y conflicto de rol cuando se vuelven incompatibles las expectativas de varios roles (Agulló, 2001; Bastawrous, 2013). Por su parte, la *teoría del ciclo vital* complementa la definición de roles familiares y no familiares considerando que los roles de la persona cuidadora cambian a lo largo del tiempo y estas modificaciones pueden comprometer la salud física y mental del cuidador/a. De acuerdo a esta teoría, las transiciones pueden ser estresantes para los individuos y familias dependiendo de si son transiciones voluntarias o no, el momento vital en que se producen o si se dan a la vez que otras transiciones (Elder, 1994; Pearlin, 2010).

El hecho de que sean las mujeres las principales cuidadoras tanto de hijos/as como de personas dependientes hace que sean ellas quienes más se ven afectadas por el desempeño de las tareas de cuidado. En la asistencia a los/las menores, cuidar tiene un coste físico debido al cansancio derivado de las tareas de cuidado (Agulló, 2001; Andrade et al., 2014), así como costes laborales por la renuncia al empleo remunerado o la reducción de jornada, que puede ser voluntario o no, o ser vivido como algo negativo o positivo, pero que en todo caso sitúa a las mujeres en la mayoría de las ocasiones como dependientes económicamente de su pareja (Agulló, 2001).

En cuanto al impacto de cuidar a personas dependientes, los estudios se centran fundamentalmente en las consecuencias del cuidado a personas mayores. Al igual que en el cuidado de menores, se señalan efectos en múltiples dimensiones de la salud y el bienestar. Así, se observan repercusiones en el ámbito psicosocial, la salud mental y emocional, y la salud física y funcional. El efecto más descrito es la sobrecarga del cuidador/a, entendida como la reacción negativa al impacto de cuidar en la situación física, psicológica, emocional, social y económica de la persona cuidadora (Kuzuya et al., 2011; Casado y Sacco, 2012; Grato et al., 2012). Los cuidadores/as reconocen un empeoramiento de su bienestar (Pimenta et al., 2009; Nardi et al., 2012), observándose modificaciones en las relaciones y la estructura familiar (Araújo et al., 2009; Larrañaga et al., 2009), aislamiento social (Bocchi et al., 2010; Gonçalves et al., 2011), menor participación laboral (Pimenta et al., 2009; Ferri et al., 2011), y peor salud mental, emocional (Pinquart y Sorensen, 2003; De Oliveira y Caldana, 2012) y física (Pinquart y Sorensen, 2003; Nardi et al., 2012) que las personas no cuidadoras, y con desigual impacto en mujeres y hombres (Larrañaga et al., 2008; Garcia et al., 2011). Las mujeres de una generación intermedia refieren, además, conflictos entre los roles que desempeñan: cuidado de hijos/as (o nietos/as), desarrollo profesional en el mercado laboral, tareas domésticas no compartidas y cuidado de padres y/o madres mayores (IMSERSO, 2011), formando parte de lo que se conoce como “generación sándwich” (Salgueiro y Lopes, 2010) o “generación pivot” (Hoffmann y Rodrigues, 2010).

Pero estos impactos no repercuten con igual intensidad en todos los sectores sociales, pues el contexto económico y social modera o potencia las consecuencias del cuidado. Factores como el estatus socioeconómico o las redes de apoyo formal e informal pueden modificar los efectos en la salud y el bienestar de la persona que cuida, así las mujeres de niveles sociales más desfavorecidos y menor nivel educativo soportan mayores cargas de cuidado y disponen de menos recursos materiales para afrontarlos, lo que representa un mayor riesgo para su salud (Garcia et al., 2011). De este modo los determinantes socio-estructurales interactúan con el sistema de género y potencian e incrementan las desigualdades sociales en salud (Sen y Östlin, 2007).

Sin embargo, los estudios no solo aportan evidencias sobre los efectos negativos, sino que cada vez adquieren más importancia los efectos positivos atribuibles al cuidado y a la crianza. Las personas que cuidan refieren una diversidad de sentimientos satisfactorios, como el crecimiento personal, la transmisión de valores, el sentido de responsabilidad, el amor o el afecto hacia la persona cuidada (Agulló, 2001; Araújo et al., 2009; Pimenta et al., 2009; Chan, 2010; De Oliveira y Caldana, 2012).

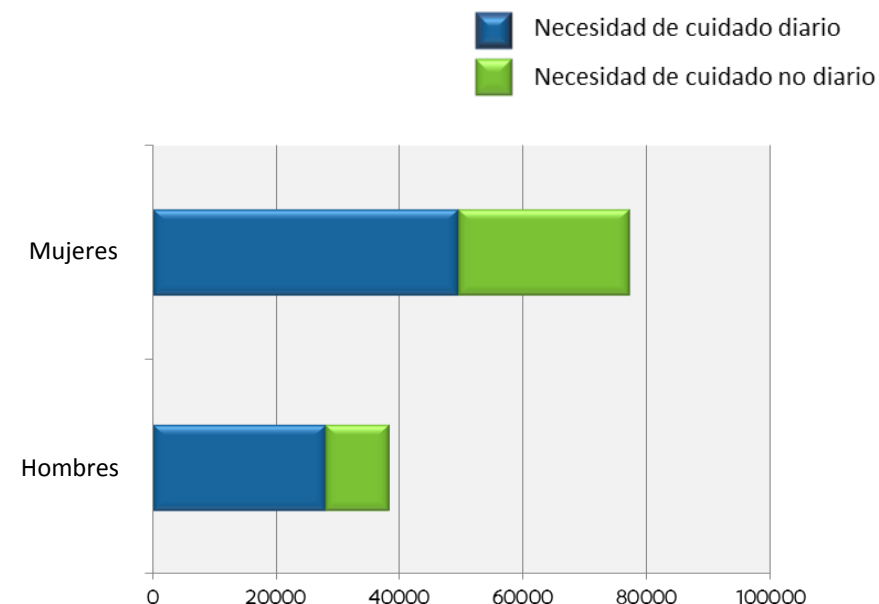
En el estudio de los impactos de cuidar es preciso considerar las particularidades del contexto de desarrollo del cuidado. En el caso de la CAPV la evidencia acerca de cómo es la experiencia de la prestación de cuidado informal de personas es limitada (Larrañaga et al., 2008; Larrañaga et al., 2009; Observatorio de Personas Mayores de Bizkaia). Sin embargo, actualmente es posible profundizar en ello a través del análisis de los datos de la ESCAV, especialmente de su última edición (2013), que ha incrementado el número de preguntas sobre el cuidado con respecto a ediciones anteriores. A continuación se presentan datos relativos a las personas cuidadas y las personas cuidadoras de quienes están en situación de dependencia entendida como permanente, descartándose a los/las menores de edad.

2. LAS NECESIDADES DE CUIDADO EN LA CAPV

2.1. ¿CUÁNTAS PERSONAS RESIDENTES EN VIVIENDAS NECESITAN CUIDADO?

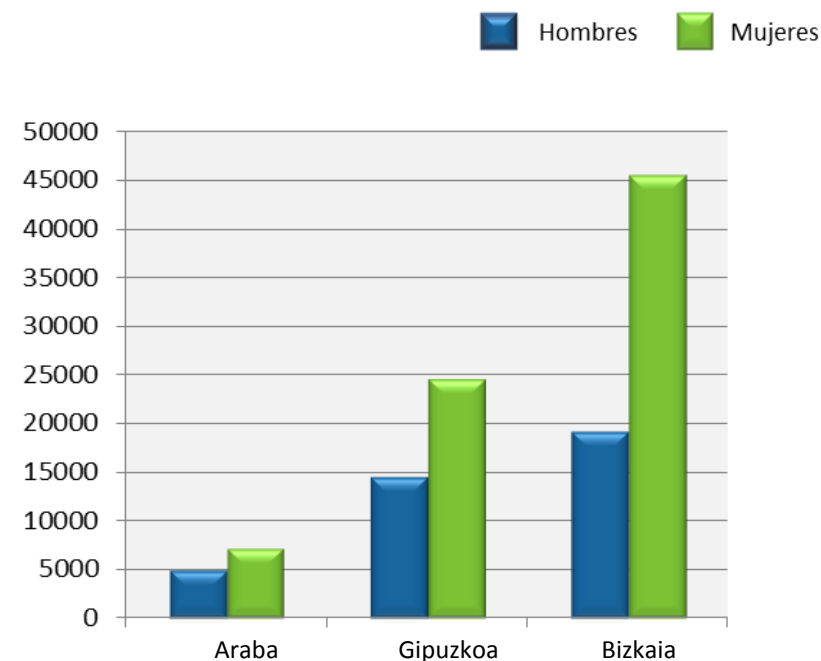
En la CAPV, 115.559 personas, esto es, el 5,3 % de la población residente en viviendas familiares necesita el cuidado de otra persona para realizar las actividades de la vida cotidiana. De ellas, 77.580 personas precisan ese cuidado de manera diaria, desglosándose dicha cifra en 28.092 hombres y 49.488 mujeres. Por su parte, 10.265 hombres y 27.714 mujeres necesitan cuidados con una frecuencia inferior (Figura 1).

Figura 1. Distribución de la población con necesidad de cuidado en función de sexo y frecuencia del cuidado. CAPV, 2013.



Por territorios históricos, es Bizkaia el que concentra una mayor población con necesidades de cuidado (64.585 personas), si bien la prevalencia es igual a la de Gipuzkoa (5,53 %). En último lugar se sitúa Araba, con 11.953 personas, que suponen el 3,85 % de su población. En todos los territorios es superior la proporción de mujeres que precisan cuidados, destacando especialmente en el caso de Bizkaia (Figura 2).

Figura 2. Distribución de las personas que precisan cuidados en función de sexo y territorio histórico. CAPV, 2013.

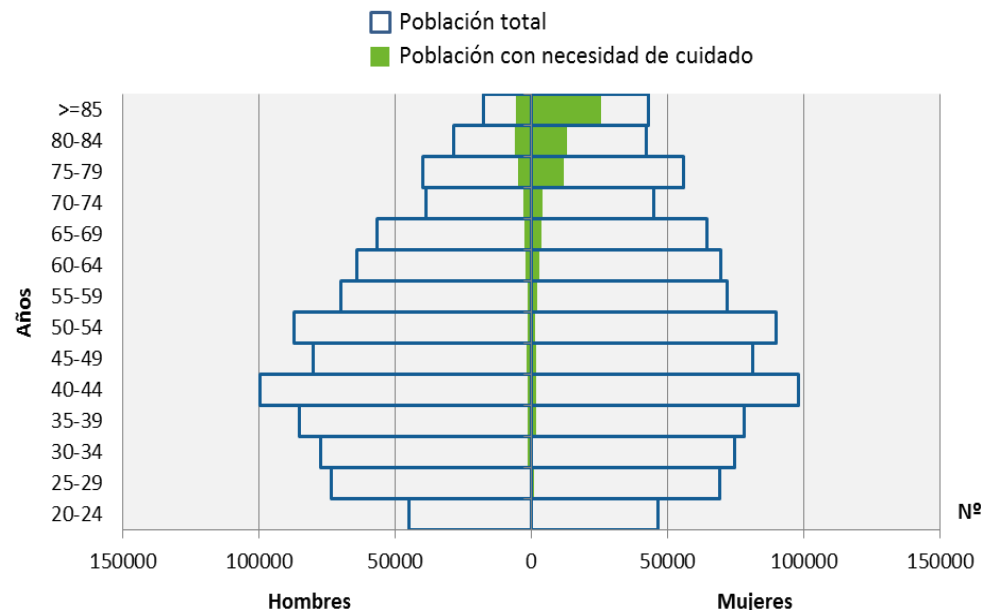


2.2. ¿QUÉ PERFIL TIENEN ESTAS PERSONAS?

Atendiendo al perfil de las personas con necesidad de cuidado, es decir, a las principales características que las describen, se trata fundamentalmente de mujeres. Concretamente suponen el 66,8 % del total.

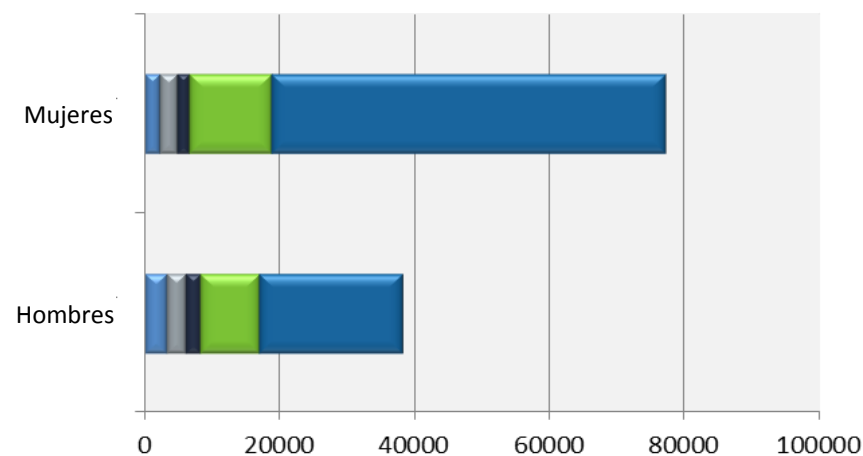
Respecto a la edad, presentan una estructura notablemente más envejecida que la población total, tal y como puede comprobarse en la pirámide de edad que compara ambas poblaciones (Figura 3).

Figura 3. Pirámide de población total y con necesidad de cuidado en función de sexo y grupo de edad. Población a partir de 20 años de la CAPV, 2013.



En ambos sexos el grupo más numeroso es el de 65 o más años (55,6 % hombres y 75,8 % mujeres) y dentro de este rango destaca de manera especial el grupo de 85 y más años, sobre todo en el caso de las mujeres (5.495 hombres y 25.478 mujeres).

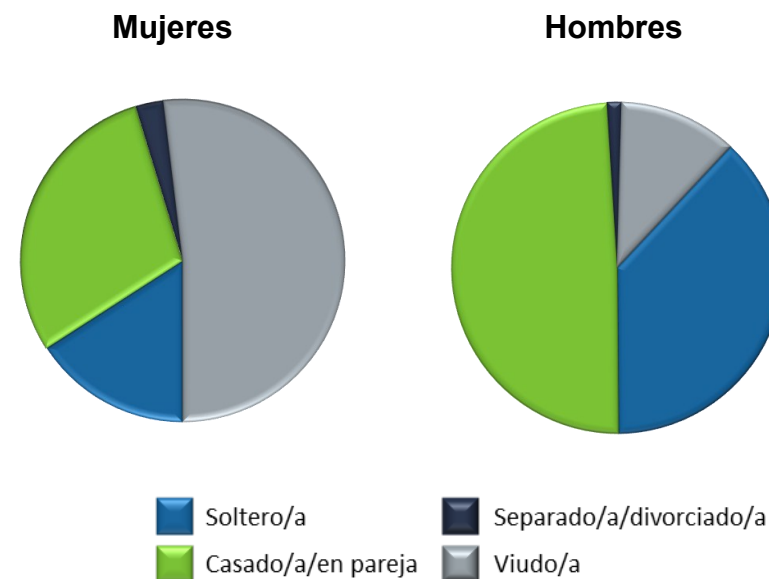
Figura 4. Distribución de la población con necesidad de cuidado en función de sexo y grupo de edad. CAPV, 2013.



0 – 6 años 7 – 17 años 18 – 34 años 35 – 64 años 65 y más años

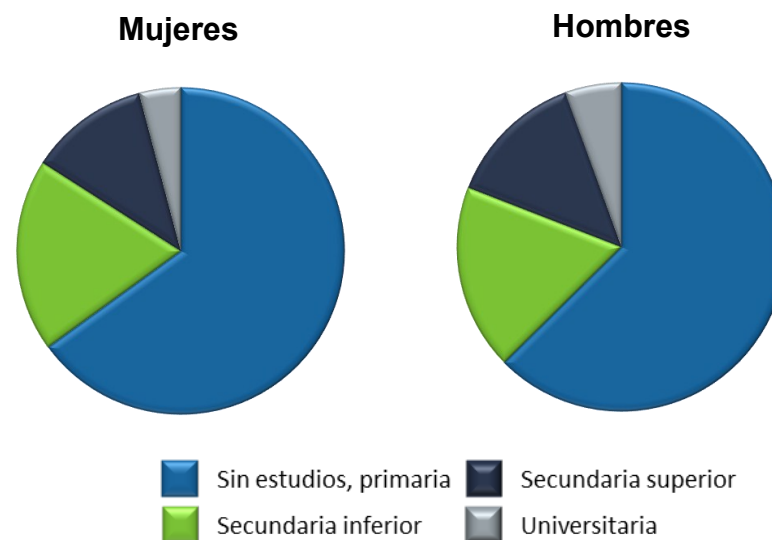
Con respecto a su estado civil, entre los hombres predominan los casados o que viven en pareja (49,1 %), seguidos por los solteros (37,9 %). Entre las mujeres el patrón difiere y son mayoría las viudas (51,9 %; Figura 5).

Figura 5. Distribución de las personas que precisan cuidados en función de sexo y estado civil. CAPV, 2013.



En cuanto a su nivel educativo, más de la mitad de hombres (62,6 %) y de mujeres (65,0 %) no han alcanzado la educación secundaria (Figura 6). En ambos sexos el siguiente grupo más numeroso es el de quienes han superado la educación secundaria inferior (18,3 % hombres y 19,1 % mujeres). Solo el 5,5 % de hombres y 4,1 % de mujeres con necesidades de cuidado tienen formación universitaria.

Figura 6. Distribución de las personas que necesitan cuidados en función de sexo y nivel educativo. CAPV, 2013.

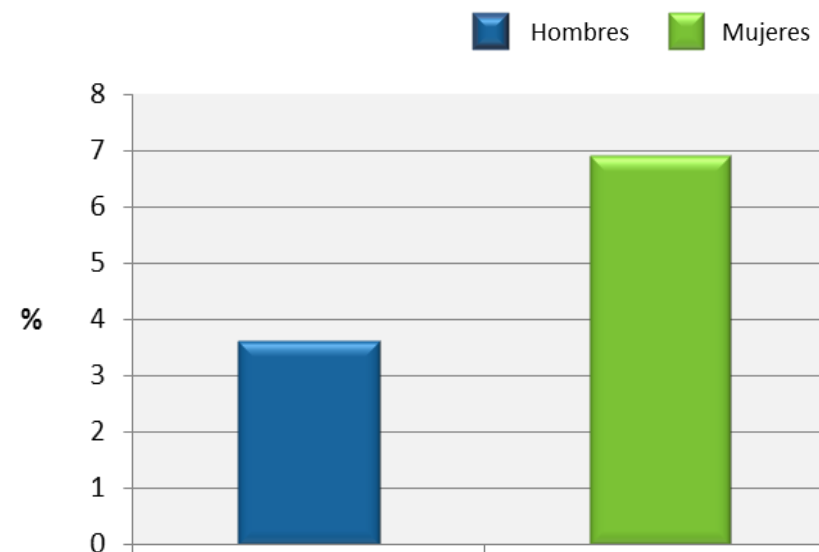


2.3. ¿QUÉ VARIABLES ESTÁN RELACIONADAS CON NECESITAR CUIDADO?

Una vez descritas las principales características de las personas con necesidades de cuidado, en este apartado se señalan los atributos que pueden estar asociados a precisar cuidados. Es decir, no se trata de describir las características de esta población, sino de determinar en qué grupos sociales (hombres, mujeres, clase sociales, etc.) es más prevalente la necesidad de cuidado.

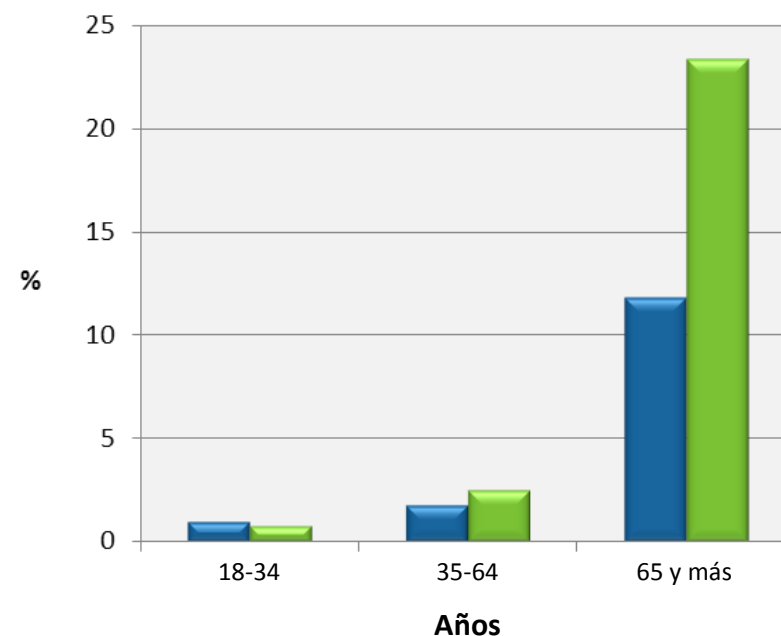
Comenzando con el sexo, la necesidad de cuidados es mayor entre las mujeres, ya que, mientras que entre ellas el 6,9 % manifiesta precisar asistencia, entre los hombres ese porcentaje se reduce al 3,6 % (Figura 7).

Figura 7. Prevalencia de la necesidad de cuidados en función del sexo. CAPV, 2013.



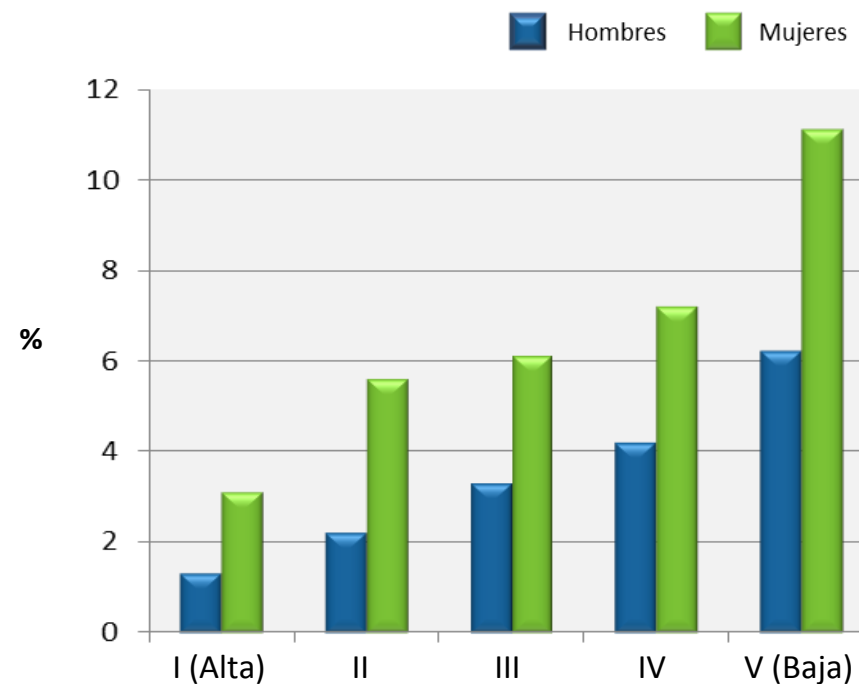
En la población adulta, la necesidad de cuidados aumenta con la edad. Así, el grupo de 65 años y más registra el mayor porcentaje de personas que precisan asistencia, especialmente entre las mujeres (23,3 % frente a 11,8 % en hombres). A distancia le sigue el grupo de 35 a 64 años con 1,8 % de hombres y 2,5 % de mujeres (Figura 8).

Figura 8. Prevalencia de la necesidad de recibir asistencia en función de sexo y grupo de edad. Población adulta de la CAPV, 2013.



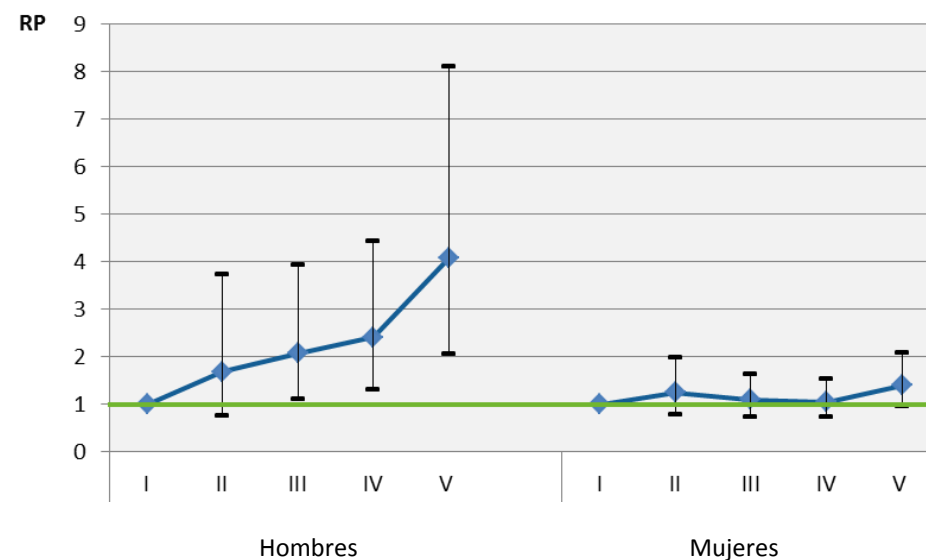
En relación con la clase social, esta parece introducir diferencias en la necesidad de cuidados, puesto que al descender en la clase social aumenta el porcentaje de personas que precisan cuidados tanto en hombres como en mujeres (Figura 9).

