

UNIVERSITAT DE GIRONA

# **La sobrecàrrega dels cuidadors no professionals de persones grans en situació de dependència**

---

Treball Final de Grau als Estudis de Treball Social

Rosa Trabal Tañá

# ÍNDEX

---

<b>1. Introducció</b> .....	3
<b>2. Aproximació a la temàtica d'estudi</b> .....	4
2.1 Un nou context social .....	4
2.2 La cura informal .....	5
2.3 El perfil del cuidador no professional .....	8
2.4 La sobrecàrrega del cuidador .....	10
2.5 Un sistema invisible .....	15
<b>3. Aproximació a l'espai social</b> .....	18
<b>4. Disseny metodològic de l'exploració</b> .....	19
4.1 Objectius i hipòtesis .....	19
4.2 Recollida d'informació .....	20
4.3 Selecció de la mostra .....	20
4.4 Variables i instruments .....	20
<b>5. Exposició i anàlisi de dades</b> .....	23
<b>6. Conclusions</b> .....	26
<b>7. Bibliografia</b> .....	29
<b>8. Annexos</b> .....	33
8.1 Annex 1. Test de Zarit .....	32
8.2 Annex 2. Quadre de la recollida de dades .....	34

# 1. INTRODUCCIÓ

---

El document que es presenta a continuació és el treball final de grau dels estudis de Treball Social de la Universitat de Girona. Aquest treball és una exploració diagnòstica d'una problemàtica que afecta a un col·lectiu concret de la societat: la sobrecàrrega dels cuidadors no professionals de persones grans en situació de dependència. Entorn aquesta, l'objectiu principal és identificar alguns dels factors que tenen conseqüències en el nivell de sobrecàrrega dels cuidadors per tal de saber planificar els serveis d'ajuda a aquestes persones quan ho necessitin però també per prevenir l'aparició d'aquest problema.

L'origen de la temàtica d'estudi prové de la via inductiva, ja que sorgeix a partir de l'experiència durant les pràctiques del grau al Centre de Dia de Gent Gran Onyar de Girona. En aquest context, es va poder detectar una qüestió que semblava molt rellevant i que es creia que si s'estudiava més a fons permetria augmentar el bagatge dels coneixements així com optimitzar la pràctica professional. A més a més, es tractava d'una recerca factible ja que es disposava dels recursos per fer-ho i de l'accés a la informació gràcies a la facilitació per part del centre de les dades necessàries i al seu interès per dur a terme aquest treball d'exploració.

En els següents apartats trobareu tot allò que forma part d'aquesta recerca. En primer lloc, hi ha una revisió teòrica, on es mostren els principals conceptes que emmarquen l'objecte d'estudi com són una breu explicació del nou context social en el que ens trobem, un aclariment del que significa la cura informal i una descripció del perfil de les persones que la duen a terme, una definició del que significa la sobrecàrrega del cuidador i un anàlisi sobre la invisibilitat d'aquest sistema de provisió de cures. En segon lloc, hi ha una aproximació al Centre de Dia de Gent Gran Onyar, espai social en el qual s'engloba aquesta recerca, a través d'un recull de la informació general sobre els objectius i funcions d'aquest tipus de serveis. A continuació, hi ha el disseny metodològic de l'exploració, on s'explica de forma clara i concisa cadascuna de les etapes de la recerca: els objectius i les hipòtesis del treball, com s'ha fet la recollida d'informació i la selecció de la mostra, quines variables s'han tingut en compte i quins instruments s'han utilitzat. En quart lloc, hi ha l'exposició i l'anàlisi de dades on es poden observar en forma de taules els resultats obtinguts. En cinquè lloc, i ja per últim, hi ha les conclusions a les quals s'ha arribat a través de la realització d'aquest treball.

## **2. APROXIMACIÓ A LA TEMÀTICA D'ESTUDI**

---

### **2.1 UN NOU CONTEXT SOCIAL**

Des de fa dècades, la nostra societat està patint una important transformació de la qual els canvis estructurals en són els més destacats, per com afecten el funcionament de la societat i perquè es mantindran al llarg del temps. Un d'aquests canvis és l'augment de l'envelliment de la població, degut a una baixa natalitat i a una major longevitat. Segons dades de l'IDESCAT (2013) l'any 2012 hi havia a Catalunya 1.265.442 persones majors de 65 anys, dada que representava el 17,44% de la població total; i es preveu que aquesta xifra augmenti fins al 19.20% l'any 2020. Aquest fenomen ha vingut acompanyat d'un sobreenvelliment, ja que la gent gran cada vegada és més gran, i ens trobem amb una franja de persones majors de 65 anys cada vegada més àmplia. Així, d'aquestes 1.265.442 persones majors de 65 anys, n'hi ha 410.000 que superen els 80 anys. A més, a aquesta realitat derivada de l'envelliment, cal afegir-hi l'augment de la prevalença de malalties cròniques i discapacitats a causa de l'augment de la supervivència de les persones malaltes i de les conseqüències derivades dels alts índexs de sinistralitat vial i laboral.