Figura 9. Prevalencia de la necesidad de cuidados en función de sexo y clase social. Población adulta de la CAPV, 2013.



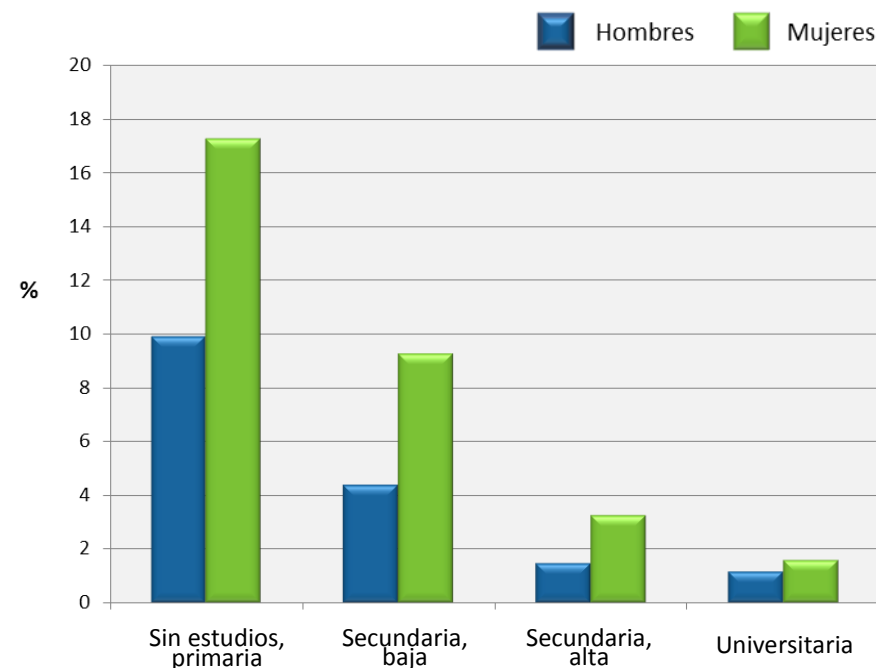
Sin embargo, la probabilidad de necesitar cuidados ajustada por edad nos muestra que el gradiente social solo se mantiene entre los hombres, no siendo significativo entre las mujeres (Figura 10).

Figura 10. Razones de prevalencia ajustadas por edad de la necesidad de cuidado por clase social y sexo. Población adulta de la CAPV, 2013.



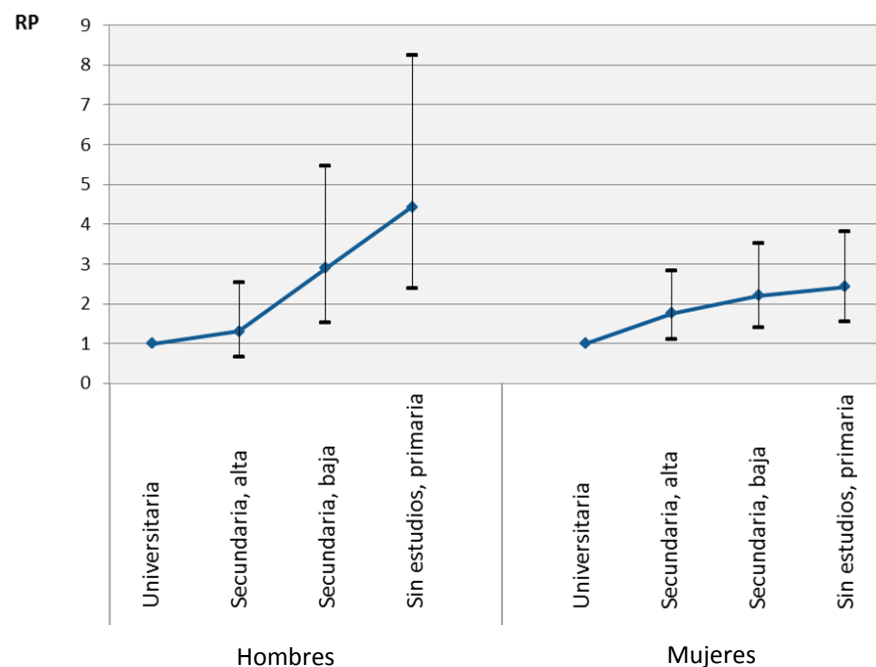
Igualmente, también se observa un gradiente social en la necesidad de cuidado atendiendo al nivel educativo tanto en hombres como en mujeres. Así, al incrementarse el nivel de estudios disminuye la prevalencia de precisar cuidados (Figura 11).

Figura 11. Prevalencia de la necesidad de cuidados en función de sexo y nivel educativo. Población adulta de la CAPV, 2013.



De hecho, la probabilidad de necesitar cuidados sigue un patrón muy claro, aumentando a medida que desciende el nivel de estudios. Así, frente a quienes tienen estudios universitarios, los hombres sin estudios tienen 4 veces más probabilidades de precisar cuidados (RP: 4,43; IC95%: 2,38-8,23), mientras que las mujeres con este nivel tienen el doble de probabilidades (RP: 2,43; IC95%:1,54-3,82) (Figura 12).

Figura 12. Razones de prevalencia ajustadas por edad de la necesidad de cuidado por nivel educativo y sexo. Población adulta de la CAPV, 2013.



2.4. ¿QUIÉN CUIDA DE ESTAS PERSONAS?

A continuación se recogen las características más destacadas de las personas que cuidan a quienes precisan asistencia en su vida cotidiana. La prestación de cuidados a la población que lo necesita es llevada a cabo principalmente por un familiar con quien conviven. Es así para el 84,2 % hombres y 58,0 % mujeres con necesidades de cuidado. A distancia le siguen aquellas personas que son asistidas por un familiar con el que no conviven (9,3 % hombres y 27,3 % mujeres) y quienes son cuidadas por una persona a la que se contrata sin la ayuda de la Ley de dependencia (6,8 % hombres y 17,3 % mujeres; Figura 13.).

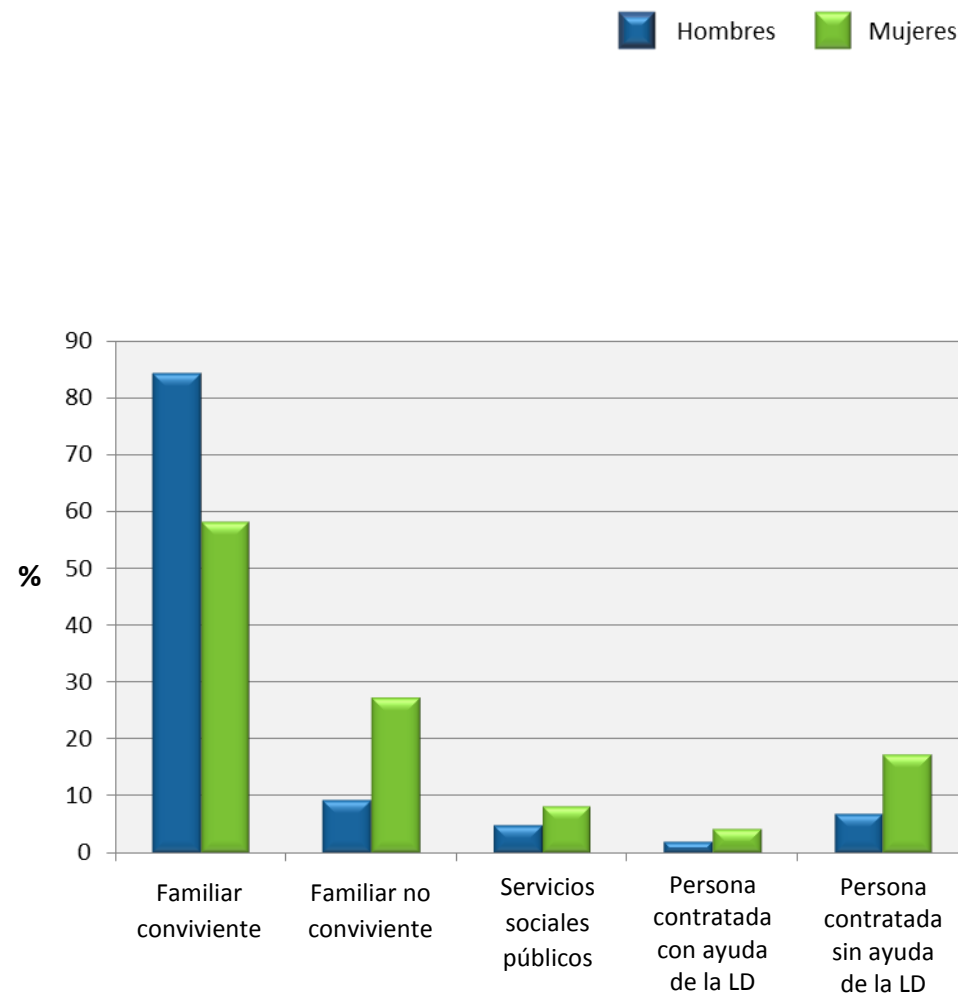


Figura 13. Distribución de la persona cuidadora en función de sexo de la persona que precisa cuidados y la relación entre ellas. CAPV, 2013.

LD : Ley de Dependencia

En el caso de las personas cuidadas por un familiar con el que conviven, la relación de parentesco entre ambas personas es de cónyuges para el 48,4 % de hombres y 30,3 % de mujeres. Le siguen en importancia las madres en el caso de los primeros (31,0 %) y las hijas en el caso de las segundas (27,8 %). Entre las personas cuidadoras que no conviven con la persona que precisa asistencia, la relación de parentesco más destacada es la de ser hija (66,6 % hombres y 48,8 % mujeres; Tabla 1).

Tabla 1. Parentesco de la persona cuidadora respecto de la persona cuidada en función del sexo de esta y la convivencia o no de la diada. CAPV, 2013.

Parentesco	Hombres cuidados		Mujeres cuidadas	
	Persona cuidadora conviviente (%)	Persona cuidadora no conviviente (%)	Persona cuidadora conviviente (%)	Persona cuidadora no conviviente (%)
Esposo/a, pareja	48,4	8,7	30,3	-
Madre	31,0	-	15,3	-
Padre	4,5	-	1,7	-
Hija	8,5	66,6	27,8	48,8
Hijo	1,7	24,7	12,5	15,0
Nuera	0,4	-	3,7	-
Yerno	0,4	-	0,3	-
Hermana	2,9	-	3,7	19,7
Hermano	0,6	-	1,0	-
Nieta	-	-	0,9	-
Nieto	-	-	0,5	1,9
Abuela	-	-	-	8,3
Otra mujer familiar	0,8	-	1,2	6,3
Otro hombre familiar	0,4	-	0,7	0
Otra persona	0,4	-	0,4	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

3. LAS PERSONAS QUE PRESTAN CUIDADO INFORMAL

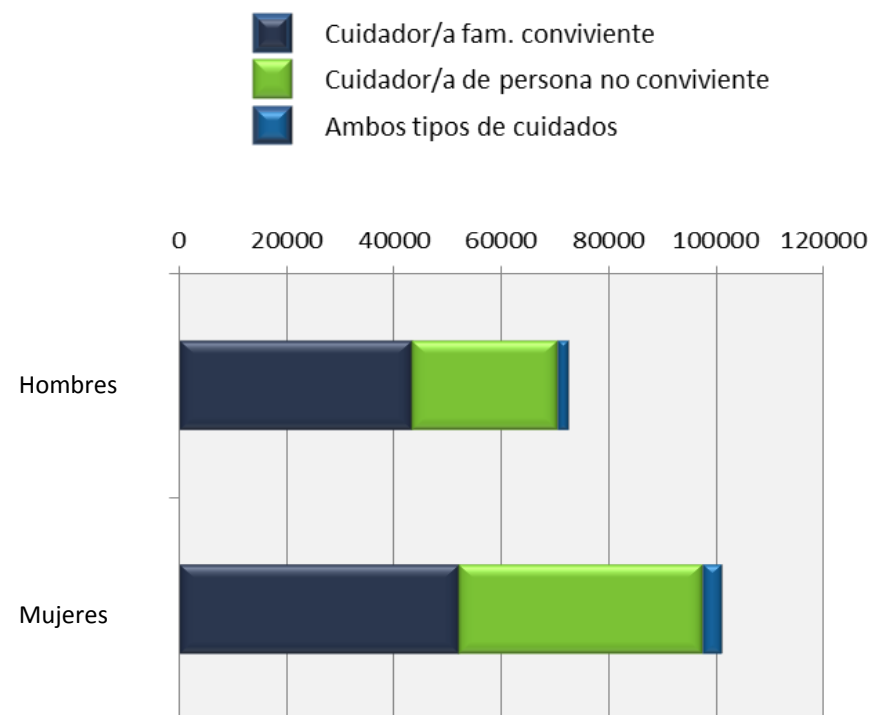
3.1. ¿CUÁNTAS PERSONAS CUIDAN DE UNA PERSONA DEPENDIENTE?

En la CAPV, son 173.737 personas las que prestan cuidados de manera informal, lo que supone el 8,0 % de la población residente en viviendas familiares (6,8 % en hombres y 9,0 % en mujeres). Más de la mitad asiste únicamente a personas con las que conviven (95.016 personas; 54,7 %), siendo 72.828 personas (41,9 %) las que cuidan exclusivamente fuera de su hogar. Analizando la distribución por sexo del cuidado dentro y fuera del hogar, el patrón es similar en hombres y mujeres, observándose que en ambos casos es mayor la prevalencia de cuidar a una persona con la que se convive que la de cuidar a una persona fuera del hogar.

Por territorios históricos, Bizkaia concentra un mayor número de personas cuidadoras (90.196 personas). Poniendo el foco en el tipo de cuidado, en las tres provincias es superior la proporción de personas cuidadoras de convivientes (56,9 % en Araba, 57,5 % en Gipuzkoa y 58,8 % en Bizkaia). Del cuidado a personas fuera del hogar se encargan 9.675 personas en Araba (46,7 %), 28.922 en Gipuzkoa (46,0 %) y 40.124 en Bizkaia (44,5 %). Así, como ya se refleja en la Figura 14 se observa que un porcentaje bajo de las personas presta cuidados tanto dentro como fuera del hogar.

Como aproximación a la intensidad del cuidado prestado, se analiza el tiempo medio que dedican las personas cuidadoras adultas a desempeñar las tareas de asistencia. De media, el tiempo dedicado a cuidar es de 22,7 y 27,1 horas semanales en hombres y mujeres respectivamente. En el caso del cuidado en el hogar estas cifras se incrementan (27,6 horas los hombres y 35,2 horas las mujeres) y se reducen en la asistencia fuera del hogar (13,7 horas los hombres y 15,9 horas las mujeres). A nivel poblacional el tiempo dedicado a cuidar es de 4.367.211,4 horas semanales, que se corresponden con 1.638.905,0 horas de hombres (37,5 %) y 2.728.306,4 horas las mujeres (62,5 %).

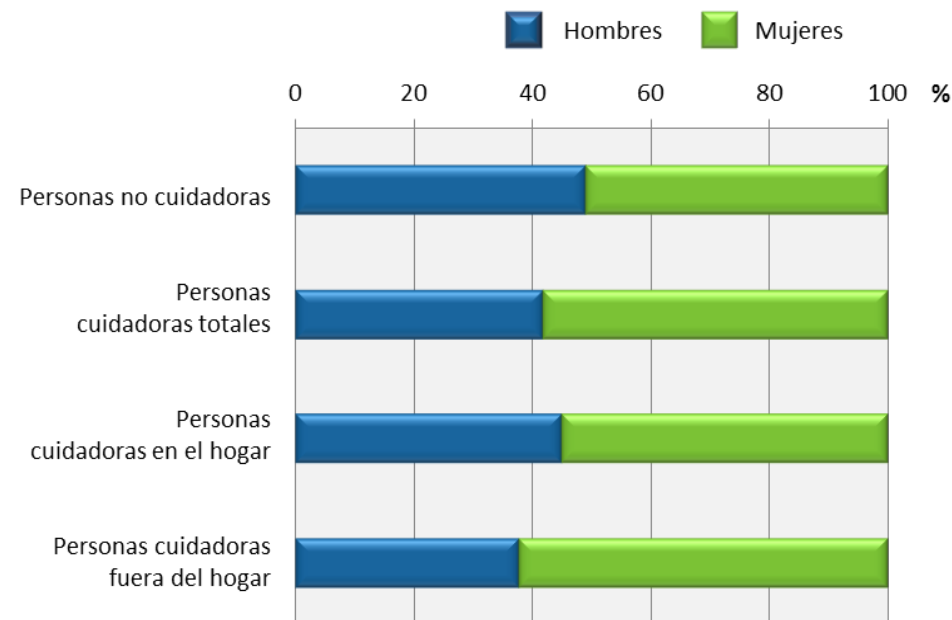
Figura 14. Distribución de las personas cuidadoras en función de sexo y de si el cuidado se presta dentro y/o fuera del hogar. CAPV, 2013.



3.2. ¿QUÉ PERFIL TIENEN ESTAS PERSONAS CUIDADORAS?

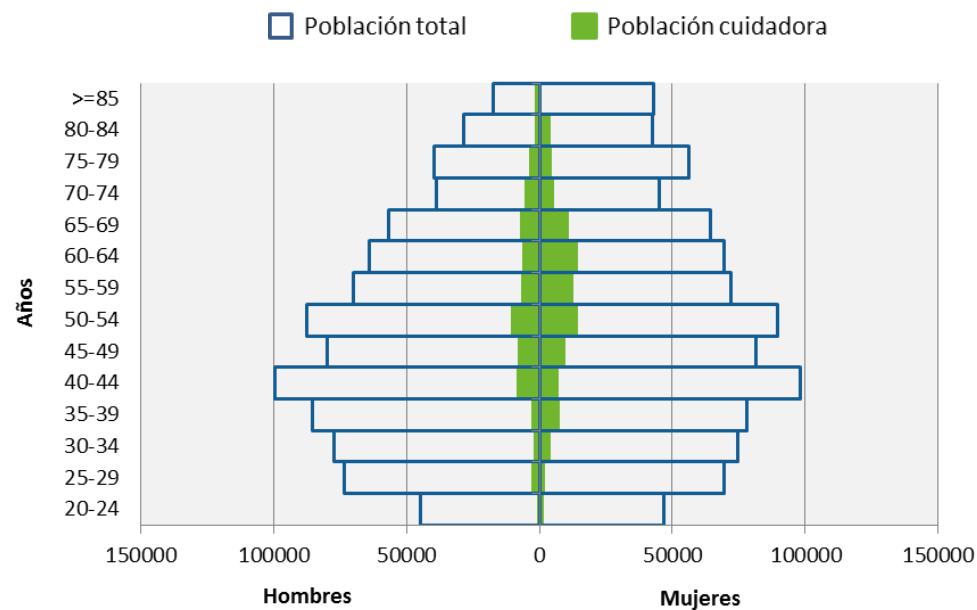
Seguidamente se describen las principales características sociodemográficas de la población que presta asistencia a otras. En cuanto al sexo, entre las personas cuidadoras adultas predominan las mujeres (58,2 %), especialmente en el caso de los cuidados provistos fuera del hogar (62,4 %; Figura 15).

Figura 15. Distribución de los tipos de prestación de cuidado en función del sexo. Población adulta de la CAPV, 2013.



Estudiando el perfil de la población cuidadora a partir de 20 años, en ambos sexos las personas cuidadoras se concentran en el rango de 35 a 64 años. Entre las mujeres la prestación de asistencia alcanza su máximo entre los 60 y 64 años (14.358) y entre los hombres lo hace de 50 a 54 años (10.893; Figura 16).

Figura 16. Pirámide de población total y cuidadora en función de sexo y grupo de edad. Población a partir de 20 años de la CAPV, 2013.



El grupo menos numeroso es el de personas cuidadoras de 18 a 34 años, que suponen el 9,2 % de hombres y el 8,2 % de mujeres. Estos valores disminuyen en el cuidado prestado fuera del hogar (3,8 % y 6,4 % de hombres y mujeres respectivamente, Figuras 17 y 18).

Figura 17. Distribución de los tipos de prestación de cuidado entre los hombres en función del grupo de edad. Población adulta de la CAPV, 2013.

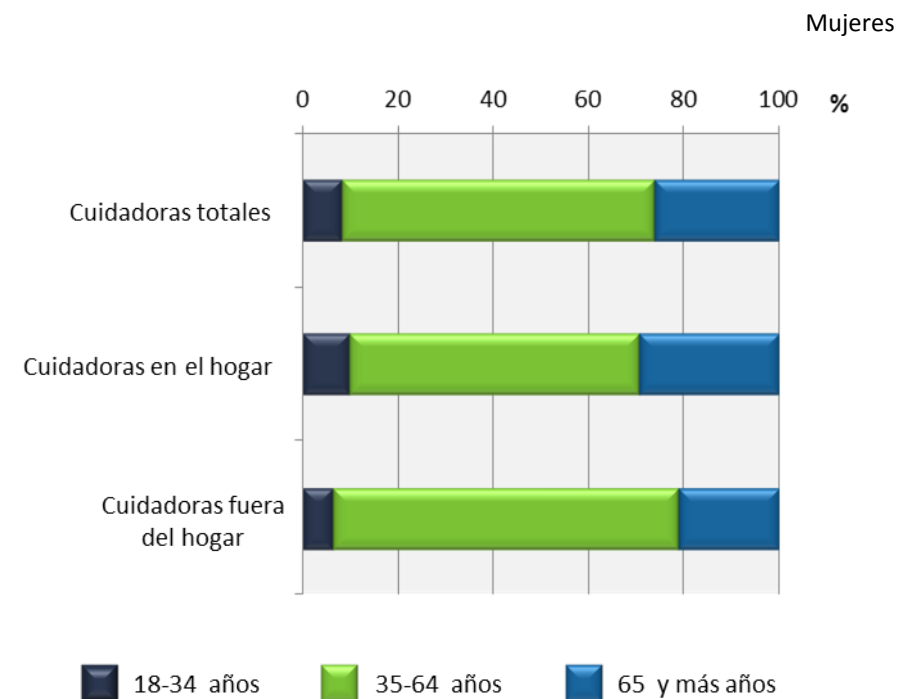
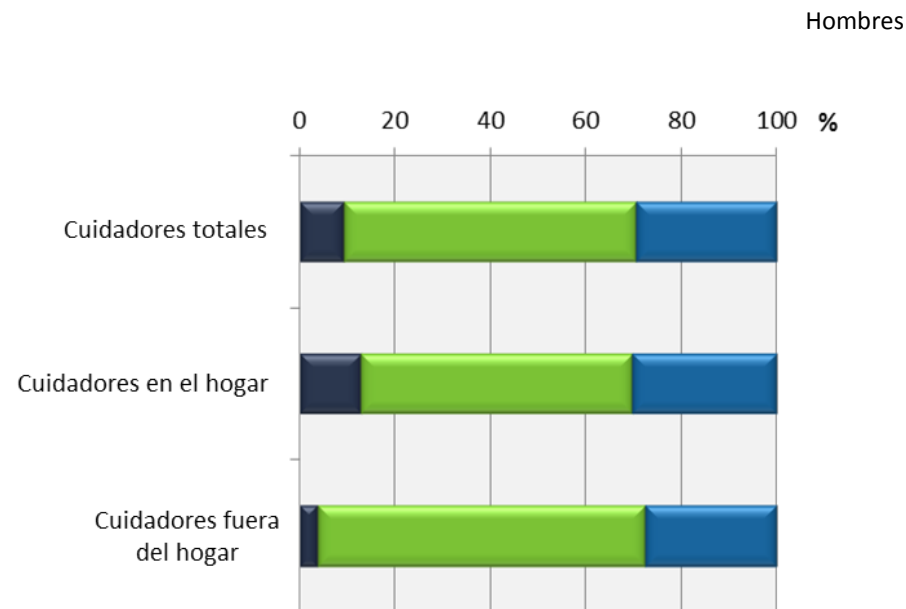


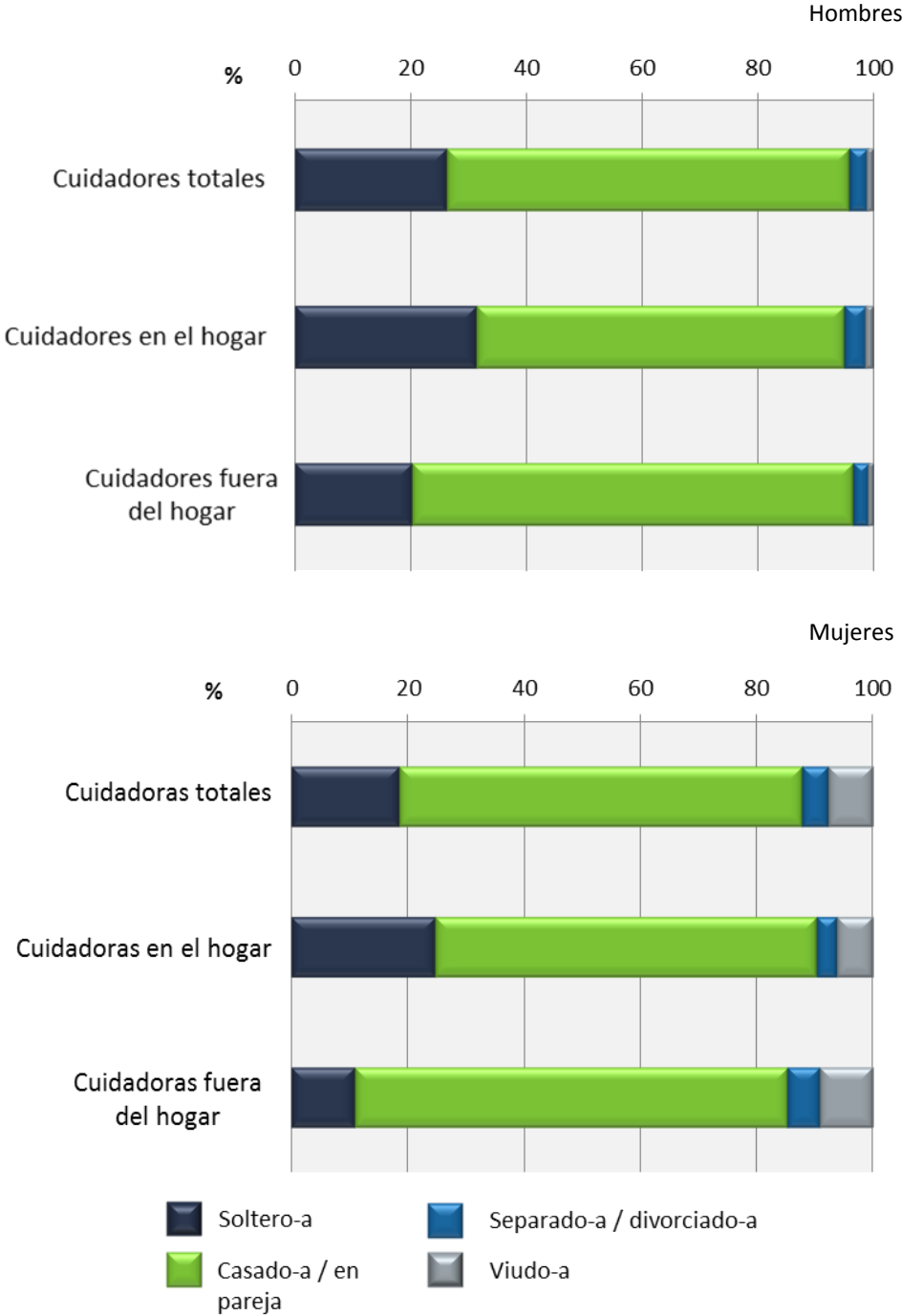
Figura 18. Distribución de los tipos de prestación de cuidado entre las mujeres en función del grupo de edad. Población adulta de la CAPV, 2013.

Analizando a las personas cuidadoras en el hogar, en su mayoría son las principales responsables de las tareas de asistencia en las actividades cotidianas (58,8 % hombres y 86,8 % mujeres). Se observan diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la recepción de ayuda en la provisión de cuidados. El 33,7 % de hombres y 55,1 % de mujeres cuidan sin recibir ningún tipo de ayuda (sea familiar o no). Por su parte, el 4,8 % hombres y 6,6 % de mujeres reciben ayuda de un familiar con quien no conviven, y el 10,2 % de hombres y 8,1 % de mujeres reciben ayuda de otras personas no familiares.

Figura 19. Distribución de los tipos de prestación de cuidado entre los hombres en función del estado civil. CAPV, 2013.

Atendiendo a su estado civil, la población cuidadora está en su mayoría casada o vive en pareja. Esto ocurre tanto en el caso de quienes conviven con la persona a la que prestan cuidados como en el caso de quienes no lo hacen. Le siguen en importancia las personas solteras, siendo estas proporcionalmente más numerosas entre quienes cuidan en el hogar (31,4 % hombres y 24,7 % mujeres, Figuras 19 y 20).

Figura 20. Distribución de los tipos de prestación de cuidado entre las mujeres en función del estado civil. CAPV, 2013.

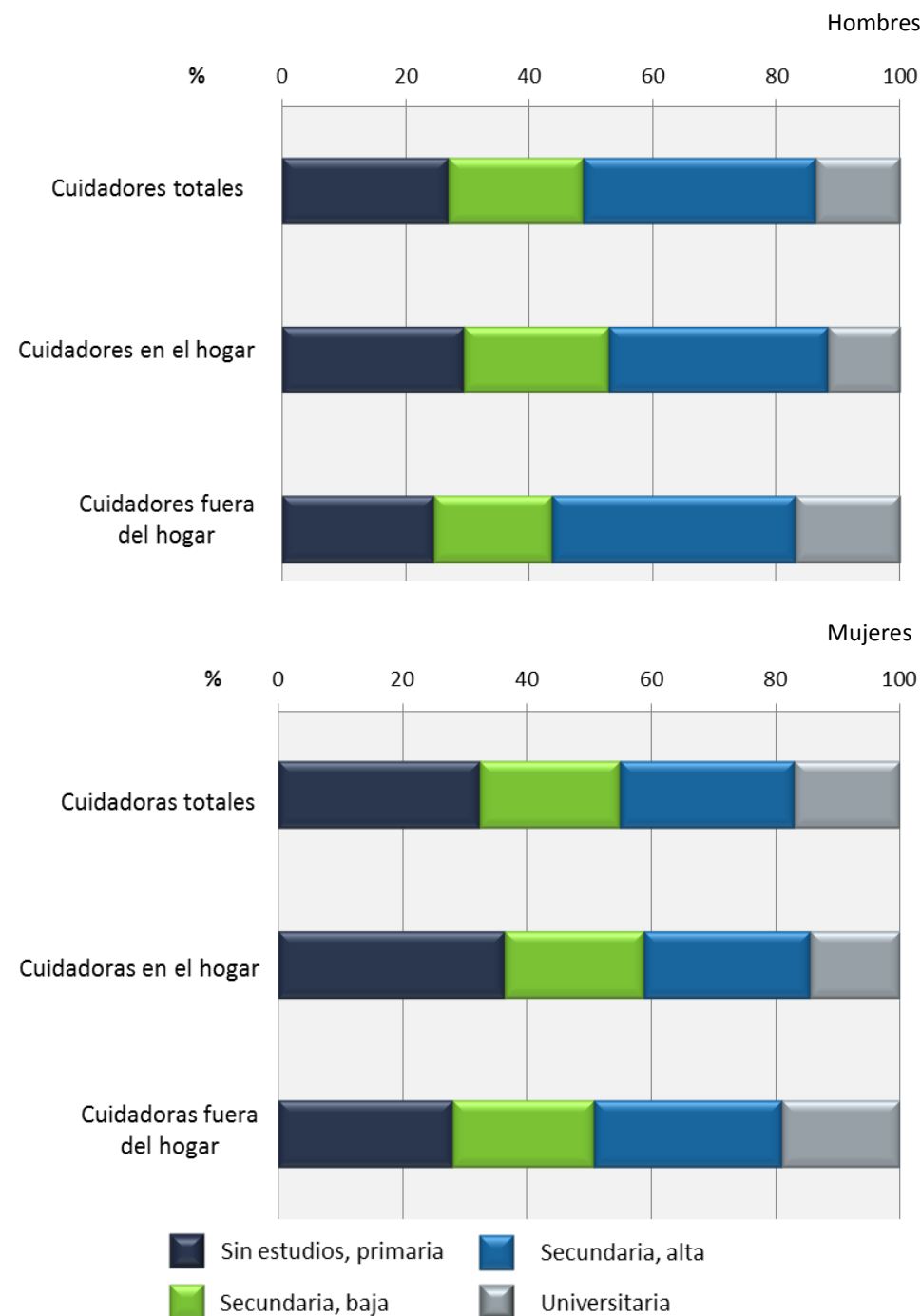


En cuanto al nivel educativo, entre los hombres predominan los estudios secundarios altos (37,6 %), seguidos por los estudios primarios o inferiores (26,9 %; Figura 21).

Figura 21. Distribución de los tipos de prestación de cuidado entre los hombres de 25 y más años en función del nivel educativo. CAPV, 2013.

Estas mismas categorías, pero en orden inverso se observan entre las mujeres, de manera que entre ellas el nivel educativo más extendido es el de estudios primarios o inferiores (Figura 22). El porcentaje de hombres y mujeres cuidadoras que tienen formación universitaria es inferior al 20 %.

Figura 22. Distribución de los tipos de prestación de cuidado entre las mujeres de 25 y más años en función del nivel educativo. CAPV, 2013.



3.3. ¿QUÉ VARIABLES ESTÁN RELACIONADAS CON SER UNA PERSONA CUIDADORA?

Una vez se han presentado las principales características de la población cuidadora, seguidamente se describen, para el conjunto de la población participante en la ESCAV, aquellos atributos que pueden estar asociados a ser una persona cuidadora. Para ello se compara el porcentaje de personas cuidadoras dentro de cada grupo. Del total de la población adulta encuestada, un 10,7% de las mujeres presta cuidados frente el 8,2% de los hombres (Figura 23).

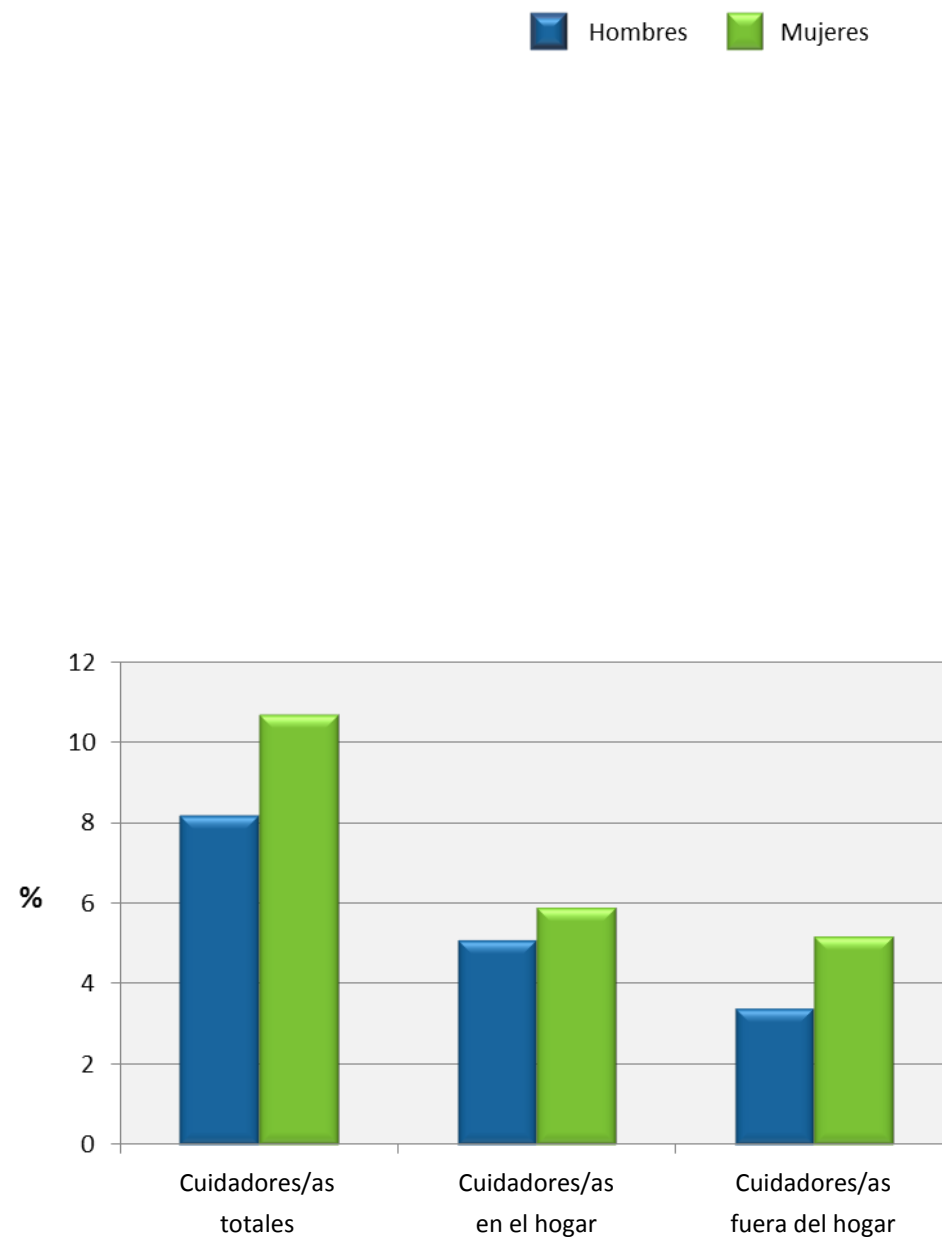


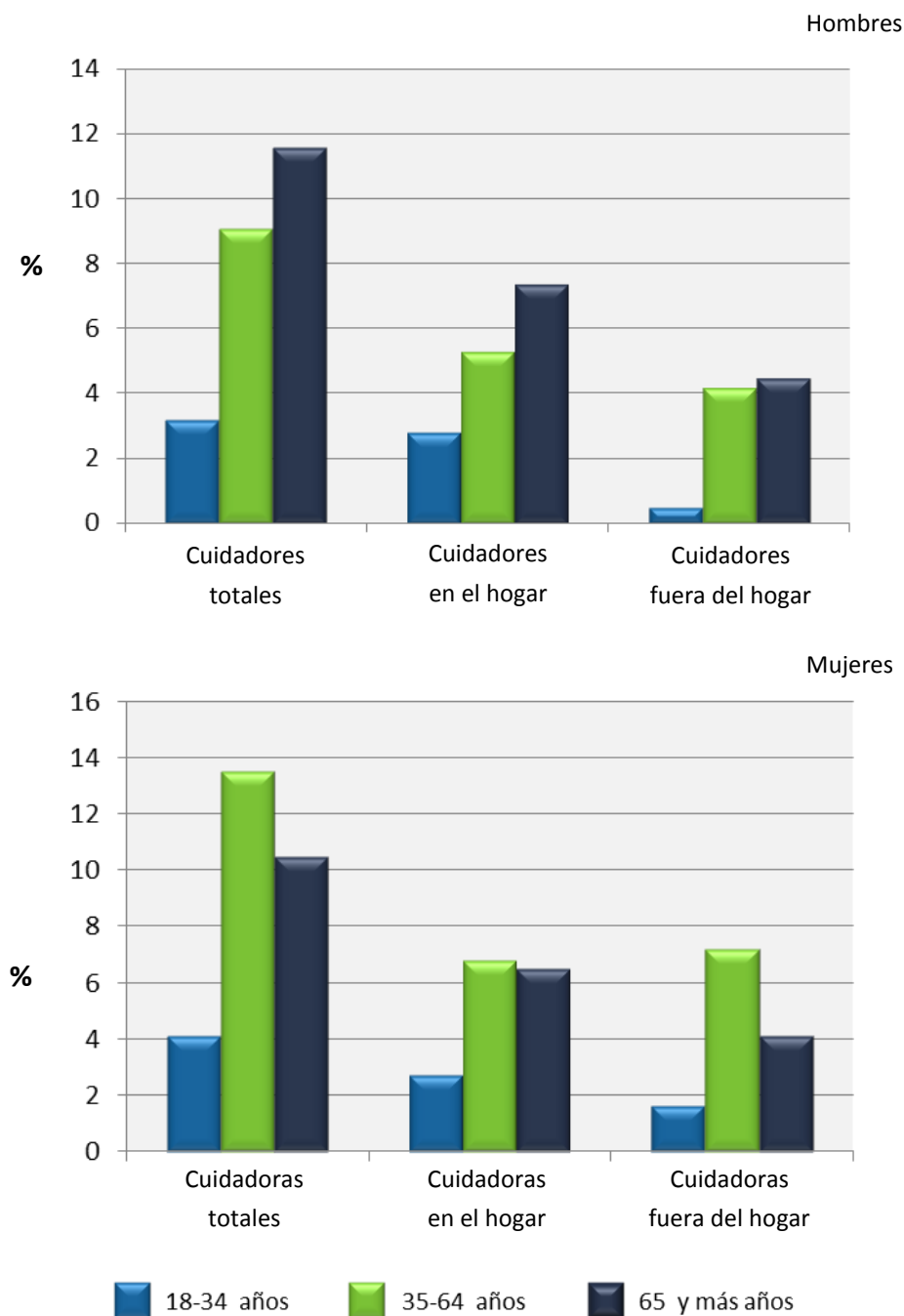
Figura 23. Prevalencia de la provisión de cuidados en función de sexo y tipo de cuidado. Población adulta de la CAPV, 2013.

Atendiendo a la edad de las personas cuidadoras, la probabilidad de prestar asistencia se comporta de manera diferente en hombres y mujeres. Así, al incrementarse la edad aumenta la prevalencia de cuidar entre los hombres, pasando de ser 3,2 % en el grupo de 18 a 34 años a 11,6 % entre quienes tienen 65 y más años (Figura 24).

Figura 24. Prevalencia de la provisión de cuidados entre los hombres en función de tipo de cuidado y grupo de edad. Población adulta de la CAPV, 2013.

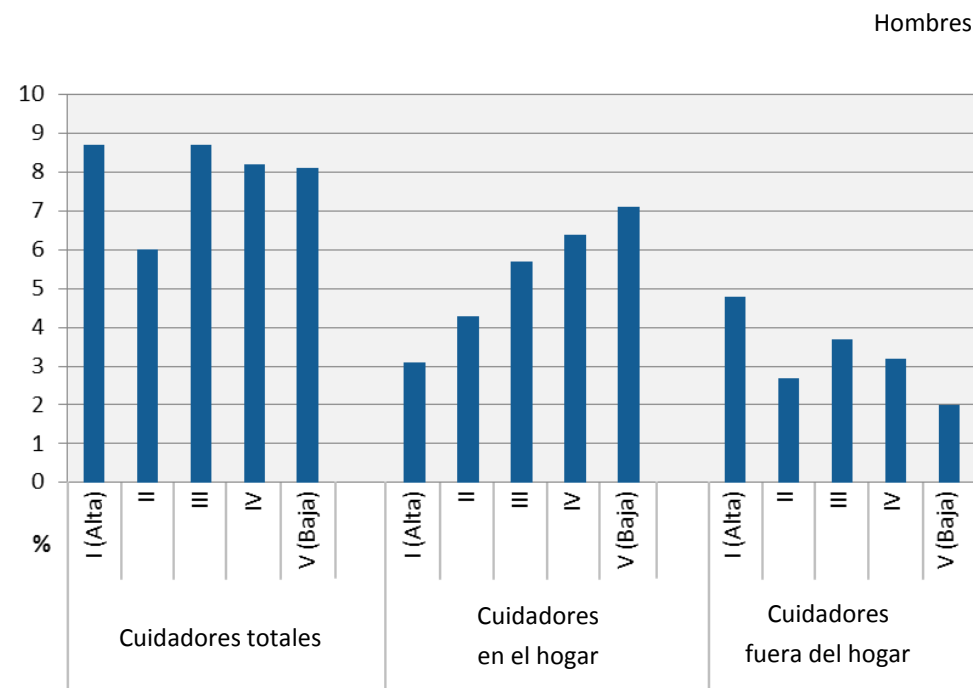
En el caso de las mujeres la mayor proporción de cuidadoras se da entre quienes están en el rango de 35 a 64 años (13,5 %) y la menor en el grupo de edad inferior (4,1 %; Figura 25).

Figura 25. Prevalencia de la provisión de cuidados entre las mujeres en función de tipo de cuidado y grupo de edad. Población adulta de la CAPV, 2013.



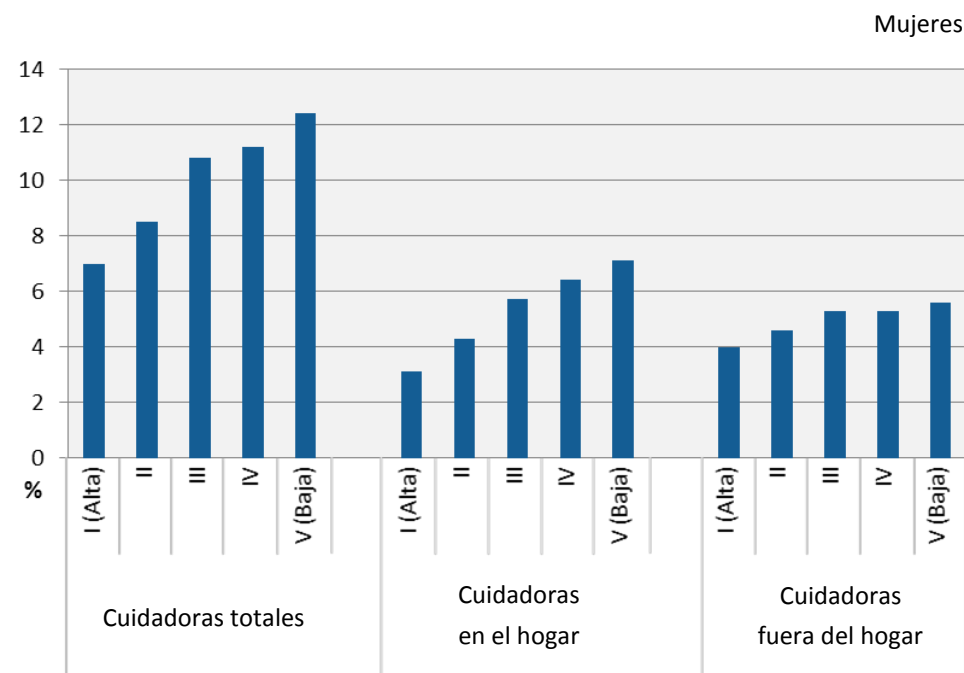
En relación con la clase social, entre los hombres se aprecia un claro gradiente social en la prestación de cuidado en el hogar, de manera que al descender en la clase social aumenta la proporción de hombres cuidadores. En el caso del cuidado fuera del hogar, el patrón es casi el opuesto, ya que se reduce la prevalencia de cuidadores al descender en la escala social, con la excepción de la clase II. Esto tiene su reflejo en la prevalencia de hombres cuidadores totales, entre quienes apenas se observan diferencias entre clases, exceptuando la clase II, en que es inferior al resto (Figura 26).

Figura 26. Prevalencia de la provisión de cuidados entre los hombres en función de tipo de cuidado y clase social. Población adulta de la CAPV, 2013.



Entre las mujeres se observa la existencia de un gradiente social en el cuidado total y en el hogar, siendo las diferencias más acusadas en el segundo caso (Figura 27).

Figura 27. Prevalencia de la provisión de cuidados entre las mujeres en función de tipo de cuidado y clase social. Población adulta de la CAPV, 2013.



La probabilidad de cuidar ajustada por edad no muestra diferencias significativas en ninguno de los tipos de cuidado entre los hombres (Figura 28), pero entre las mujeres sí se aprecia un gradiente social entre las cuidadoras totales y aquellas que asisten a una persona con la que conviven a favor en ambos grupos de las mujeres de clase social más aventajada (Figura 29).

Figura 28. Razones de prevalencia ajustadas por edad de la prestación de cuidado de los hombres por tipo de cuidado y clase social. Población adulta de la CAPV, 2013.