Aquesta tendència de la població, que genera un ràpid augment de la fragilitat i la dependència de les persones ocasionant un augment de les seves necessitats socio sanitàries, pot considerar-se un èxit de les polítiques de salut pública i del desenvolupament socioeconòmic, però també constitueix un repte per a la societat que ha d'adaptar-se a aquest fet per millorar al màxim la salut i la capacitat funcional de les persones grans així com la seva participació social i la seva seguretat. Això no solsament repercuteix en un augment de la demanda de recursos sinó que comporta una sèrie de canvis que amenacen l'estructura familiar, especialment al cuidador principal.

Com es recull en l'estudi dut a terme per la Creu Roja (2010), avui en dia el col·lectiu de gent gran és molt divers, primerament perquè el procés d'envelliment és diferent per a cada persona però també perquè no és el mateix una persona de 65 anys que una que ha superat els 80. Segons dades extretes del mateix estudi, les situacions de dependència i la disminució d'autonomia augmenten amb l'edat i tres de cada quatre persones majors de 90 anys són dependents. Tal i com senyalen Bazo i Domínguez (1996), les persones grans a Espanya són majoritàriament independents i no requereixen ajuda per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària, ja que cada vegada més s'arriba a edats avançades amb millor estat de salut. No obstant, el fet que es visquin més anys comporta major probabilitat de patir malalties cròniques i invalidants, i algunes persones si que necessiten ajuda d'altres. Per tant,

tot i que l'edat no sigui la variable decisiva pel que fa a la pèrdua de la salut i la independència, si que existeix una associació entre aquestes dues variables. Així, tot i que som conscients que ens podem trobar persones grans amb una bona qualitat de vida que viuen de forma independent, aquest treball es centra en aquelles persones grans, sobretot persones majors de 80 anys, que presenten diferents tipus de dependència i que requereixen ser ateses.

Segons Ferrer, Rigla, i López (2006) una persona dependent és aquella que degut a múltiples factors, en especial l'edat avançada, precisa ajuda d'altres persones per dur a terme les activitats habituals i diàries que són necessàries per tenir una vida digna i viure de forma autònoma. A més, aquesta necessitat d'ajuda de la persona dependent per realitzar les activitats de la vida quotidiana es caracteritza per ser diària, continuada i prolongada. Tal i com indica l'estudi dut a terme per aquests autors, les persones dependents són en general persones amb una mitjana d'edat entorn els 75 anys, de sexe femení, amb un baix nivell socioeconòmic, amb deteriorament cognitiu, afectada de múltiples malalties cròniques i amb problemes d'aïllament social.

Tot i que la dependència no és un fenomen nou, ja que sempre hi ha hagut persones dependents, la confluència amb l'envelliment demogràfic i els canvis en les estructures familiars han propiciat que es converteixi en un fet que requereix respostes noves i adequades. A més a més, cal destacar que no es tracta d'un concepte homogeni ja que té múltiples causes (individuals, socials i institucionals), es manifesta en diferents dimensions (física, mental, social i espiritual) i genera respostes de tipus molt diverses (protectores, paliatives, altruistes, inhibidores, etc.). Les persones grans en situació de dependència presenten necessitats de tipus molt divers (física, econòmica, emocional, etc. ) i també en diferents graus. Enfront aquestes necessitats creixents i cada vegada més complexes, és necessària una provisió de cures cada vegada més àmplia.

## **2.2 LA CURA INFORMAL**

Tal i com assenyala Cuesta (2007) en la protecció social de la dependència l'ajuda informal i, en concret, la que proporciona la família, és avui en dia la més important. A Espanya la major part d'aquestes cures són proporcionades des de l'àmbit privat de la família: s'estima que el 72% de les persones dependents que necessiten ajuda la reben dels seus familiars o d'altres persones properes; xifra que augmenta fins el 89.4% segons un estudi dut a terme per Rogero (2009).