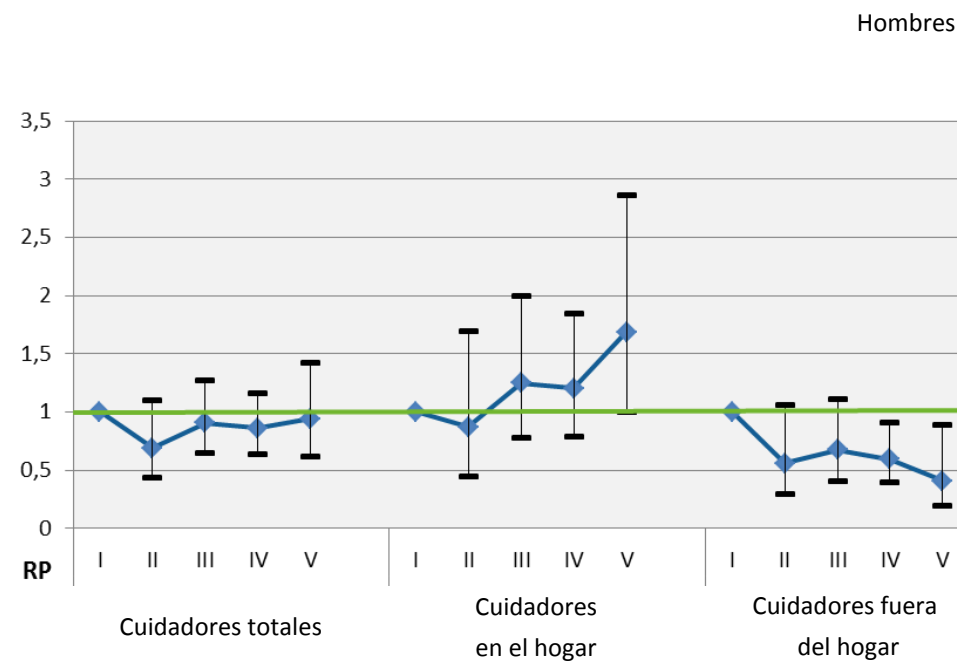
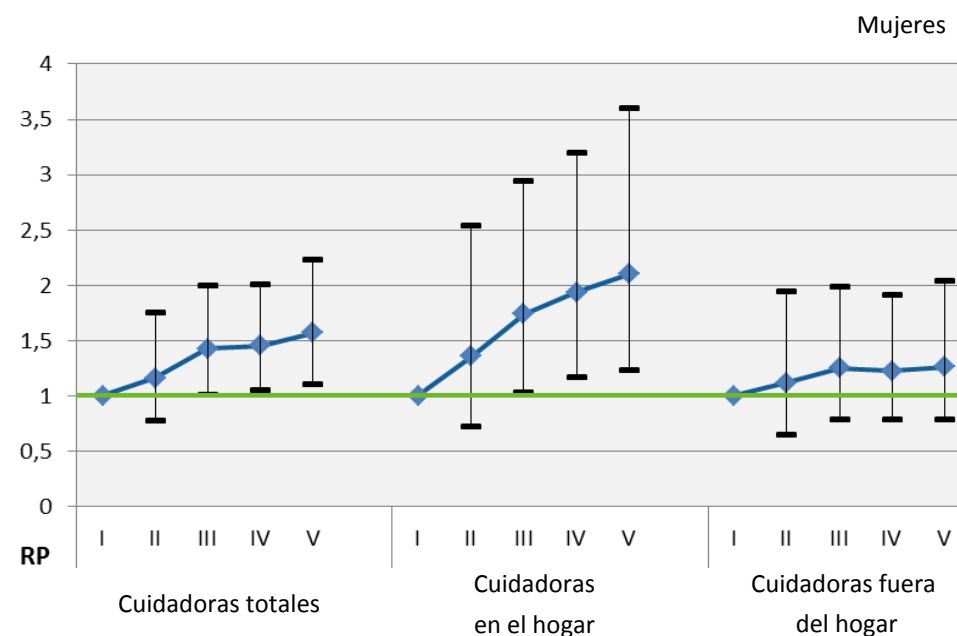


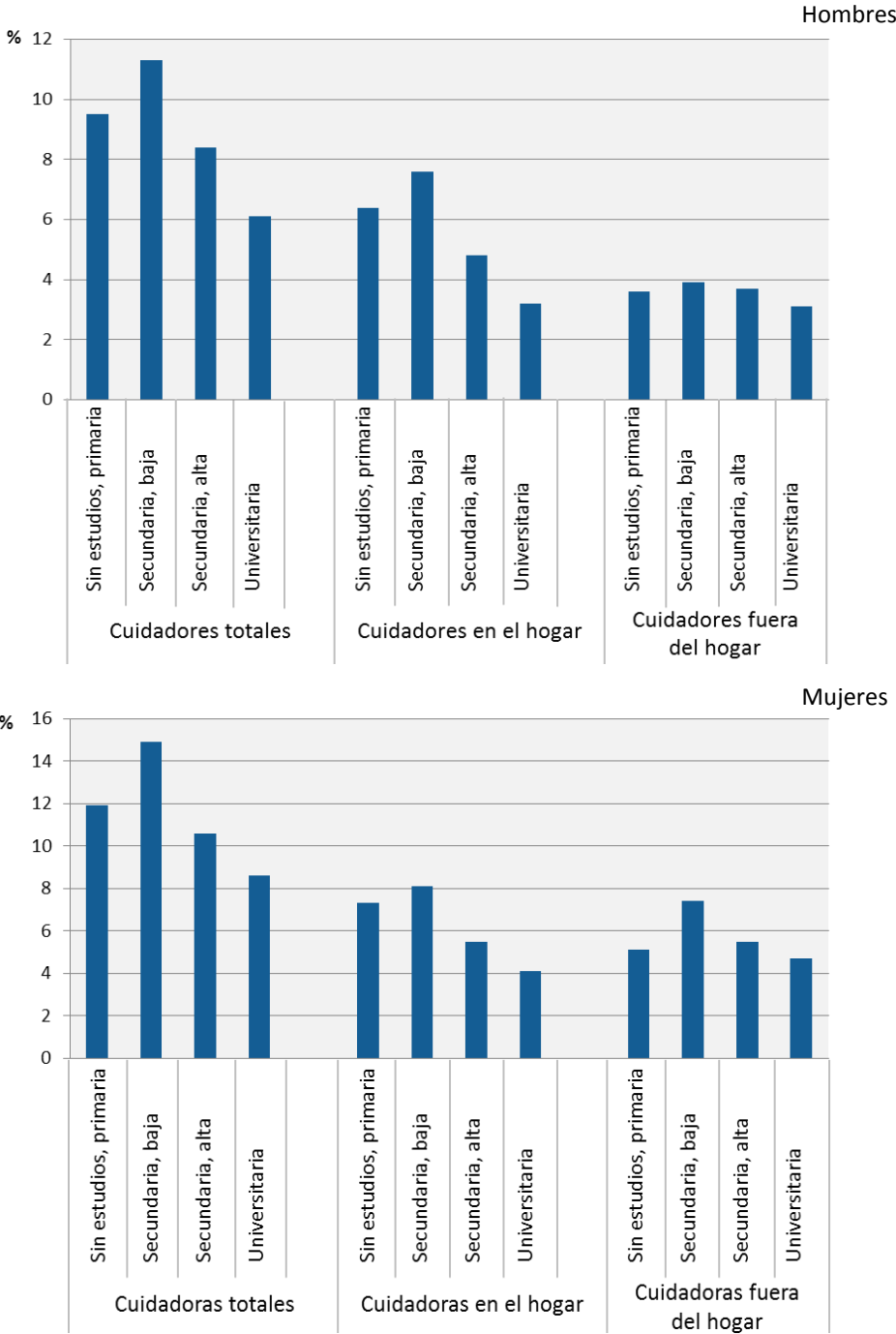
Figura 29. Razones de prevalencia ajustadas por edad de la prestación de cuidado de las mujeres por tipo de cuidado y clase social. Población adulta de la CAPV, 2013.



Al analizar el nivel educativo, se observa un gradiente de menor a mayor formación, con la excepción de la educación secundaria baja. Así, al aumentar los estudios disminuye la proporción de personas cuidadoras. En el caso de la formación universitaria, la prevalencia del cuidado a una persona conviviente alcanza un valor del 4,1 % entre las mujeres y del 3,2 % entre los hombres (Figuras 30 y 31).

Figura 30. Prevalencia de la provisión de cuidados entre los hombres en función de tipo de cuidado y nivel educativo superado. Población a partir de 25 años de la CAPV, 2013.

Figura 31. Prevalencia de la provisión de cuidados entre las mujeres en función de tipo de cuidado y nivel educativo superado. Población a partir de 25 años de la CAPV, 2013.



La probabilidad de cuidar en el hogar ajustada por edad y tomando como referencias a quienes tienen educación universitaria es mayor entre los hombres con formación secundaria baja y las mujeres con este nivel o inferior (Figuras 32 y 33).

Figura 32. Razones de prevalencia ajustadas por edad de la prestación de cuidado de los hombres por tipo de cuidado y nivel educativo superado. Población a partir de 25 años de la CAPV, 2013.

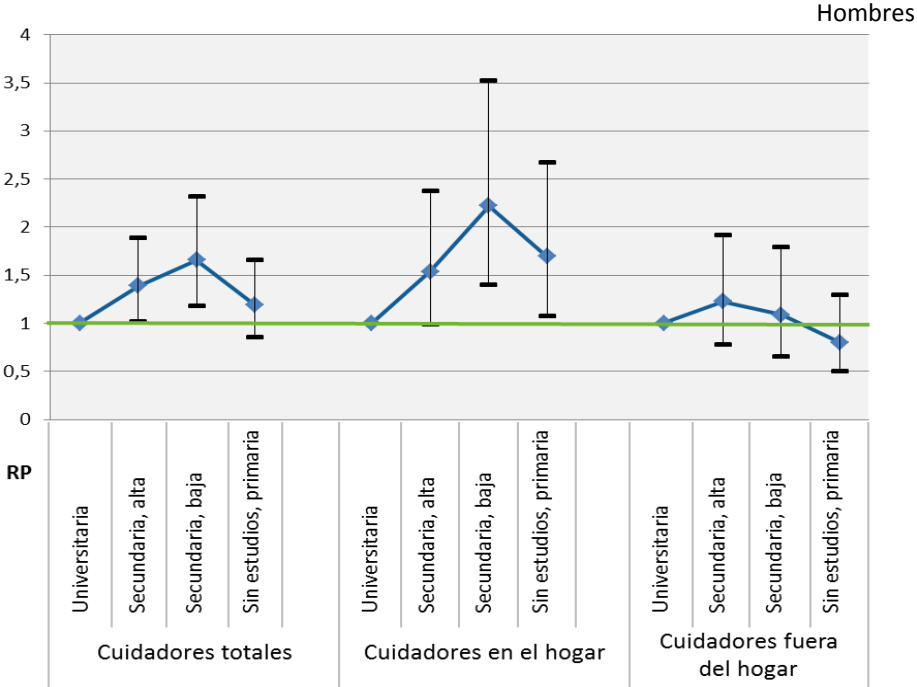
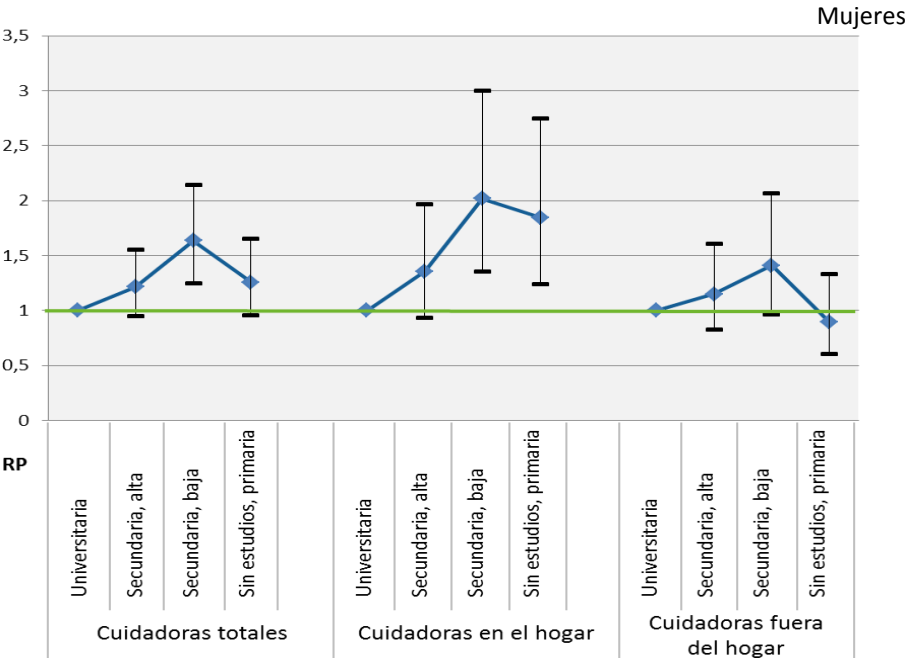


Figura 33. Razones de prevalencia ajustadas por edad de la prestación de cuidado de las mujeres por tipo de cuidado y nivel educativo superado. Población a partir de 25 años de la CAPV, 2013.



3.4. ¿CUÁL ES EL IMPACTO DEL CUIDADO SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR?

En este apartado se compara el estado de salud y determinantes de la salud en la población de 45 a 84 años, que es donde la provisión de cuidado es más prevalente, en función de si se presta o no cuidado informal, y las características de este cuidado. El carácter transversal de la fuente de datos utilizada hace que estas asociaciones deban interpretarse con cautela, sin embargo, constituyen una aproximación al potencial impacto que el cuidado informal puede tener en la salud de las personas cuidadoras.

En primer lugar, se analizan las diferencias entre personas cuidadoras y no cuidadoras en el estado de salud, utilizando la autovaloración de la salud y la salud mental. Posteriormente, se evalúan las diferencias en varios determinantes intermedios de la salud. Se presentan comparativas de personas cuidadoras dentro y fuera del hogar, cuidadoras principales (quienes son los/las principales responsables de cuidar), con y sin ayuda, y provisoras de cuidados diarios y no diarios.

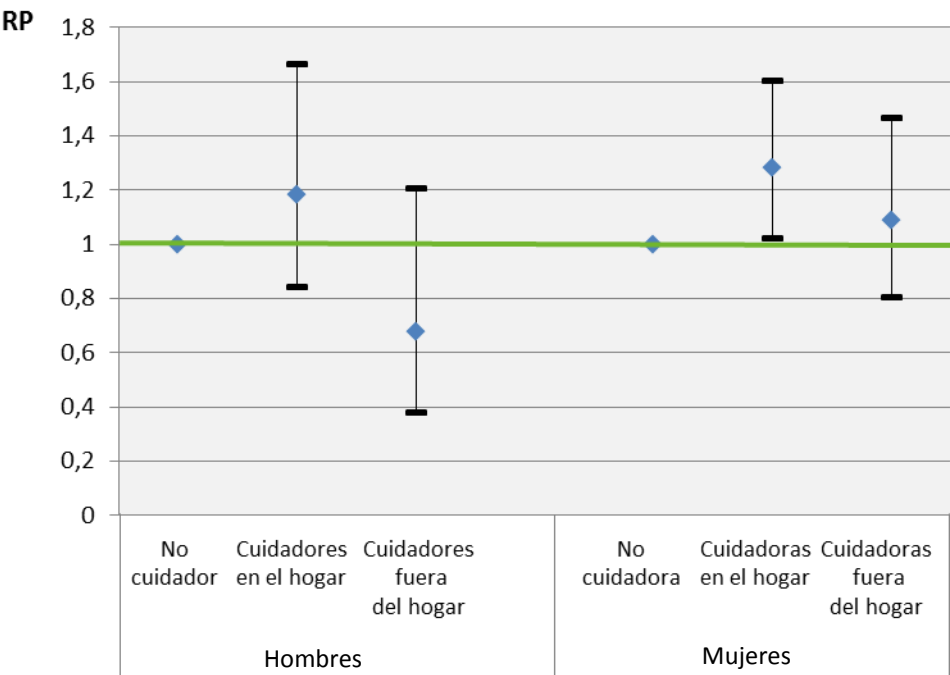
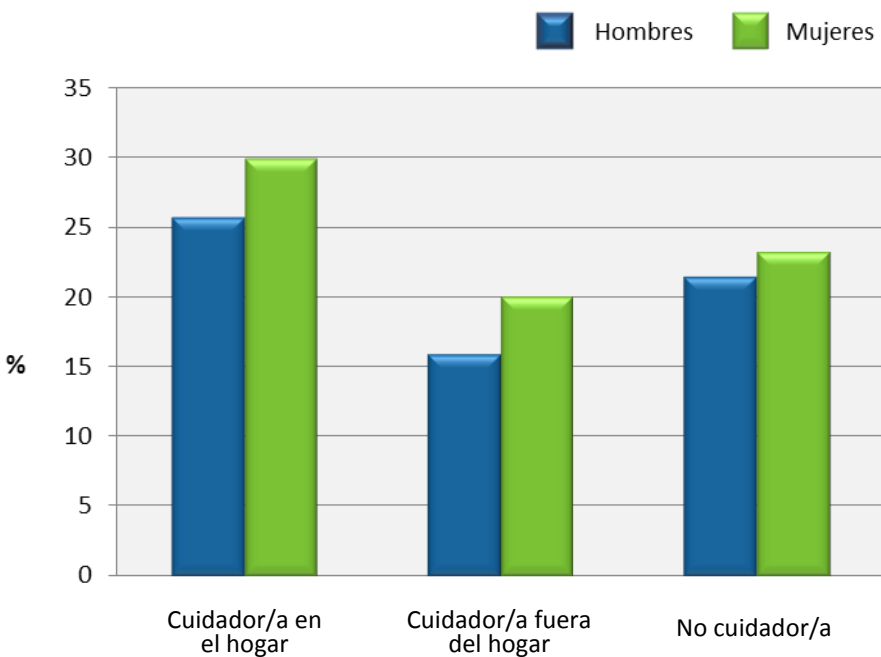
3.4.1. Autovaloración de la salud

Al comparar con la población no cuidadora, las personas cuidadoras de un familiar con el que conviven presentan un peor estado de salud percibido. De esta forma, es superior el porcentaje de personas que refieren mala salud (salud regular o mala; 25,7 % hombres y 29,9 % mujeres; Figura 34).

Figura 34. Prevalencia de autovaloración de la salud como regular o mala estandarizada por edad y según sexo y tipo de cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.

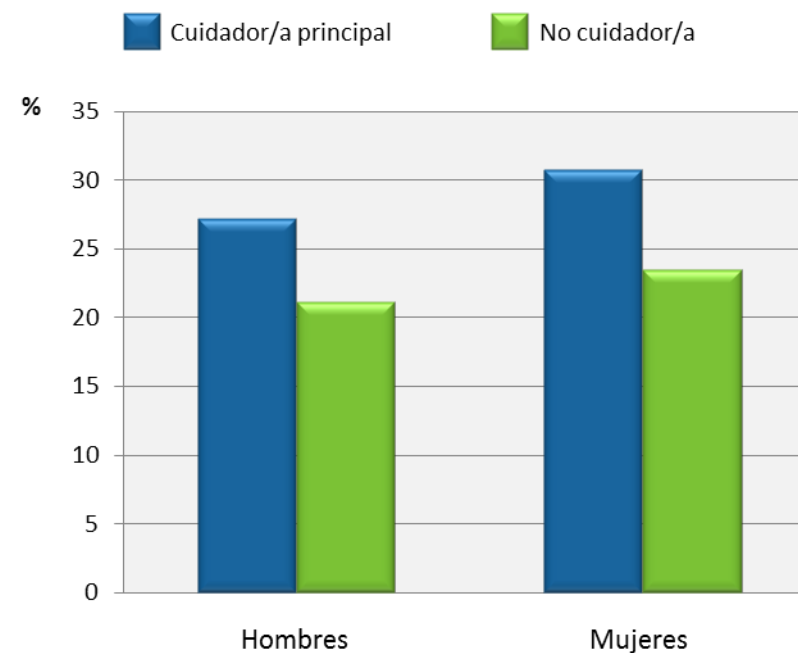
Estas diferencias son significativas en el caso de las mujeres que cuidan en el hogar (RP: 1,28; IC95%:1,02-1,60), pero no en el caso de las que cuidan fuera del hogar (RP: 1,09; IC95%: 0,81-1,47; Figura 35).

Figura 35. Razones de prevalencia ajustadas por edad de la autovaloración de la salud como regular o mala según sexo y tipo de cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



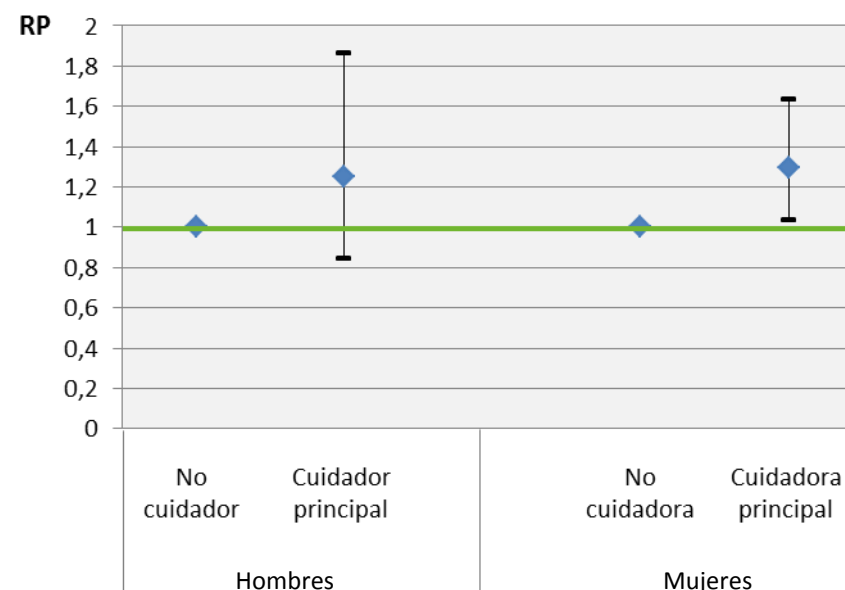
En comparación con las personas sin responsabilidades de cuidado, las cuidadoras principales valoran en una mayor proporción su salud como mala, con peores resultados entre las mujeres (Figura 36).

Figura 36. Prevalencia de salud regular o mala estandarizada por edad y según sexo en población cuidadora principal y no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



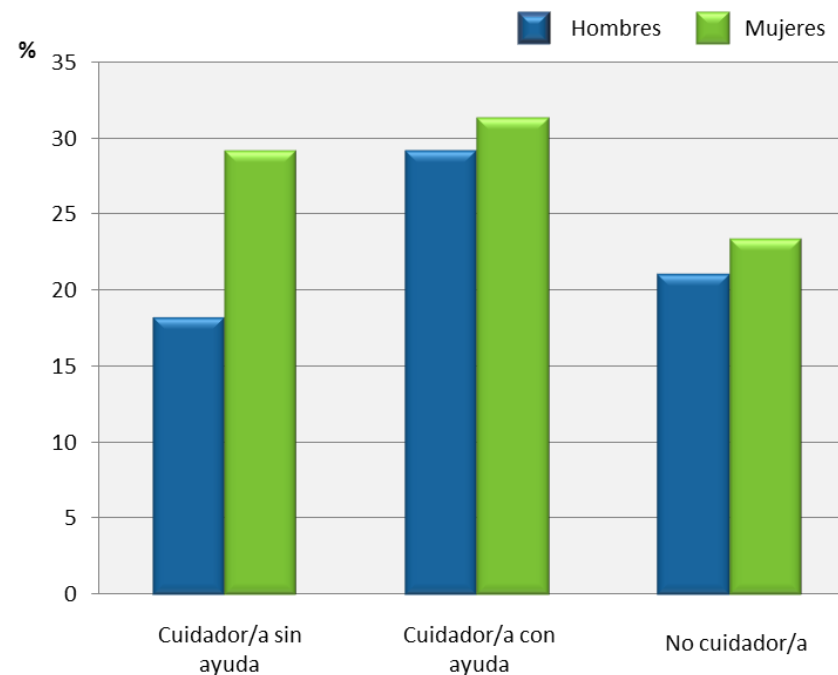
Además, se observa que las mujeres cuidadoras principales tienen 30 % más probabilidades de referir mala salud que la población no cuidadora (RP: 1,30; IC95%: 1,03-1,63; Figura 37).

Figura 37. Razones de prevalencia ajustadas por edad y según sexo de autovaloración de la salud como regular o mala en población cuidadora principal y no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



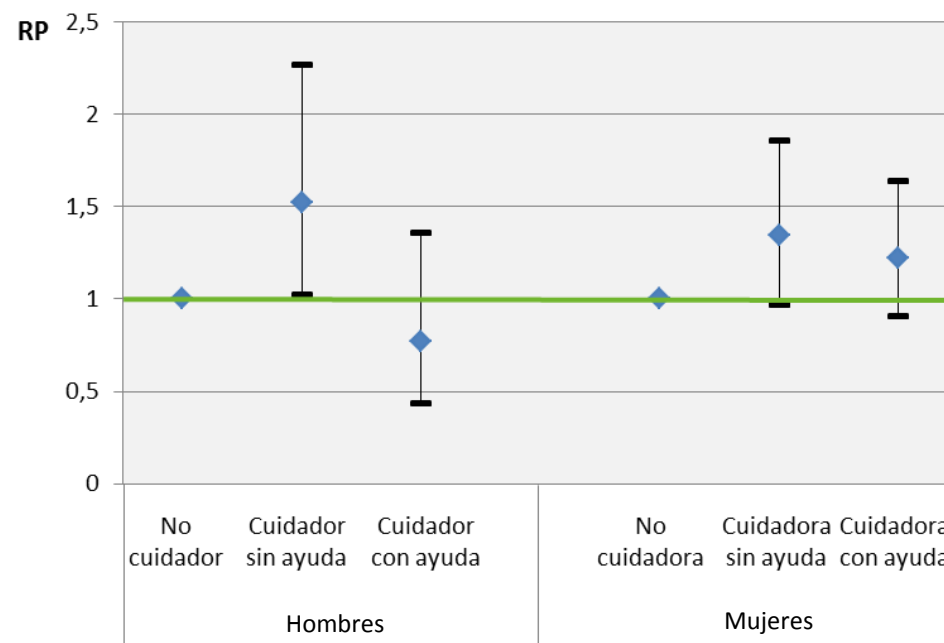
Cuando se comparan las personas no cuidadoras con las que cuidan según reciban o no ayuda para cuidar, la prevalencia de la mala salud entre los hombres y mujeres que reciben ayuda supera la de quienes no cuidan. Igualmente sucede en las mujeres cuidadoras que no reciben ayuda, pero no en los hombres cuidadores, los cuales presentan una prevalencia menor que los que no cuidan (Figura 38).

Figura 38. Prevalencia de valoración de la salud como regular o mala estandarizada por edad y según sexo y recepción de ayuda o no en el cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



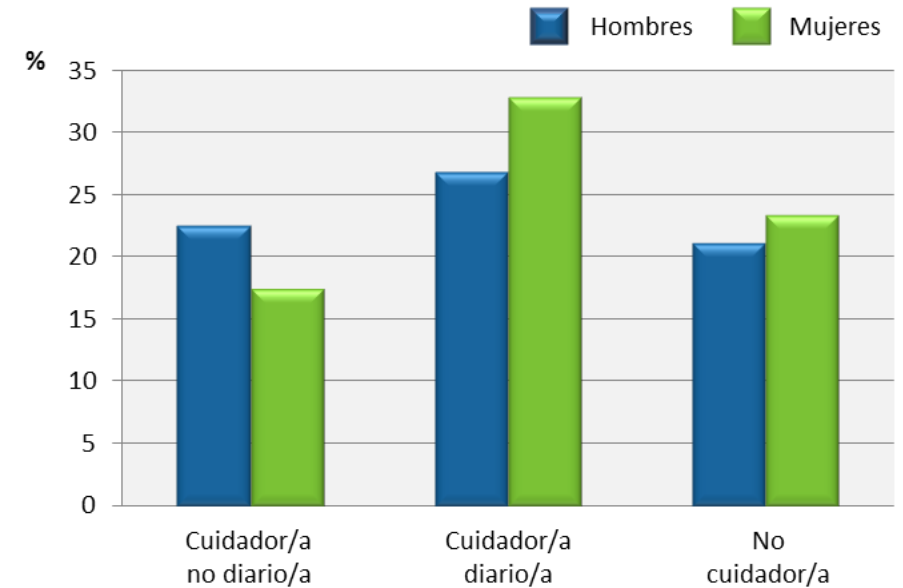
Una vez ajustada la edad, solo en los hombres se asocia el cuidado sin ayuda con la mala salud (RP: 1,52; IC95%:1,02-2,27; Figura 39).

Figura 39. Razones de prevalencia ajustadas por edad de autovaloración de la salud como regular o mala según sexo y recepción o no de ayuda en el cuidado en comparación con población no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



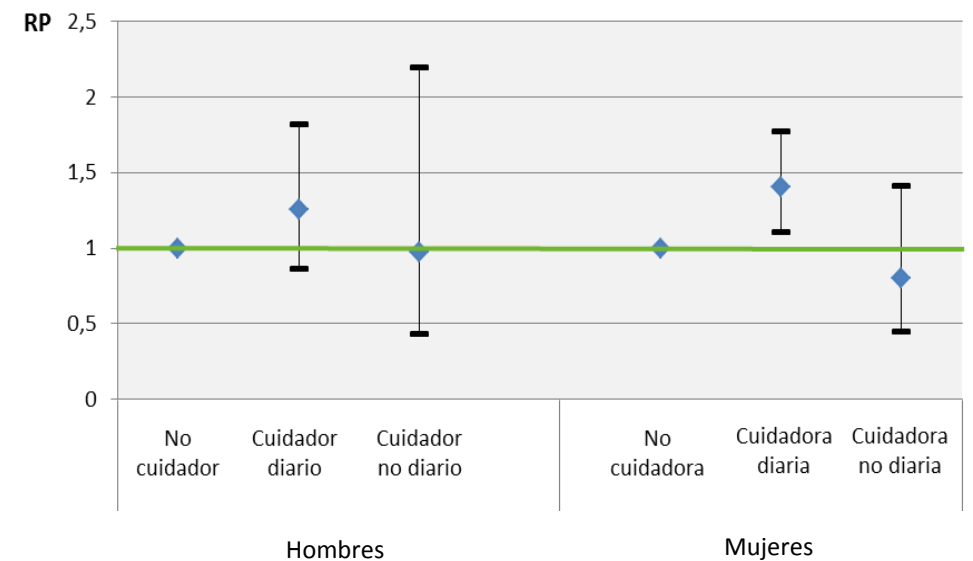
Diferenciando a la población cuidadora en función de la frecuencia de la prestación de cuidados, se observa que quienes lo hacen diariamente refieren mala salud en mayor medida que quienes cuidan con una frecuencia menor o quienes no cuidan (26,8 % y 32,9 % hombres y mujeres respectivamente, Figura 40).

Figura 40. Prevalencia de salud valorada como regular o mala estandarizada por edad según sexo y frecuencia de cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



De hecho, existe una relación entre la mala salud percibida y ser mujeres cuidadoras diarias (RP: 1,41; IC95%:1,11-1,78). Entre los hombres las asociaciones no muestran significación (Figura 41).

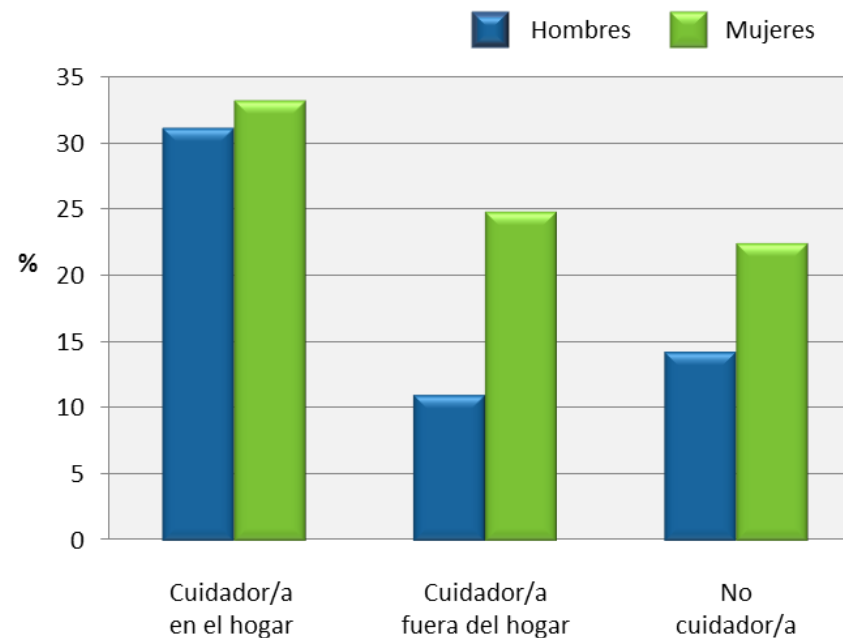
Figura 41. Razones de prevalencia ajustadas por edad de la autovaloración de la salud como regular o mala según sexo y frecuencia de cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



3.4.2. Salud mental

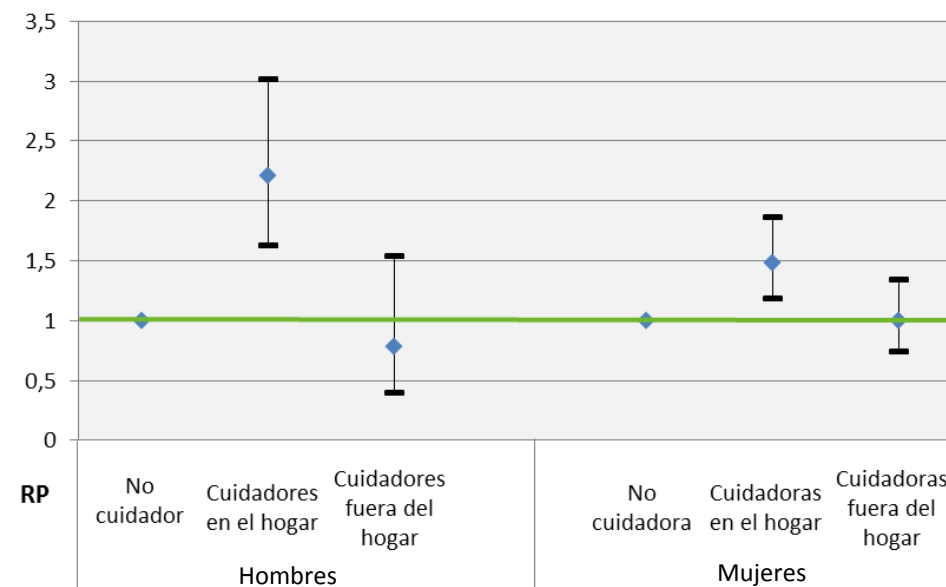
En cuanto a su salud mental, casi un tercio de las personas cuidadoras en el hogar, así como una cuarta parte de las mujeres que asisten fuera del hogar presentan síntomas de depresión y/o ansiedad, valores que superan los de la población no cuidadora (Figura 42).

Figura 42. Prevalencia de síntomas de depresión y/o ansiedad estandarizada por edad según sexo y tipo de cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



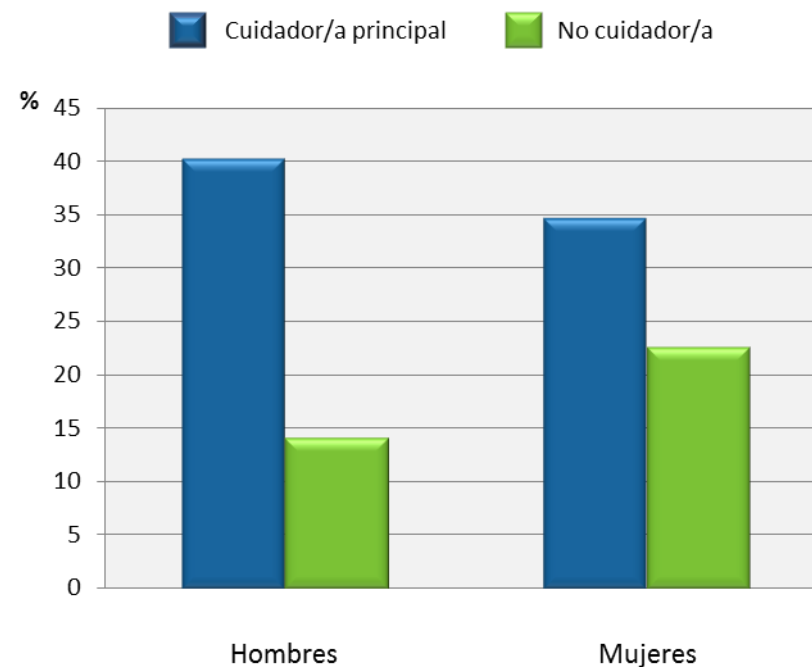
En ambos sexos se asocia de manera significativa el cuidado en el hogar con la mayor presencia de dichos síntomas, siendo la probabilidad del doble entre los hombres (RP: 2,21; IC95%: 1,62-3,02) y un 48 % superior entre las mujeres (RP: 1,48; IC95%: 1,19-1,86; Figura 43).

Figura 43. Razones de prevalencia ajustadas por edad de la presencia de depresión y/o ansiedad por sexo y tipo de cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



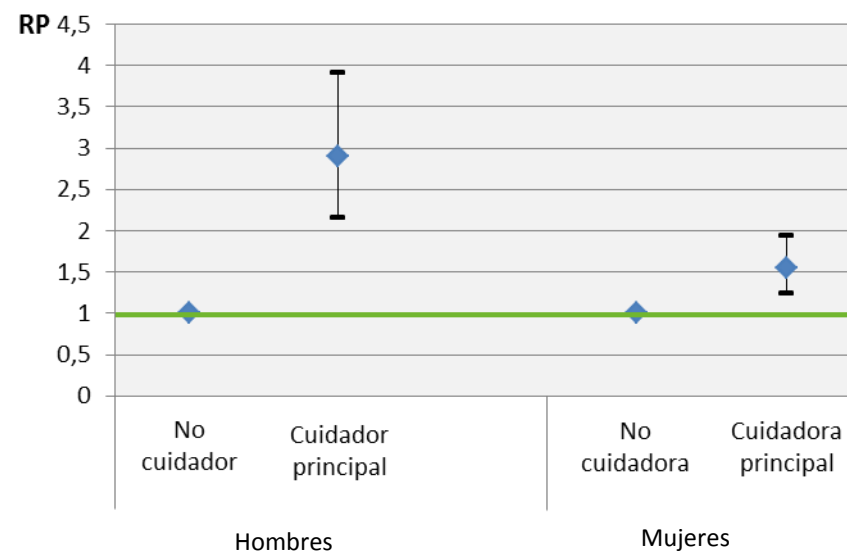
Al comparar con la población no cuidadora, se observan mayores prevalencias de presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión tanto en hombres como en mujeres que asumen la responsabilidad de ser cuidadores/as principales. Destaca especialmente la diferencia existente entre los hombres de las dos categorías (Figura 44).

Figura 44. Prevalencia de síntomas de depresión y/o ansiedad estandarizada por edad y según sexo en la población cuidadora principal y no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



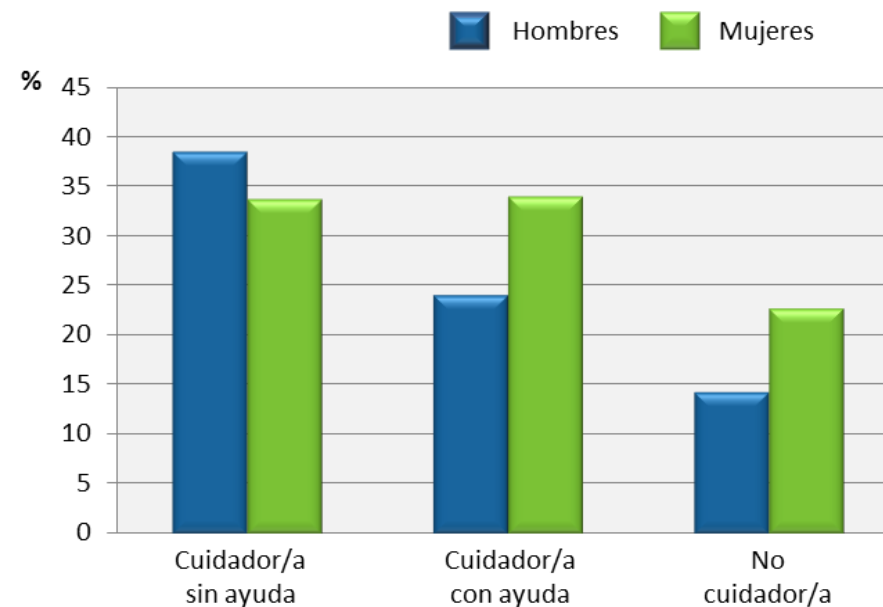
En ambos sexos se aprecia una asociación significativa de dichos síntomas con ser cuidador/a principal (Figura 45).

Figura 45. Razones de prevalencia ajustadas por edad y según sexo de presencia de síntomas de depresión y/o ansiedad en personas cuidadoras principales con respecto a población no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



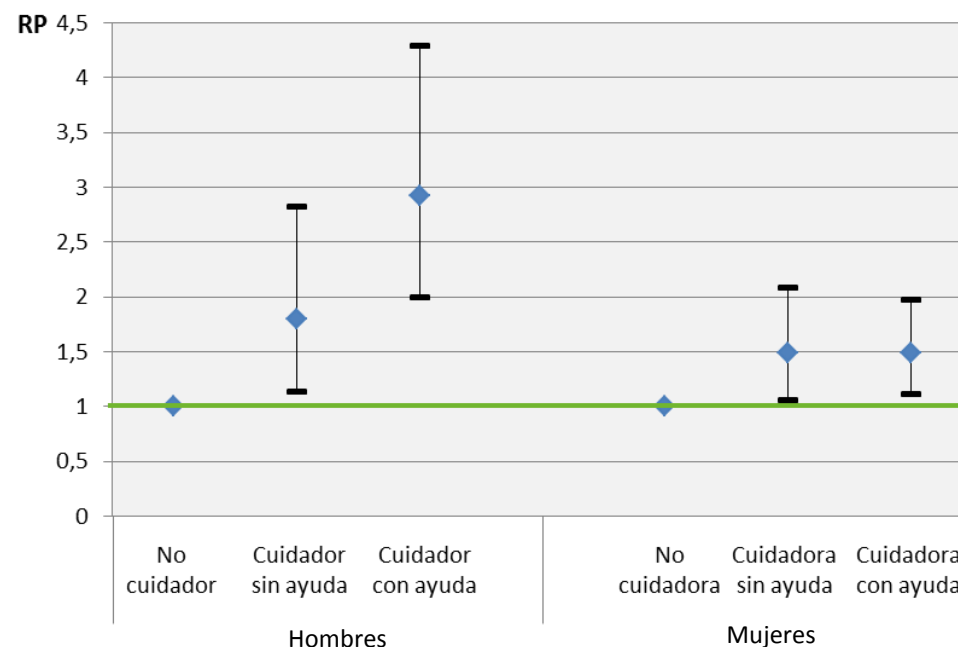
Al analizar a las personas cuidadoras en función de la recepción de ayuda, se observa que entre los hombres la presencia de síntomas de depresión y/o ansiedad se identifica en mayor medida en quienes cuidan sin ayuda (38,4 %). En las mujeres, las cifras son similares entre quienes reciben y quienes no reciben ayuda, siendo en ambos casos superiores a las de las mujeres no cuidadoras (Figura 46).

Figura 46. Prevalencia de síntomas de depresión y/o ansiedad estandarizada por edad según sexo y recepción de ayuda o no en el cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



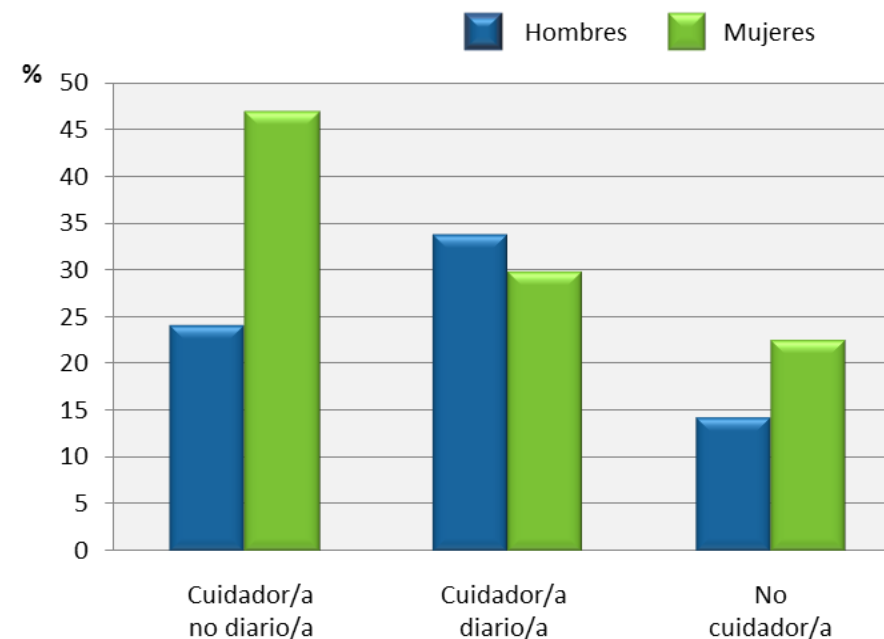
Cuidar, ya sea con ayuda o sin ella, se relaciona significativamente con dichos síntomas tanto en hombres como en mujeres, pero de manera más acusada entre los hombres que reciben ayuda (RP: 2,92; IC95%: 2,00-4,28; Figura 47).

Figura 47. Razones de prevalencia ajustadas por edad de síntomas de depresión y/o ansiedad según sexo y recepción o no de ayuda en el cuidado en comparación con población no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



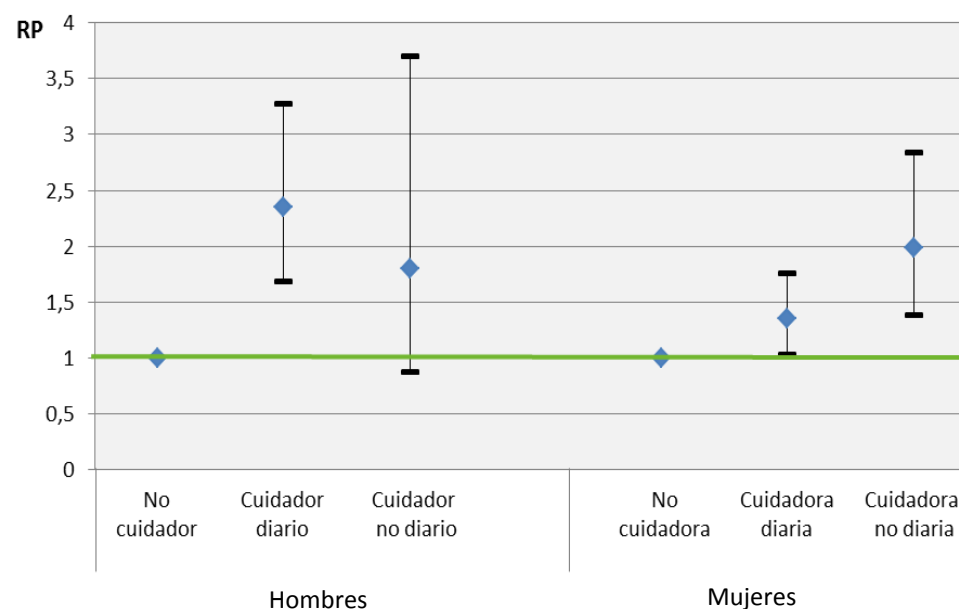
Analizando la salud mental según la frecuencia de prestación de cuidados, los síntomas de depresión y/o ansiedad resultan ser más prevalentes entre mujeres cuidadoras no diarias (47,0 %) y hombres cuidadores diarios (33,8 %; Figura 48).

Figura 48. Prevalencia de síntomas de depresión y/o ansiedad estandarizada por edad según sexo y frecuencia de cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



Así, se aprecia una relación significativa entre los citados síntomas y el cuidado diario entre los hombres y cualquiera que sea la frecuencia de cuidado en las mujeres (Figura 49).

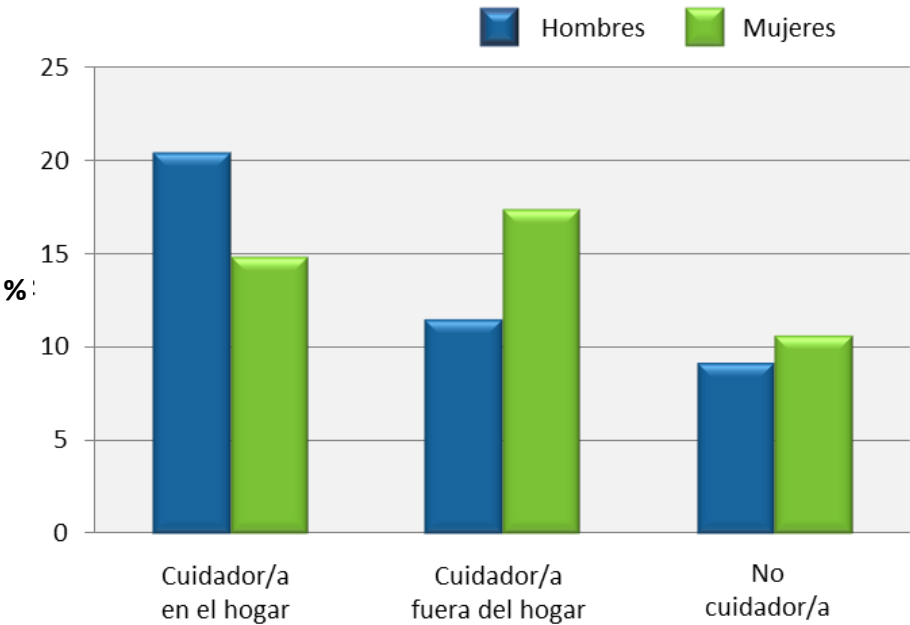
Figura 49. Razones de prevalencia ajustadas por edad de síntomas de depresión y/o ansiedad según sexo y frecuencia de cuidado en comparación con población no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



3.4.3. Apoyo social

Al estudiar a la población cuidadora según el lugar de provisión de cuidados, son los hombres cuidadores en el hogar (20,4 %) y las mujeres cuidadoras fuera del hogar (17,4 %) quienes presentan menor apoyo social (Figura 50).

Figura 50. Prevalencia de apoyo social bajo estandarizada por edad según sexo y tipo de cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



Ser hombre cuidador en el hogar se relaciona con el apoyo social bajo (RP: 2,25; IC95%: 1,50-3,37; Figura 51).

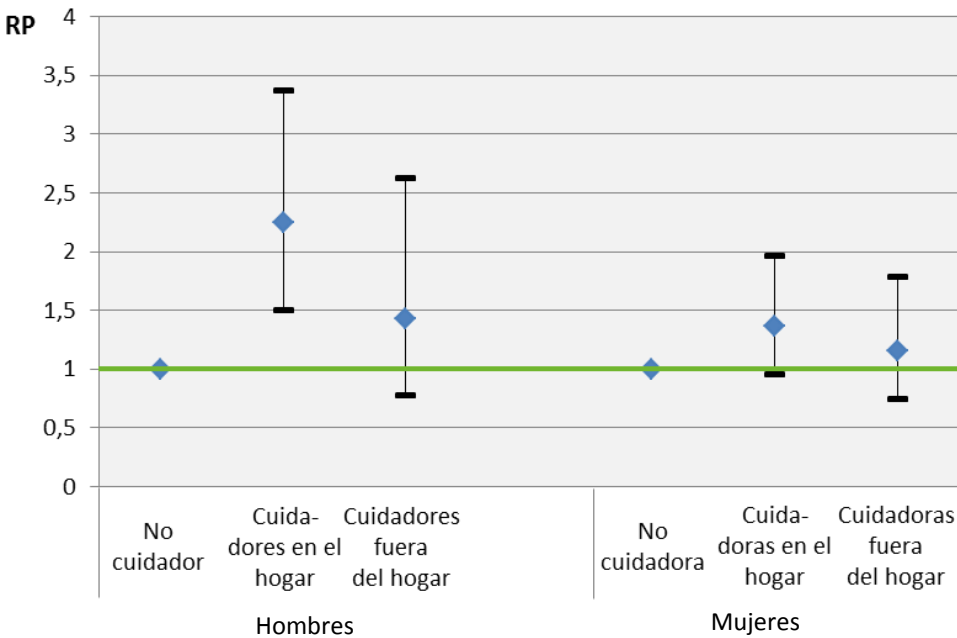


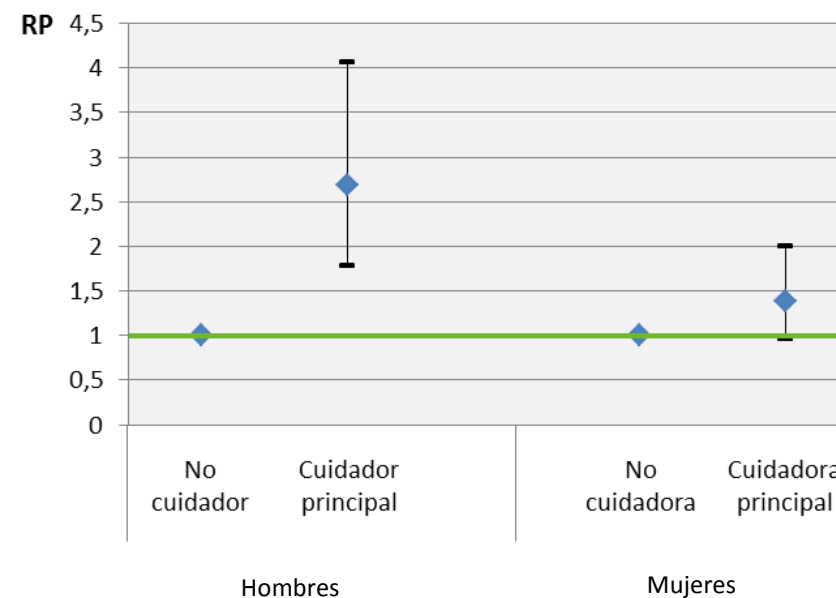
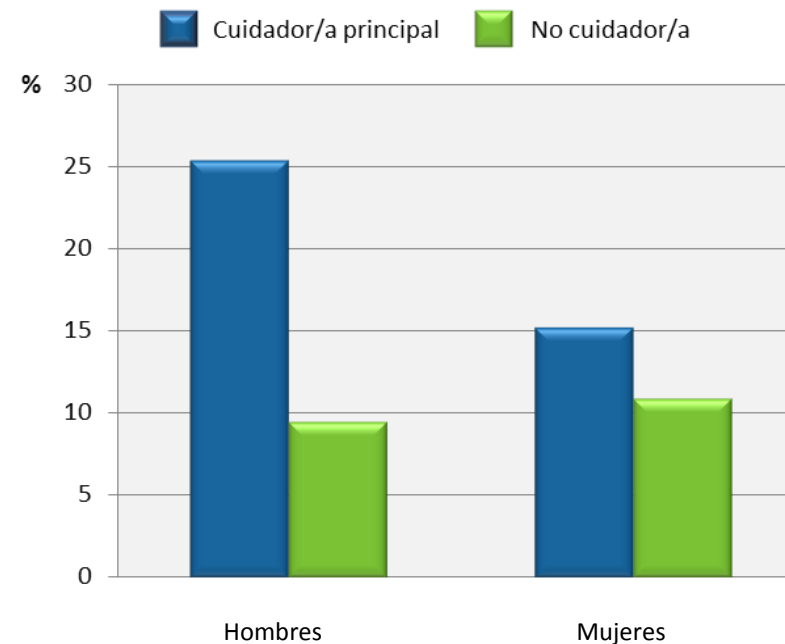
Figura 51. Razones de prevalencia ajustadas por edad de apoyo social bajo por sexo y tipo de cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.

Por su parte, las personas que ejercen de cuidadoras principales tienen un apoyo social bajo en mayor medida que la población no cuidadora. En este caso son los hombres los que tienen peores resultados (25,3 % vs 15,2 %; Figura 52).

Figura 52. Prevalencia de apoyo social bajo estandarizada por edad y según sexo en la población no cuidadora y cuidadora principal. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.

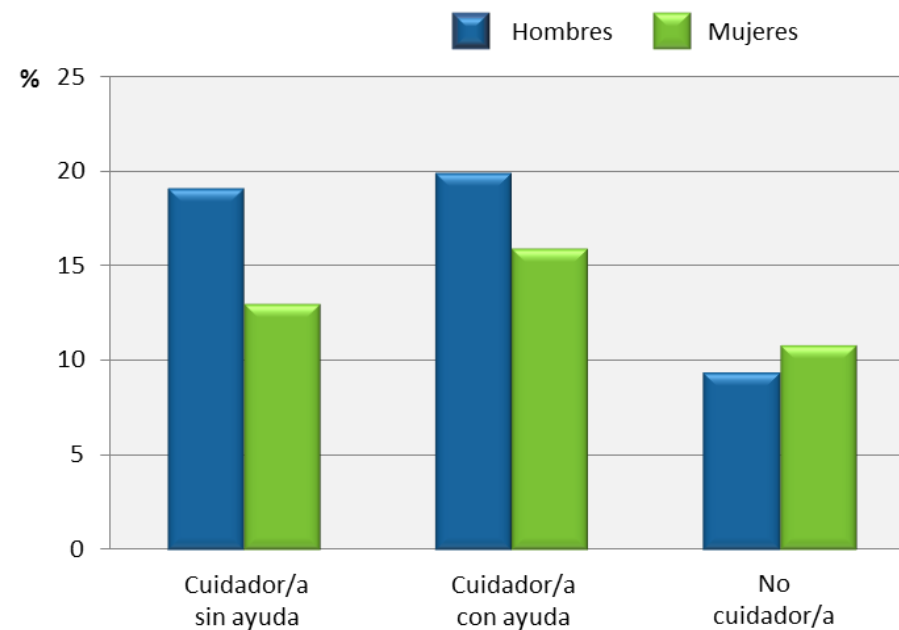
Se observa que en los hombres la probabilidad de tener bajo apoyo social se duplica con respecto a los que no tiene responsabilidades de cuidado (RP: 2,69; IC95%: 1,79-4,06). Entre las mujeres la asociación no muestra significación (Figura 53).

Figura 53. Razones de prevalencia ajustadas por edad y según sexo de apoyo social bajo en personas cuidadoras principales con respecto a población no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



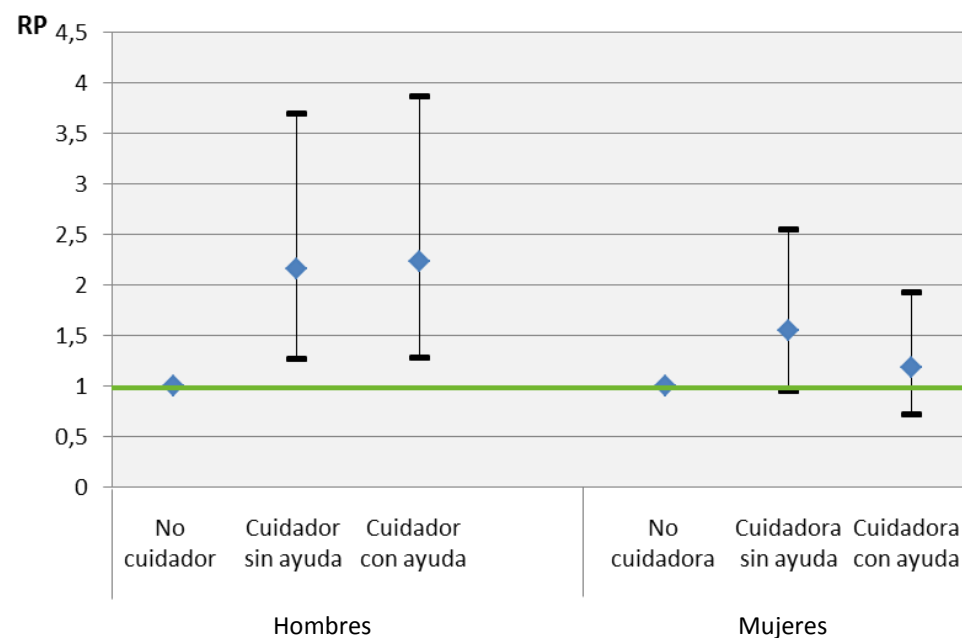
Al analizar la población cuidadora en función de si recibe o no ayuda en la prestación de cuidados, se aprecia que la prevalencia de apoyo social bajo es superior en hombres, con valores próximos al 20 % tanto en quienes tienen ayuda como en quienes no la tienen (Figura 54).

Figura 54. Prevalencia de apoyo social bajo estandarizada por edad según sexo y recepción de ayuda o no en el cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



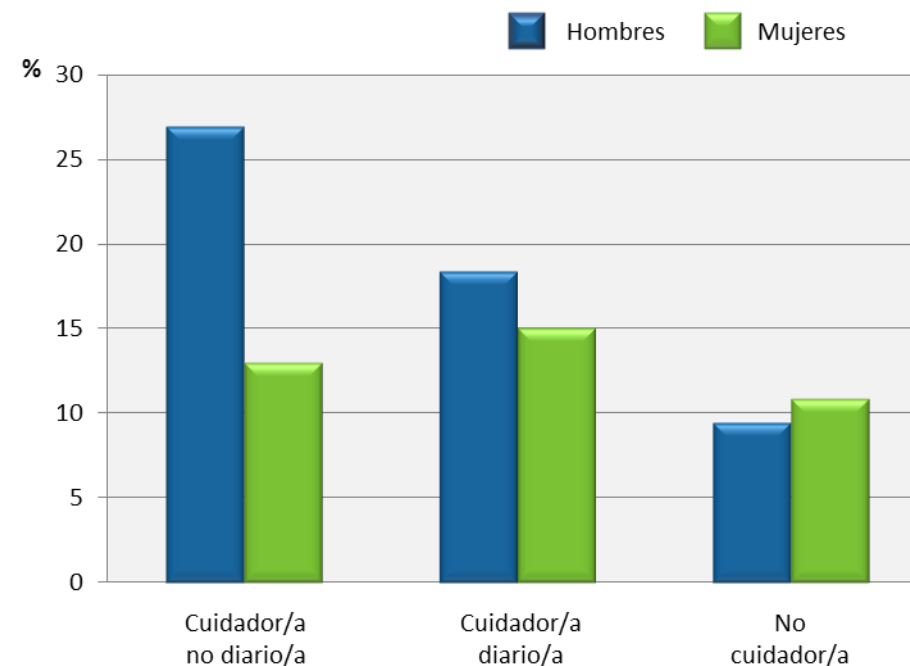
Así, la probabilidad de que los hombres cuidadores refieran un apoyo social bajo resulta ser dos veces superior a la de quienes no desempeñan tareas de asistencia. En las mujeres la asociación no es significativa (Figura 55).

Figura 55. Razones de prevalencia ajustadas por edad de apoyo social bajo según sexo y recepción o no de ayuda en el cuidado en comparación con población no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



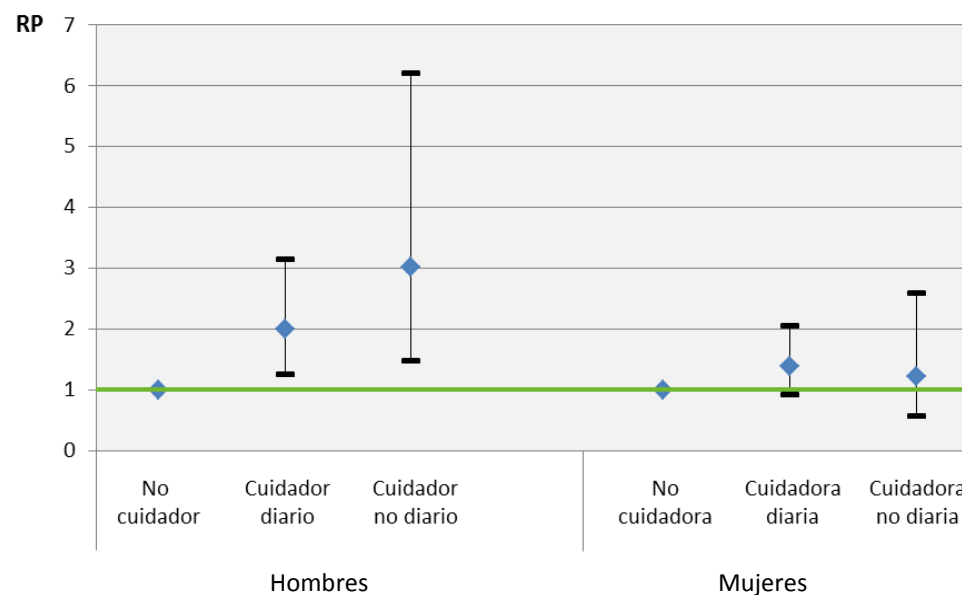
Por su parte, el apoyo social bajo es más prevalente entre quienes prestan asistencia con una frecuencia menor a la diaria, siendo la proporción en hombres (27,0 %) más del doble de la de las mujeres (12,9 %; Figura 56).

Figura 56. Prevalencia de percepción de apoyo social bajo estandarizada por edad según sexo y frecuencia de cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



En comparación con población no cuidadora, la probabilidad de apoyo social bajo es el doble entre los hombres que cuidan de manera diaria y el triple entre quienes lo hacen con una frecuencia inferior. Entre las mujeres no es significativa la asociación entre cualquiera de las categorías de cuidado y el apoyo social bajo (Figura 57).

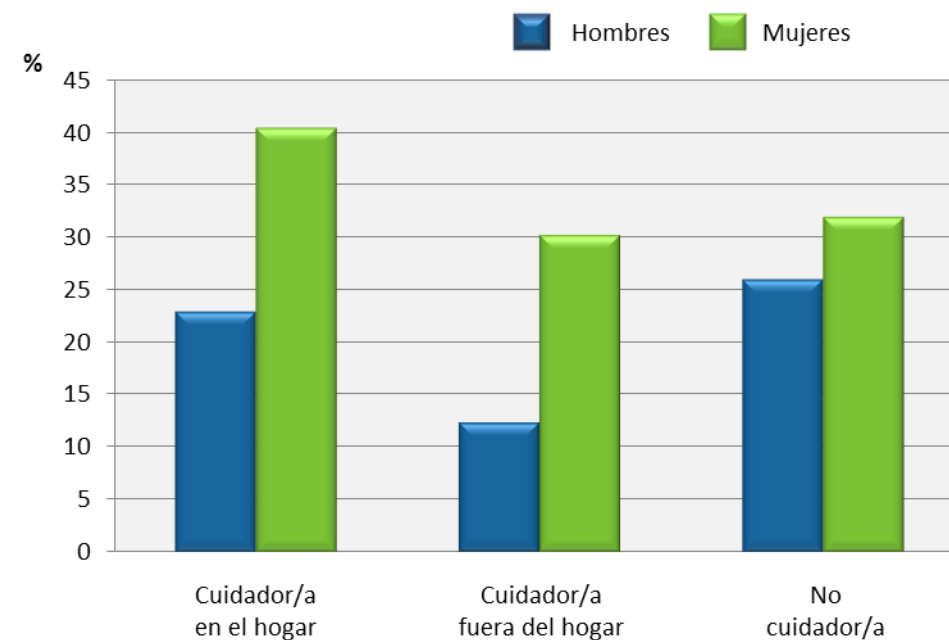
Figura 57. Razones de prevalencia ajustadas por edad de apoyo social bajo según sexo y frecuencia de cuidado en comparación con población no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



3.4.4. Actividad física

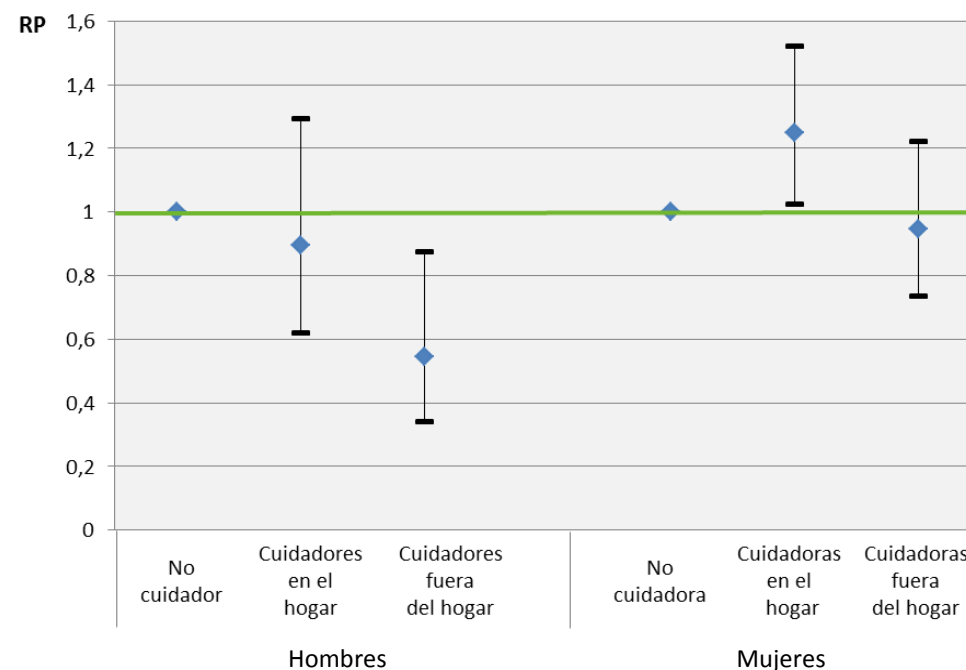
En cuanto al estudio de los hábitos de vida, la evaluación de la actividad física muestra que, en comparación con la población no cuidadora, las mujeres cuidadoras dentro del hogar tienen una prevalencia de sedentarismo superior (40,4 %), mientras que los hombres presentan un valor inferior (23,0 %). Por su parte, el sedentarismo entre las personas cuidadoras fuera del hogar es inferior al de la población no cuidadora tanto en hombres (12,5 %) como en mujeres (30,3 %; Figura 58).

Figura 58. Prevalencia de sedentarismo estandarizada por edad según sexo y tipo de cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



Al ajustar por edad se observa una asociación entre la vida sedentaria y ser mujer cuidadora en el hogar (RP: 1,25; IC95%: 1,02-1,52; Figura 59).

Figura 59. Razones de prevalencia ajustadas por edad del sedentarismo por sexo y tipo de cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.

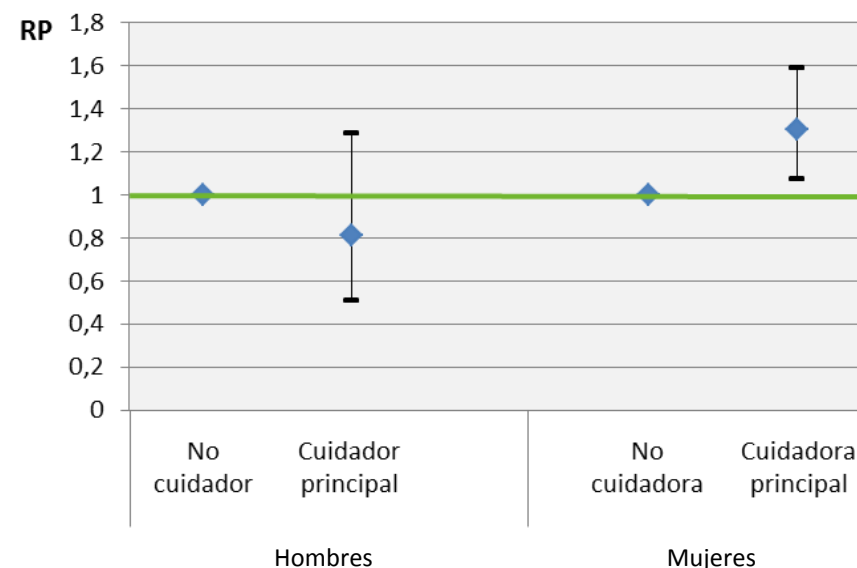
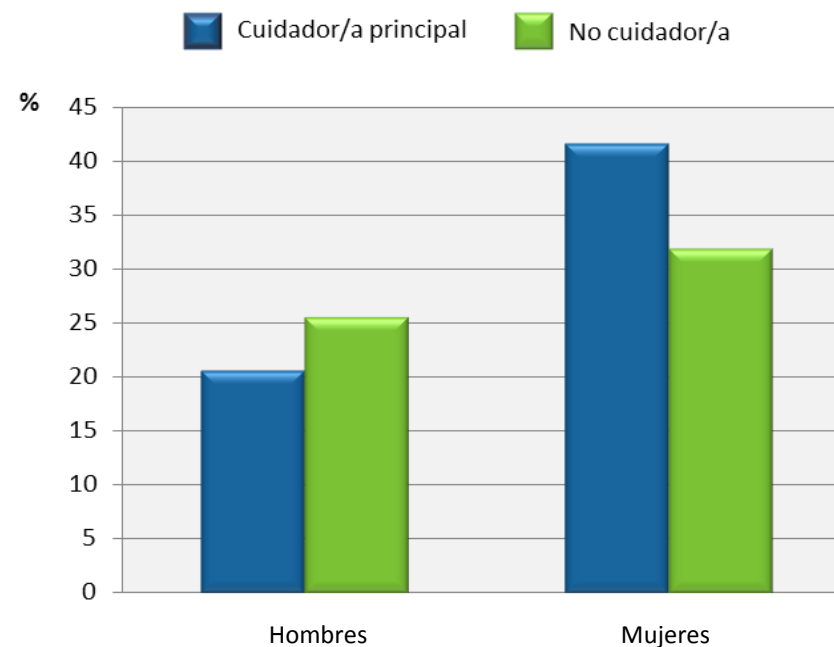


Entre la población cuidadora principal se aprecia que el 20,6 % de hombres y más del doble de mujeres (41,6 %) tienen una vida sedentaria. En el caso de los primeros el valor es inferior al de la población no cuidadora, a diferencia de lo que ocurre en el caso de las mujeres (Figura 60).

Figura 60. Prevalencia de sedentarismo estandarizada por edad y según sexo en la población cuidadora principal y no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.

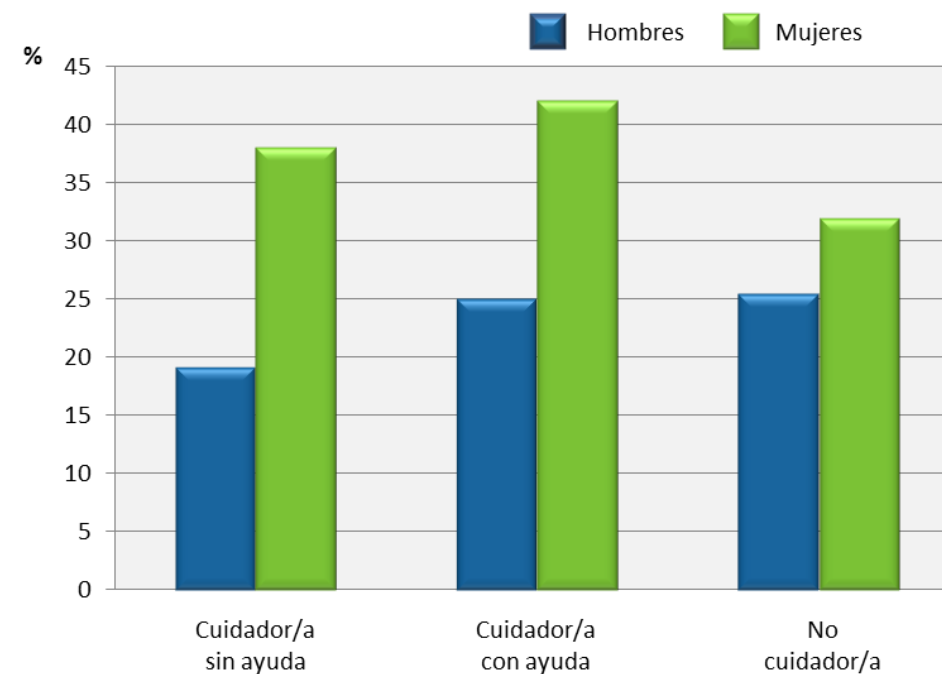
Además, se observa que las mujeres cuidadoras principales tienen un 30 % más de probabilidades de llevar una vida sedentaria que quienes no son cuidadoras. Entre los hombres la asociación no muestra significación (Figura 61).

Figura 61. Razones de prevalencia ajustadas por edad y según sexo de sedentarismo en personas cuidadoras principales con respecto a población no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



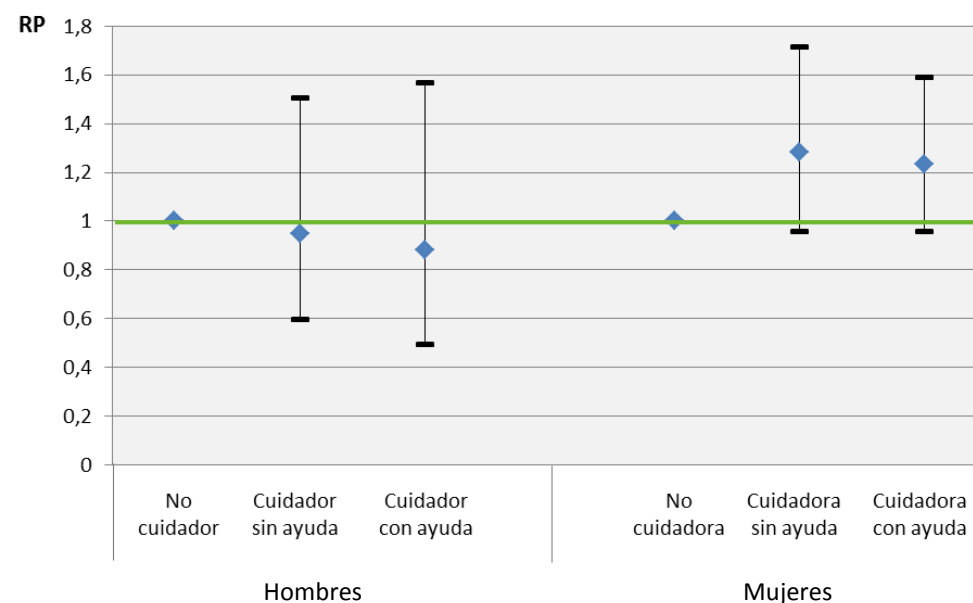
Estudiando a la población cuidadora en función de la recepción o no de ayuda, en todas las categorías el sedentarismo es superior entre las mujeres, teniendo su valor máximo en quienes reciben ayuda en las tareas de cuidado (42,1 %). Entre los hombres rondan el 25 % tanto los no cuidadores como los que cuidan con ayuda (Figura 62).

Figura 62. Prevalencia de sedentarismo estandarizada por edad según sexo y recepción de ayuda o no en el cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



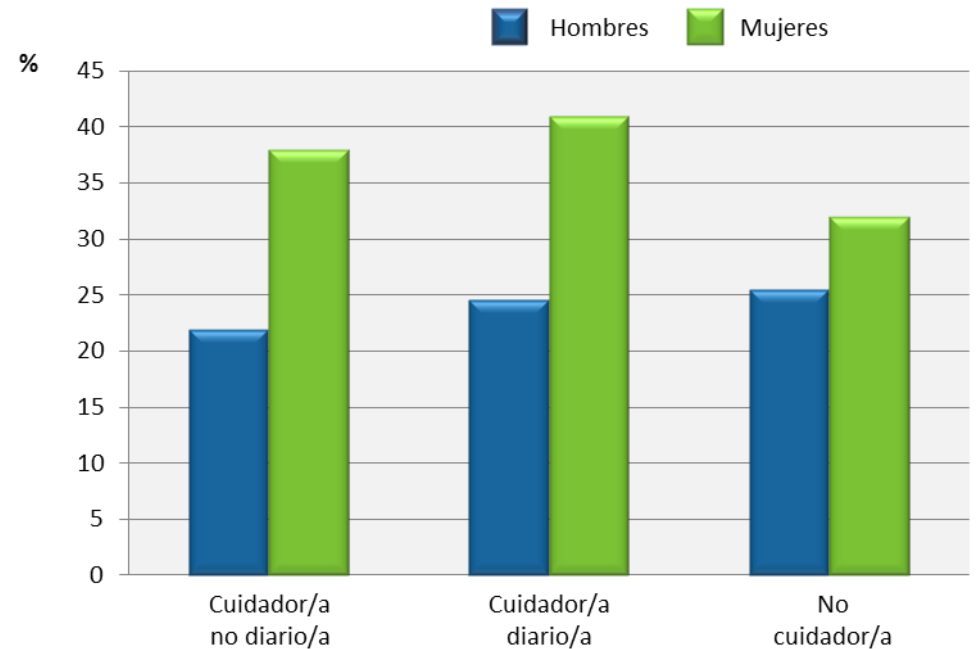
Ni en hombres ni en mujeres es significativa la asociación del sedentarismo con las categorías de cuidadores/as consideradas (Figura 63).

Figura 63. Razones de prevalencia ajustadas por edad de sedentarismo según sexo y recepción o no de ayuda en el cuidado en comparación con población no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



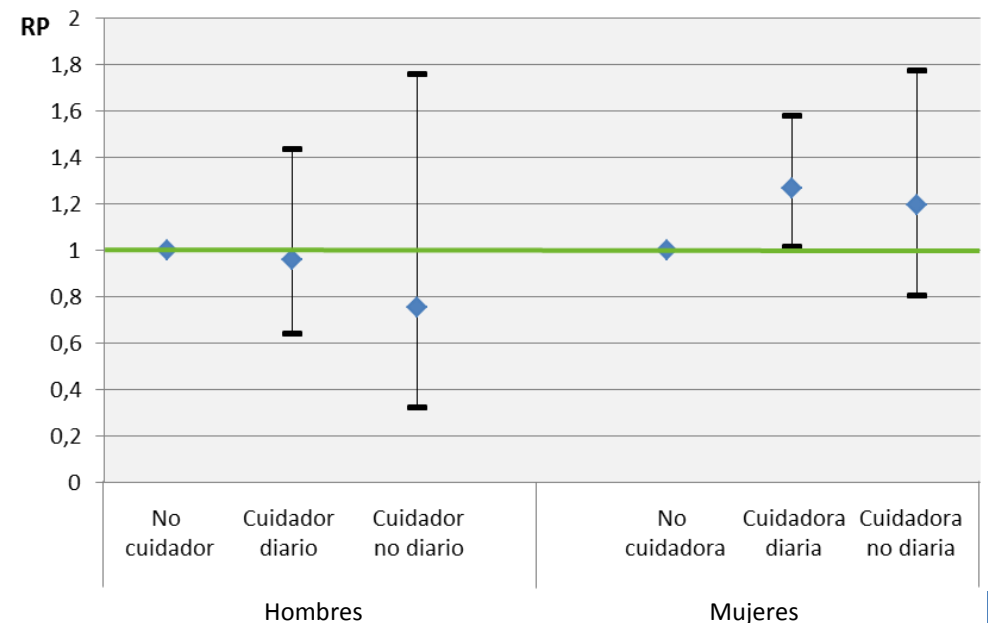
En el análisis de la actividad física según la frecuencia de provisión de cuidados, se aprecia que en hombres la prevalencia del sedentarismo es mayor entre quienes no tienen responsabilidades de cuidado (25,4 %), mientras que en las mujeres es entre las cuidadoras diarias (40.9 %) y no diarias (37,9 %; Figura 64).

Figura 64. Prevalencia de sedentarismo estandarizada por edad según sexo y frecuencia de cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



No se observa en los hombres una asociación significativa entre ser cuidador, ya sea con frecuencia diaria o inferior, y sedentarismo, pero sí en las mujeres que cuidan diariamente (RP: 1,27; IC95%:1,02-1,58; Figura 65).

Figura 65. Razones de prevalencia ajustadas por edad de sedentarismo según sexo y frecuencia de cuidado en comparación con población no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



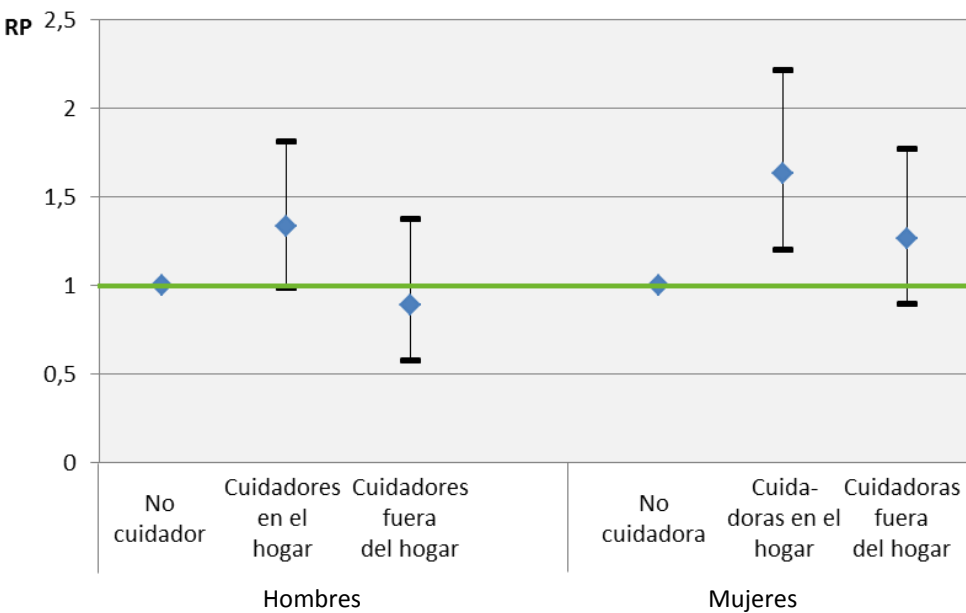
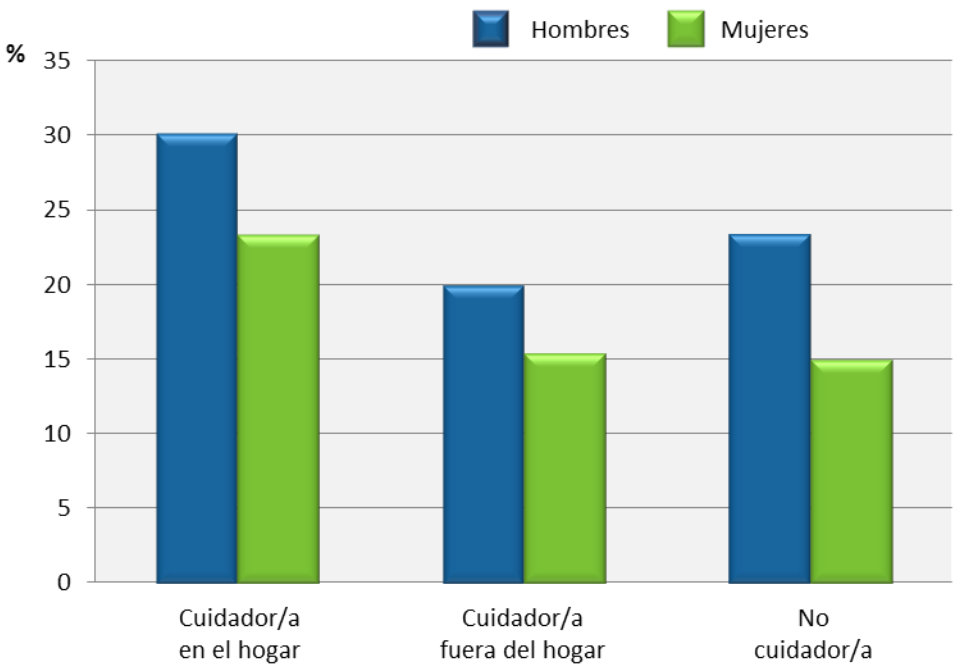
3.4.5. Consumo de tabaco

En relación con el tabaquismo, las prevalencias son superiores en hombres y mujeres que cuidan en el hogar que en personas que asisten fuera del hogar y que en población no cuidadora (Figura 66).

Figura 66. Prevalencia de consumo de tabaco estandarizada por edad según sexo y tipo de cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.

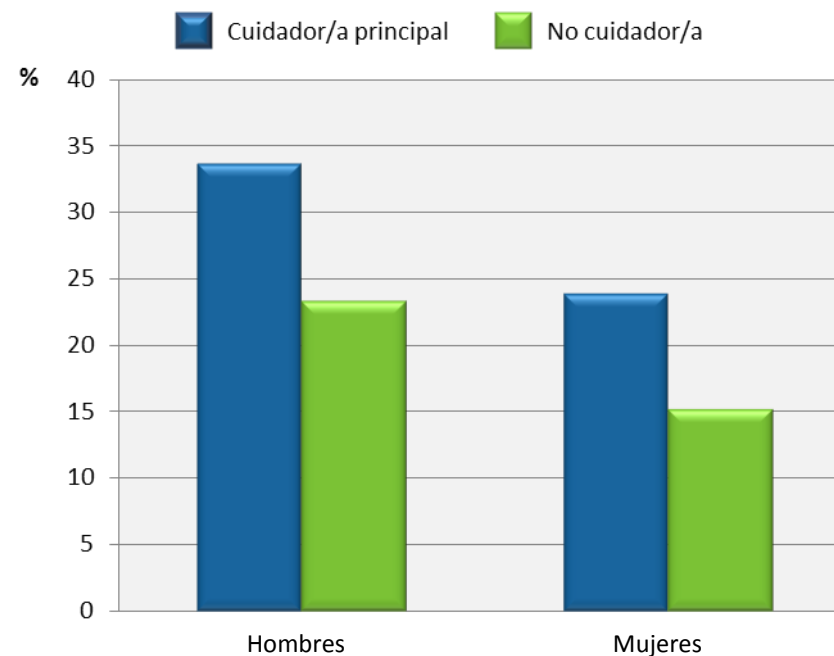
Así, se observa que las mujeres cuidadoras en el hogar tienen más probabilidades de fumar que otras mujeres (RP: 1,63; IC95%: 1,21-2,22; Figura 67).

Figura 67. Razones de prevalencia ajustadas por edad de ser fumador/a por sexo y tipo de cuidado. Población de 45 a 84 años en la CAPV, 2013.



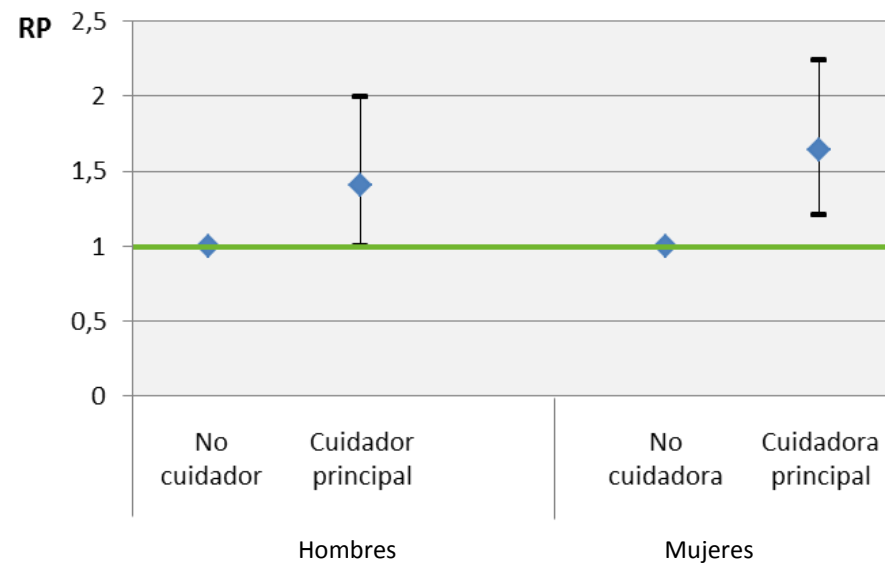
En cuanto a la población cuidadora principal, el 33,6 % de hombres y el 23,9 % de mujeres cuidadores/as declaran fumar, valores superiores a los de la población no cuidadora (Figura 68).

Figura 68. Prevalencia del consumo de tabaco estandarizada por edad y según sexo en la población cuidadora principal y no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



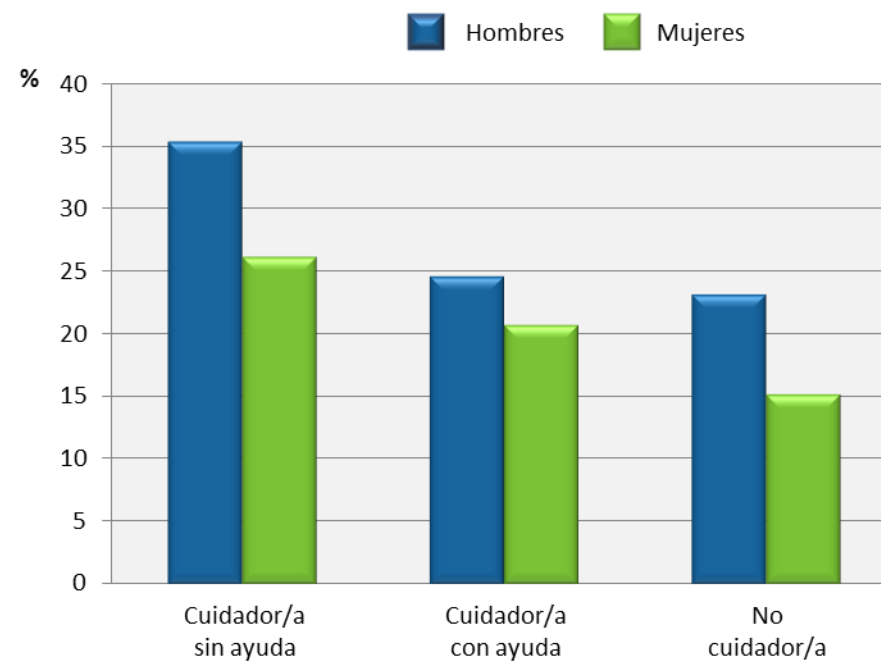
Sin embargo, tras ajustar por edad, solo en el caso de las mujeres cuidadoras principales se observa una asociación significativa con el consumo de tabaco (RP: 1,64; IC95%: 1,21-2,24; Figura 69).

Figura 69. Razones de prevalencia ajustadas por edad y según sexo del consumo de tabaco en personas cuidadoras principales con respecto a población no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



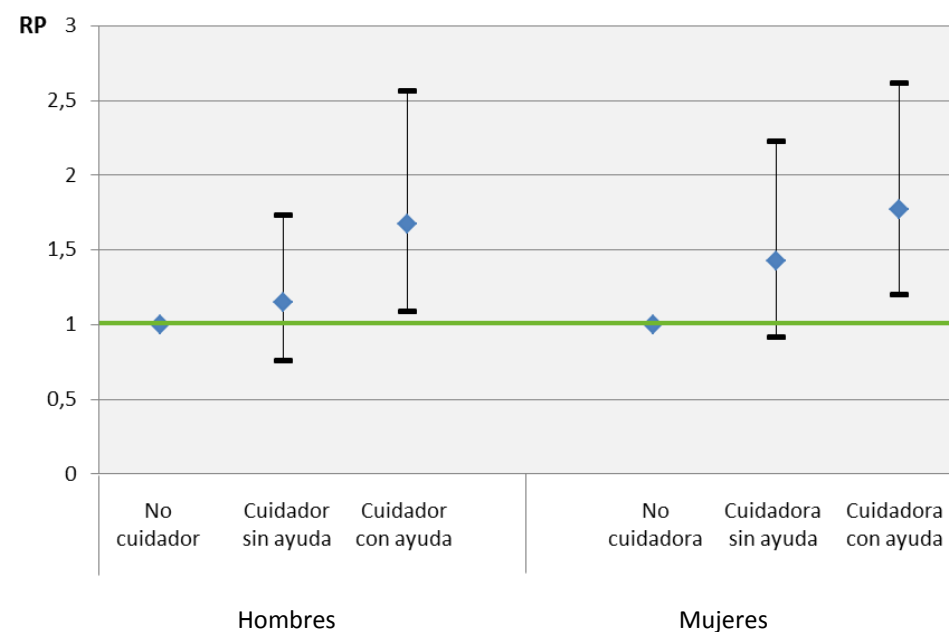
Analizando a las personas cuidadoras en función de si reciben o no ayuda, son estas últimas quienes presentan mayores tasas de tabaquismo (35,4 % y 26,1 % hombres y mujeres respectivamente), seguidos por quienes sí tienen algún tipo de ayuda (Figura 70).

Figura 70. Prevalencia de consumo de tabaco estandarizada por edad según sexo y recepción de ayuda o no en el cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



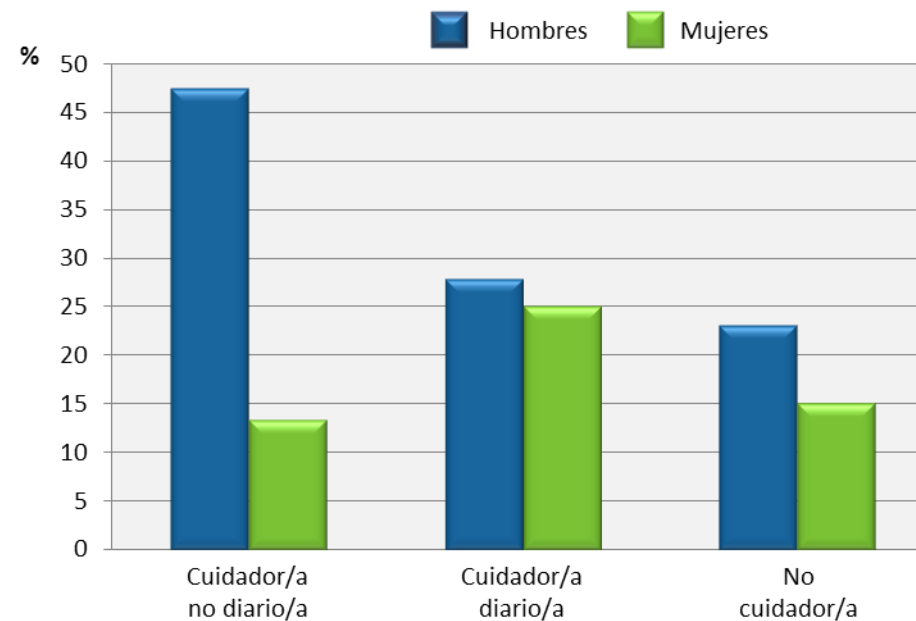
Ajustando por edad, cuidar con ayuda muestra una relación significativa con un mayor consumo de tabaco en ambos sexos (en hombres RP: 1,67; IC95%: 1,09-2,56; en mujeres RP: 1,77; IC95%: 1,20-2,61; Figura 71).

Figura 71. Razones de prevalencia ajustadas por edad de consumo de tabaco según sexo y recepción o no de ayuda en el cuidado en comparación con población no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



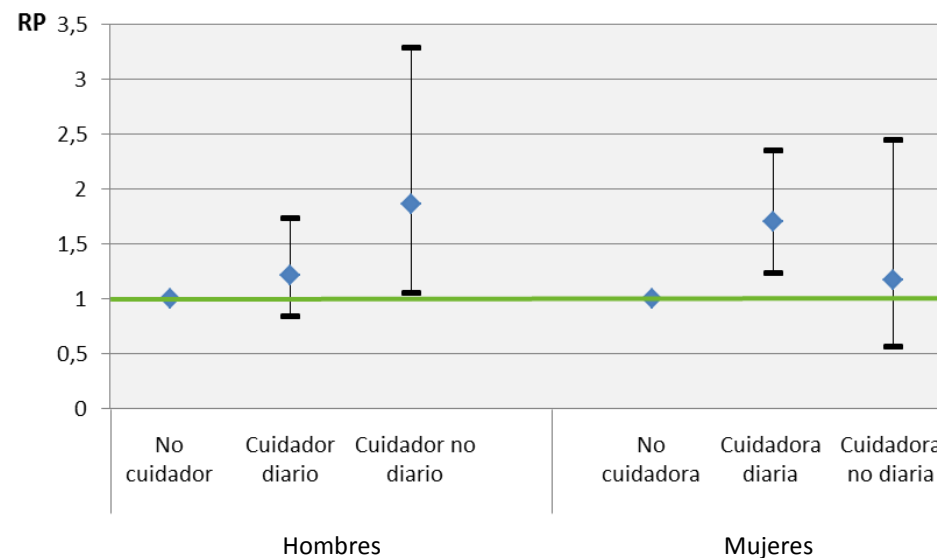
En función de la frecuencia de provisión de cuidados, se observa que es entre los hombres que no prestan cuidados diariamente donde se da la mayor prevalencia de consumo de tabaco (47,5 %), seguidos a distancia por las mujeres cuidadoras diarias (25,1 %; Figura 72).

Figura 72. Prevalencia de consumo de tabaco estandarizada por edad según sexo y frecuencia de cuidado. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



De hecho, son precisamente las citadas características las que se asocian con una mayor probabilidad de fumar, es decir, ser hombre cuidador no diario (RP: 1,86; IC95%: 1,05-3,29) y ser mujer cuidadora diaria (RP: 1,70; IC95%: 1,23-2,35; Figura 73).

Figura 73. Razones de prevalencia ajustadas por edad de consumo de tabaco según sexo y frecuencia de cuidado en comparación con población no cuidadora. Población de 45 a 84 años de la CAPV, 2013.



4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Este informe analiza en profundidad la situación de cuidado informal en la CAPV, aportando una visión de las características de las dos personas que forman parte de la diada de cuidado, así como de los efectos que tiene esa prestación de cuidados sobre quien los provee.

La mayor concentración de personas que precisan cuidados se da entre las mujeres a partir de 65 años. Esto se debe a multitud de factores, como son el menor riesgo de mortalidad de las mujeres en todos los grupos de edad (Bacigalupe y Martín, 2007), lo que lleva a una mayor esperanza de vida (85,4 años frente a 78,9 años de los hombres) (EUSTAT, 2014), y su mayor morbilidad tanto en cuanto a restricciones temporales de la actividad como a problemas crónicos, frecuentemente relacionados con factores de género (Bacigalupe y Martín, 2007).

Es conocido que estas desigualdades de género en resultados de salud se explican en gran medida por la existencia de desigualdades en determinantes sociales de la salud (Borrell et al., 2014). La clase social emerge como un factor clave para explicar las desigualdades puesto que, a medida que se asciende en la clase social se observa una disminución simultánea en la prevalencia de personas que requieren cuidados en ambos sexos, si bien tras tener en cuenta el efecto de la edad, la asociación solo es significativa entre los hombres. También es necesario considerar el nivel educativo de la población puesto que se aprecia que al incrementarse es menor la proporción de personas de ambos sexos que precisan asistencia en su vida diaria, relación que se mantiene tras ajustar por edad. Los datos observados parecen confirmar el gradiente social en salud, según el cual el incremento de recursos sociales como la educación, la clase social o los ingresos se asocian a niveles crecientes de salud y menor discapacidad (Arcaya et al., 2015), lo que contribuiría a un envejecimiento en mejores condiciones, reduciéndose las necesidades de cuidado entre la población.

En cuanto a la prestación de cuidado, el 8 % de la población residente en viviendas familiares lo lleva a cabo, siendo más prevalente entre las mujeres. Las personas cuidadoras, tanto hombres como mujeres, se concentran en el rango de edad de 35 a 64 años, predominan los casados/as y cuidan

principalmente a cónyuges. Estos datos coinciden en parte con el perfil de las personas cuidadoras de mayores dependientes en la población española (IMSERSO, 2005b; Esparza, 2011), aunque se observan algunas diferencias en lo que respecta a nivel de estudios y clase social. El nivel educativo más frecuente entre hombres y mujeres cuidadores/as en la CAPV es el de educación secundaria, frente a los estudios primarios o inferiores en el conjunto del Estado. En relación con la clase social, en las mujeres se aprecia un claro gradiente social con una mayor proporción de cuidadoras en las clases más desfavorecidas. Sin embargo, en general, entre los hombres los valores son similares en todas las categorías.

La valoración de la salud de las personas cuidadoras de 45 a 84 años, en comparación con la población no cuidadora, muestra un peor estado de salud entre las primeras, observándose también diferencias entre hombres y mujeres. En general, la población no cuidadora percibe su salud mejor que las personas con responsabilidades de cuidado. Analizando a las personas cuidadoras, quienes prestan cuidados dentro del hogar tienen peor salud. Esto podría deberse a que la intensidad de cuidado es mayor dentro del hogar que fuera.

Al comparar la presencia de síntomas de ansiedad o depresión entre población cuidadora y no cuidadora, se observa que son más prevalentes entre quienes asisten a una persona dependiente con la que conviven. El riesgo de tener una peor salud mental por parte de las personas cuidadoras se ha descrito anteriormente (Pinquart y Sorensen, 2003; Pereira y Filgueiras, 2009; Butterworth et al., 2010) y más entre las mujeres (González-Valentín y Gálvez-Romero, 2009; Larrañaga et al., 2008; Larrañaga et al., 2009; González-de Paz et al., 2016). El mayor deterioro de la salud mental cuando se cuida en el propio hogar podría deberse a que, en estos casos la dedicación horaria es superior, lo cual se asocia con peor salud mental (Masanet y La Parra, 2011) y una mayor sobrecarga de la persona cuidadora (Garcés et al., 2009; Gratao et al., 2012), que a su vez se relaciona con depresión (Tremont et al., 2013). Tanto la sobrecarga como la depresión se asocian de manera negativa

con el apoyo social (Losada et al., 2010), por tanto, cabría esperar que las mujeres fueran quienes percibieran un menor apoyo social. Sin embargo, los datos ajustados por edad muestran que los hombres cuidadores del estudio refieren menor apoyo social, particularmente cuando cuidan a un conviviente, siendo estos resultados similares a los descritos para la CAPV en 2002 (Larrañaga et al., 2008). El menor apoyo social entre hombres cuidadores ha sido descrito previamente (Cahill, 2000; Baker y Robertson, 2008) apuntándose como posibles factores explicativos la existencia de sentimientos de ambivalencia o culpa respecto a pedir ayuda, experiencias previas negativas o información insuficiente en cuanto a los servicios disponibles (Greenwood y Smith, 2015).

Para algunos autores/as la razón del empeoramiento del estado de salud de las personas cuidadoras se debe a que en el desempeño de las labores de cuidado dejan de cuidarse a sí mismas (Pimenta et al., 2009) y modifican su estilo de vida (Nardi et al. 2012). De ahí que resulte de interés conocer sus hábitos, como el ejercicio físico, tabaquismo, ocio, descanso, etc. Los datos muestran importantes desigualdades de género en la práctica del ejercicio físico, con mayor prevalencia de sedentarismo entre las mujeres que cuidan a un conviviente y de forma diaria, lo cual podría deberse a la mayor dedicación de tiempo a las tareas de asistencia y, por lo tanto, menor tiempo para sí mismos/as (Bedini y Guinan, 1996; Araujo et al., 2009). Esto a su vez podría explicar en parte la peor salud mental de las personas cuidadoras (Pinquart y Sorensen, 2003).

Como se ha descrito para el caso de la CAPV, los resultados en salud son en general peores para las mujeres (Abajo et al., 2017). Podría deberse a factores culturales como la imposición de que son las mujeres quienes tienen que cuidar, la diferencia entre hombres y mujeres en la intensidad y el tipo de tareas desempeñadas (García-Calvente et al., 2011), la frecuente disponibilidad de otra persona cuidadora cuando el cuidador principal es un hombre (Pereira y Figueras, 2009), el uso de estrategias de afrontamiento centradas en las emociones (que son menos efectivas que las centradas en los problemas, las cuales son utilizadas en mayor medida por los hombres) (Akpınar et al., 2011) o la superposición y competencia de roles de las mujeres (madre, esposa, abuela, ama de casa) y sus atribuciones sociales

(como el trabajo fuera de casa) (Gratão et al., 2012). Sin embargo, algunos estudios apuntan a que las diferencias entre cuidadores y cuidadoras podrían ser pequeñas, estar relacionadas con el tipo de estudio y el momento de realización (Pinquart y Sorensen, 2006; Crespo y López, 2008), o reflejar diferencias de la población general, no siendo específicas de personas cuidadoras (Crespo y López, 2008).

En conclusión, las características sociodemográficas y de salud descritas anteriormente tanto de las personas que requieren asistencia en su vida cotidiana como de aquellas que desempeñan estas tareas de asistencia permiten conocer la experiencia de cuidado vivida en la CAPV. Es preciso profundizar en el análisis de estos datos para tratar de establecer posibles relaciones que posibiliten explicar las desigualdades observadas, así como hacer un seguimiento en futuras ediciones de la ESCAV para observar su evolución. Asimismo, resultaría de interés evaluar si las personas cuidadoras conocen los servicios de los que pueden disponer y cuál es su grado de utilización para poder comprender las causas del empeoramiento de la salud de las personas cuidadoras y, si es necesario, modificar las políticas existentes en materia de cuidado.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Abajo M, Rodriguez-Sanz M, Malmusi D, Salvador M, Borrell C (2017). Gender and socio-economic inequalities in health and living conditions among co-resident informal caregivers: a nationwide survey in Spain. *Journal of Advanced Nursing*;73(3):700-15.
- Agulló MS (2001). *Mujeres, cuidados y bienestar social: el apoyo informal a la infancia y a la vejez*. Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).
- Akpinar B, Kucukguclu O, Yener G (2011). Effects of gender on burden among caregivers of Alzheimer's patients. *Journal of Nursing Scholarship*;43(3):248-54.
- Andrade LMC, Martins MMFPS, Angelo M, Dos Santos ATVMF, Martini JG (2014). Identifying the effects of children on family relationships. *Acta Paulista de Enfermagem*;27:385-391.
- Anttonen A, Sippilä J (1996). European social care services: Is it possible to identify models? *Journal of European Social Policy*;6:87-100.
- Araújo IM, Paul C, Martins MM (2009). Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. *Ciência, Cuidado e Saúde*;8:191-197.
- Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*;8:27106.
- Artazcoz L, Borrell C, Cortés I, Escribà-Agüir V, Cascant L (2007). Los determinantes de la salud en una perspectiva integradora de los enfoques de género, clase social y trabajo. En: Borrell C, Artazcoz L, (Coord.), eds. *5ª monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación en género y salud*. 1 ed. Cataluña: Sociedad Española de Epidemiología; 21-43.
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2015). XV Dictamen del Observatorio. Evolución 2011-2015 de los datos básicos de gestión de la atención a la dependencia y costes de financiación por comunidades autónomas.
- Bacigalupe A, Martín U (2007). *Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
- Baker KL, Robertson N (2008). Coping with caring for someone with dementia: Reviewing the literature about men. *Aging & Mental Health*;12(4):413-22.
- Bambra C (2007). Going beyond *The three worlds of welfare capitalism*: regime theory and public health research. *Journal of Epidemiology & Community Health*;61:1098-1102.
- Barker G (2009). *Engaging men and boys in caregiving: reflections from research, practice and policy*. New York: Commission on the Status of Women, United Nations.
- Bastawrous M (2013). Caregiver burden - a critical discussion. *International Journal of Nursing Studies*;50:431-441.
- Bedini LA, Guinan DM (1996). "If I could just be selfish ...": Caregivers' perceptions of their entitlement to leisure. *Leisure Sciences*;18(3):227-39.
- Bocchi SCM, Cano KCU, Baltieri L, Godoy DC, Spiri WC, Juliani CMCM (2010). Moving from reclusion to partial freedom: the experience of family caregivers for disabled elderly persons assisted in a day care center. *Ciência & Saúde Coletiva*;15:2973-2981.

- Borrell C, Palència L, Muntaner C, Urquía M, Malmusi D, O'Campo P (2014). Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities. *Epidemiologic Reviews*;36:31-48.
- Butterworth P, Pymont C, Rodgers B, Windsor TD, Anstey KJ (2010). Factors that explain the poorer mental health of caregivers: Results from a community survey of older Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*;44:616-24.
- Cahill S (2000). Elderly husbands caring at home for wives diagnosed with Alzheimer's disease: are male caregivers really different? *Australian Journal of Social Issues*;35(1):53-72.
- Carrasco C (2013). El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía. *Cuadernos de Relaciones Laborales*;31:39-56.
- Casado B, Sacco P (2012). Correlates of caregiver burden among family caregivers of older Korean Americans. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*;67:331-336.
- Cerri C, Alamillo-Martínez L (2012). La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre la esfera pública y esfera privada. *Gazeta de Antropología*;28:artículo 14.
- Chan SW (2010). Family caregiving in dementia: the Asian perspective of a global problem. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders* 2010;30:469-478.
- Comas D (2014). Los cuidados y sus máscaras. Retos para la antropología feminista. *Mora (B Aires)*;20.
- Consejo Económico y Social España (2012). La aplicación de la Ley de Dependencia en España. Resumen ejecutivo.
- Crespo M, López J (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Daly M, Lewis J. The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology* 2000;51:281-298.
- De Oliveira APP, Caldana RHL (2012). As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar de idoso com demência de Alzheimer. *Saúde e Sociedade*;21:675-685.
- Del Barrio E, Sancho M, Yanguas Lezaun J (2010). *Informe de resultados. Estudio sobre la realidad de las personas mayores de 60 años en el País Vasco. ECVPM-Euskadi 2010*.
- Decreto 177/2010, de 29 de junio, sobre ayudas para la conciliación de la vida familiar y laboral. 2010. BOPV nº 129, 7 de julio de 2010. 2010.
- Decreto 31/2015, de 17 de marzo, de modificación del Decreto sobre ayudas para la conciliación de la vida familiar y laboral. BOPV nº 60, 30 de marzo de 2015. 2015.
- Decreto Foral 29/2008, de 29 de abril, por el que se aprueba el programa "Sendian" de apoyo a familias con personas mayores dependientes a su cargo. BOG nº 142;27-7; pág.12.240. 2008.
- Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 185/2014 de 23 de diciembre, por el que se aprueban las bases reguladoras y la convocatoria pública de subvenciones para el desarrollo del programa de atención a la dependencia en el medio familiar mediante actuaciones de promoción de la autonomía personal, voluntariado y de apoyo psicosocial a las personas cuidadoras de personas dependientes en el Territorio Histórico de Bizkaia, programa foral Zainduz, para el año 2015. BOB núm.8 , 14 de enero de 2015. 2015.

- Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco (2011). *Estudio longitudinal de las medidas de conciliación de la vida familiar y laboral*. Bilbao.
- Departamento de Salud. Gobierno Vasco (2013). Metodología. Encuesta de Salud del País Vasco 2013. [Consultado el 26 de abril de 2017] Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/encuesta_salud_objetivos/es_escav13/adjuntos/Metodologia_ESCAV_2013.pdf.
- Departamento de Salud, Gobierno Vasco (2014). *Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020*. 2ª ed. Vitoria-Gasteiz.
- Division for the Advancement of Women. United Nations, editor (2008). Rethinking care, gender inequality and policies. Expert Group Meeting on "Equal sharing of responsibilities between women and men, including care-giving in the context of HIV/AIDS", 6-9 October, 2008; Geneva: 2008.
- Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM et al (2013). Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gaceta Sanitaria*;27:263-272.
- Durán MA (2014). *Las personas mayores en la economía de Euskadi*. Vitoria.
- Eikemo TA, Bambra C (2008). The welfare state: a glossary for public health. *Journal of Epidemiology & Community Health*;62:3-6.
- Elder Jr GH (1994). Time, human agency, and social change: perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly*;57:4-15.
- Esparza C (2011). Discapacidad y dependencia en España. Informes Portal Mayores nº 108. 2011. Madrid.
- EUSTAT (2014). La esperanza de vida de las mujeres vascas, 85,4 años, es de las más altas de la UE-28. Nota de prensa de 19/08/2014. [Consultado el 26 de abril de 2017]. Disponible en: http://www.eustat.eus/elementos/ele0011900/ti-La_esperanza_de_vida_de_las_mujeres_vascas_854_aos_es_de_las_mas_altas_de_la_UE-28/not0011917_c.html#axzz3uOzYhPbd.
- Ferri CP, Schoenborn C, Kalra L et al (2011). Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*;82:1074-1082.
- Garcés J, Carretero S, Rodenas F, Sanjosé V (2009). Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*;48:372-379.
- García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*;18:132-139.
- García MM, Del Río M, Marcos J (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*;25:100-107.
- García MM, Del Río M (2012). El papel del cuidado informal en la atención a la dependencia: ¿Cuidamos a quiénes nos cuidan? *Actas de la dependencia*;99-116.
- Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R (2011). The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*;19:458-466.
- González-de Paz L, Real J, Borrás-Santos A, Martínez-Sánchez JM, Rodrigo-Baños V, Navarro-Rubio MD (2016). Associations between

informal care, disease, and risk factors: A Spanish country-wide population-based study. *Public Health Policy*;37:173-89.

- González-Valentín A, Gálvez-Romero C (2009). Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos*;20:15-21.
- Grato ACM, Vendruscolo TRP, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Santos JLF, Rodrigues RAP (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*;21:304-312.
- Greenwood N, Smith R (2015). Barriers and facilitators for male carers in accessing formal and informal support: a systematic review. *Maturitas*;82 (162):169.
- Hoffmann F, Rodrigues R (2010). Informal carers: who takes care of them? European Centre for Social Welfare Policy and Research. Policy Briefs.
- IMSERSO (2005a). *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. 1ª ed. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- IMSERSO (2005b). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. 1ª ed. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2005.
- IMSERSO (2010). *Dependencia y familia: una perspectiva socio-económica*. 1ª ed. Madrid.
- IMSERSO (2011). *Libro blanco sobre envejecimiento activo*. 1 ed. Madrid.
- IPAQ (2005). Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)—. Short and Long Forms. [Consultado el 26 de abril de 2017]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/theipaq/scoring-protocol>.
- Kuzuya M, Enoki H, Hasegawa J et al (2011). Impact of caregiver burden on adverse health outcomes in community-dwelling dependent older care recipients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*;19(4):382-391.
- Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristain JM, Valderrama MJ, Arregi B (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*;22:443-450.
- Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A, Arregi B (2009). Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*;27:50-55.
- Lazarus RS, Folkman S (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*;1:141-169.
- Leitner S (2003). The caring function of the family: Belgium in comparative perspective. "Changing European Societies - The Role of Social Policy", 13-15 november 2003, Copenhagen.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299 15 diciembre. 2006.
- Losada A, Pérez-Peñaranda A, Rodríguez-Sánchez E et al (2010). Leisure and distress in caregivers for elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*;50:347-350.
- Martínez R (2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*;145:99-126.

- Masanet E, 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*;85:257-266.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Los hombres y el cuidado de la salud*. Ministerio de Sanidad y Política Social, Observatorio de Salud de las Mujeres.
- Nardi E, Dos Santos L, De Oliveira M, Sawada NO (2012). Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio. *Ciência, Cuidado e Saúde*;11:98-105.
- Observatorio de Personas Mayores de Bizkaia. ¿Cómo perciben las personas cuidadoras su estado de salud? Disponible en: http://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO3/Temas/Pdf/6_C%C3%B3mo%20perciben%20las%20personas%20cuidadoras%20su%20estado%20de%20salud.pdf?hash=b160c2b3bacee78f2c7146264fd0dac4&idioma=CA. Fecha de acceso: 16 de junio de 2017.
- Orozco A (2007). *Cadenas globales de cuidado*. Santo Domingo.
- Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*;30:583-594.
- Pearlin LI (2010). The life course and the stress process: some conceptual comparisons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*;65B:207-215.
- Pereira MJSB, Filgueiras MST (2009). A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Revista de Atenção Primária à Saúde*;12:72-82.
- Pérez A (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*.
- Pimenta GMF, Costa MAS, Goncalves LHT, Alvarez AM (2009). Profile of the caregiver of dependent elderly family members in a home environment in the city of Porto, Portugal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*;43:609-614.
- Pinquart M, Sorensen S (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology & Aging*;18:250-267.
- Pinquart M, Sorensen S (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences* ;61(1):33-45.
- Rodríguez G (2007). La protección social de la dependencia en España. Un modelo *sui generis* de desarrollo de los derechos sociales. *Política y Sociedad*;44:69-85.
- Rogero J (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. 1ª ed. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Salgueiro H, Lopes M (2010). A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*;31:26-32.
- Sen G, Östlin P (2007). Unequal, unfair, ineffective and inefficient, gender inequity in health: why it exists and we can change it. *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Women and Gender Equity Knowledge Network*. Geneva: WHO.
- Silvestre M (2012). Desigualdad entre mujeres y hombres. *Informe socioeconómico de la C.A. de Euskadi 2012*. Erandio-Goikoa (Bizkaia): EUSTAT; 281-309.
- Simonazzi A (2009). Care regimes and national employment models. *Cambridge Journal of Economics*;33:211-232.
- Tobío C (2013). Estado y familia en el cuidado de las personas: sustitución o complemento. *Cuadernos de Relaciones Laborales*;31:17-38.

- Tobío C, Agulló MS, Gómez MV, Martín MT (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Fundación "la Caixa".
- Tremont G, Davis J, Papandonatos GD et al (2013). A telephone intervention for dementia caregivers: Background, design, and baseline characteristics. *Contemporary Clinical Trials*;36:338-347.
- Ware JE, Jr., Sherbourne CD (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*;30(6):473-83.
- Webster-Stratton C (1990). Stress: a potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*;19:302-312.

6. ANEXO - METODOLOGÍA

6.1. DISEÑO Y FUENTE DE DATOS

Estudio transversal a partir de los datos de la Encuesta de Salud de la CAPV (ESCAV) de 2013.

La ESCAV emplea una muestra representativa de la población no institucionalizada residente en viviendas familiares en la CAPV. La información se recoge mediante dos cuestionarios (individual y familiar) que cubren las principales dimensiones del estado de salud, sus factores determinantes (hábitos, prácticas preventivas y entorno) y la utilización de servicios sanitarios. En cada edición se han ido incluyendo nuevas preguntas para satisfacer nuevas necesidades de información. Varios de los ítems introducidos en la ESCAV de 2013 están relacionados con el cuidado, dirigiéndose tanto a las personas que requieren cuidados como a las que los proveen.

La ESCAV de 2013 mantiene el panel de viviendas encuestadas de 2007 (que en parte se mantiene desde 1997), pero su diseño se ha reducido de tres a estas dos etapas, que son las siguientes:

- 1ª etapa: muestreo aleatorio estratificado de viviendas ocupadas, en los estratos que conforman las zonas básicas de salud definidas por el Departamento de Salud.
- 2ª etapa: muestreo aleatorio simple. Se seleccionaron las dos terceras partes de las personas residentes en la vivienda que fueran mayores de 14 años para la recogida de datos del cuestionario individual.

La metodología de la ESCAV de 2013 se ha descrito de manera detallada con anterioridad (Departamento de Salud, 2013).

6.2. VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad

La edad señalada para cada persona se refiere a la que tenía en el momento de la encuesta expresada en años cumplidos. Se ha agrupado en varias distribuciones en función del propósito de los gráficos.

Nivel de estudios

El nivel educativo asignado a cada persona de 25 y más años es el mayor nivel que han obtenido. Se distinguen tres categorías:

- sin estudios o primaria: personas que no saben leer ni escribir o con estudios primarios, o equivalentes, completos o no,
- secundaria baja: personas con educación secundaria de primera etapa,
- secundaria alta: personas con estudios de bachillerato, enseñanzas profesionales de cualquier grado o equivalentes,
- terciaria: personas con estudios universitarios de cualquier ciclo, doctorado o equivalente.

Clase social

La posición socioeconómica se mide a partir de la última ocupación laboral remunerada presente o pasada. En el caso de las personas que nunca han tenido una ocupación de estas características se asigna el valor correspondiente a la persona de la que dependen económicamente o a la persona de la unidad familiar con una clase social más elevada. La clasificación seguida es la propuesta por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo Salvany et al., 2011) y consta de cinco categorías:

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 trabajadores/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas y semicualificadas.
- V. Trabajadores/as no cualificados/as.

Necesidad de cuidados

Se incluye una pregunta dirigida a todas las personas sobre si necesitan cuidados o ayuda de otra persona para realizar algunas de las actividades de la vida cotidiana. En caso afirmativo y si la persona cuidadora convive con ella, se recogen datos acerca de su parentesco, el orden que ocupa la persona cuidadora en la familia (lo que permite identificar a la persona cuidadora), las horas de dedicación al cuidado y si alguna otra persona colabora en su prestación.

ESTADO DE SALUD

Se establecen comparativas entre personas cuidadoras de 45 a 85 años con población no cuidadora y que no tienen necesidades habituales de cuidado, con el fin de minimizar el efecto del sesgo de cuidador/a sano/a, según el cual son las personas adultas más sanas las que asumen y siguen en el rol de cuidar (Bacigalupe y Martín, 2007).

Índice de salud mental

Como medida de salud mental se emplea la herramienta Mental Health Inventory de 5 ítems, que sirve para el despistaje de personas con problemas psiquiátricos y forma parte del cuestionario de salud SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992). Cada ítem tiene seis categorías de respuesta y el índice se calcula a partir de una fórmula cuyos resultados pueden oscilar entre 0 y 100. A mayor valor mejor salud mental.

Apoyo social

Para la evaluación del apoyo social, esto es, de la red de personas dispuestas a ayudar en momentos de inestabilidad psíquica, debilidad física o vulnerabilidad personal o social, se utilizó la escala de Duke-UNC-11. Este instrumento valora los aspectos funcionales o cualitativos y no el número de relaciones sociales ni el tamaño de la red social. Se utiliza la escala de 11 ítems con cinco categorías de respuesta. Se consideró el punto de corte utilizado en la ESCAV 2013.

Actividad física

La actividad física se evalúa con el cuestionario IPAQ (IPAQ, 2005), estandarizado y validado. En este cuestionario se pregunta a las personas por el número de días y tiempo habitual diario que han dedicado a la realización de actividad física intensa, moderada o caminar durante al menos 10 minutos en los últimos 7 días, tanto si se ha hecho en el tiempo libre o de ocio como en las tareas domésticas, en el trabajo o en los traslados. Esta herramienta permite determinar si la persona es sedentaria o realiza una actividad física o ejercicio saludable.

La intensidad de la actividad se mide en MET, el cual representa el equivalente al gasto energético en reposo y corresponde a un consumo de 3,5 mL de oxígeno por kg / minuto.

Valor del cuestionario:

- caminar: 3,3 MET x minutos x días
- actividad física moderada: 4 MET x minutos x días
- actividad física vigorosa: 8 MET X minutos x días

Total: Caminar + actividad física moderada + actividad física vigorosa

La actividad física se considera moderada si se cumple uno de estos casos:

- 3 o más días de actividad física vigorosa por lo menos 20 minutos al día, o
- 5 o más días de actividad física moderada y/o caminar al menos 30 minutos al día, o
- 5 o más días de cualquiera de las combinaciones de caminar, actividad física moderada o vigorosa logrando como mínimo un total de 600 MET.

Por actividad física vigorosa se entiende uno de estos supuestos:

- actividad física vigorosa por lo menos 3 días por semana logrando un total de al menos 1.500 MET, o
- 7 días de cualquier combinación de caminar, con actividad física moderada y/o actividad física vigorosa, logrando un total de al menos 3.000 MET.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico de los resultados se lleva a cabo de manera desagregada por sexo. Se calculan indicadores del tipo de proporciones expresadas en porcentaje para las variables sociodemográficas y de salud, y medias para el tiempo dedicado a cuidar. Se dan las razones de prevalencia ajustadas por edad de la prestación de cuidados en función de variables sociodemográficas y características del tipo de cuidado.