Aquesta atenció proporcionada en l'entorn familiar és l'opció més desitjada tant per les persones grans, com pels seus cuidadors, com per les institucions (la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les Persones en Situació de

Dependència assenyalada com a objectiu del Sistema Nacional de Dependència “la permanència de les persones en situació de dependència, sempre que sigui possible, en l’entorn en el que desenvolupen la seva vida”). Tal i com explica el Departament de Benestar Social i Família a través del Llibre blanc de la gent gran amb dependència (2002) viure a la pròpia llar és un dels valors més significatius entre les persones grans, fins i tot en aquells casos en que la persona necessita ajuda d’una tercera persona, rebent serveis socio-sanitaris formals, atenció informal o compartint pis; i així ho expressen el 78,6% de la gent gran. També Bover (2005) recull en el seu estudi que prop del 80% de la població espanyola prefereix a la seva pròpia família com a cuidadora quan es trobi en situació de dependència per la major implicació afectiva i el component emocional que aporta. Però no cal oblidar que també els familiars manifesten el desig de que les persones grans, dependents i malaltes puguin romandre a la llar. Cuidar a un familiar, tal i com expliquen Bazo i Domínguez (1996), significa complir amb qüestions referents a la solidaritat que es deu a la família, existeix un imperatiu moral a fer-ho, tot i que al mateix temps la persona cuidadora ho fa des de l’afecte. Apareix la reciprocitat, la compensació i el sentiment de no defraudar les expectatives de la persona que espera ser cuidada però també una recompensa moral en el seu compliment.

En l’àmbit de les cures informals a Espanya, Bover (2005) assenyalada quatre factors socioeconòmics que incideixen en l’evolució i en la disponibilitat d’aquestes cures. En primer lloc, tal i com ja hem dit anteriorment, ens parla dels canvis sociodemogràfics que comporten un elevat índex d’envelliment. Cada vegada ens trobem que hi ha més presència de persones grans en relació a la població total degut a una esperança de vida de les més elevades d’Europa i a una de les taxes de natalitat de les més baixes del planeta. En segon lloc, fa referència a un nou patró epidemiològic, a causa de l’existència de nous problemes de salut derivats dels nous estils de vida (obesitat, estrès, abús de drogues, sedentarisme, etc.) que comporten elevats nivells de dependència. En tercer lloc, explica la transformació de l’estructura i la dinàmica familiar, en la qual hi ha un predomini de la família nuclear, per una desaparició de la família extensa, que fa que la xarxa familiar sigui cada vegada més escassa en nombre i pobre en relacions estables per tal de donar una resposta adequada a les necessitats de les persones dependents. En aquest punt també remarca el fet que hi hagi hagut una incorporació de la dona al mercat laboral sense que hi hagi hagut una adopció de les responsabilitats domèstiques per part de l’home en el rol de persona cuidadora. Per últim, fa un esment entorn els nous models de gestió sanitària de contenció, models que pressionen el col·lectiu de persones cuidadores ja que s’exigeix a les famílies una major implicació en situacions complexes que abans eren assumides pels centres assistencials especialitzats.

García, Mateo, i Eguiguren (2004) també analitzen els fenòmens que posen en qüestionament la disponibilitat de cuidadors en un futur i alimenten el debat de la cura informal. En el seu cas, es parla també dels canvis demogràfics a causa de l'envelliment de la població i la major supervivència de les persones amb malalties cròniques i discapacitat; que a banda d'augmentar el nombre de persones que requereixen ser cuidades fa que augmenti la complexitat d'aquestes cures. Pel que fa als canvis socials de les famílies, expliquen que hi ha hagut una disminució del nombre de persones que formen la família, que ha augmentat la mobilitats dels seus membres i que cada vegada més les famílies adopten formes de convivència més diverses i complexes que poden entorpir la cura informal, sobre la qual també té efecte la incorporació de la dona al mercat laboral. Per últim, reflexionen entorn els canvis en els serveis sanitaris, que per tal de fer una contenció de la despesa sanitària han aplicat una sèrie de reformes (cirurgia ambulatoria, altes hospitalàries precoces, etc. ) que prioritzen l'atenció a la salut de la persona en el seu domicili, fet que a la vegada també augmenta la complexitat de les cures.

A causa de que el fenomen de la dependència pren una rellevància especial en l'actualitat i que es tracta d'un problema al qual cal donar resposta, la figura del cuidador no professional resulta un element clau per sostenir la important demanda de recursos d'atenció que es planteja a la societat. Rogero (2010) defineix la cura no professional com totes aquelles activitats d'ajuda que van dirigides a persones amb algun grau de dependència, que són proveïdes per persones de la seva xarxa social i en les que no existeix cap entitat intermediària ni cap relació contractual. Domínguez *et al.* (2012) defineixen el cuidador no professional com la persona que assumeix la responsabilitat en l'atenció i el recolzament diari del pacient definit com a dependent. El cuidador no professional, segons Roig, Abengózar i Serra (1998), és aquell individu que dedica la major part d'hores del dia a cuidar el seu familiar. Es tracta d'un individu que procedeix del sistema de recolzament informal de la persona dependent, ja sigui familiar o amic, i que comprèn les següents característiques: assumeix les principals tasques de la cura, és percebut per la resta de membres de la família com a responsable d'assumir la cura de la persona dependent i no és remunerat econòmicament per les tasques que realitza.

En la mateixa línia, Cuesta (2004), anomena tres elements diferenciadors de la cura no professional i de la cura professional. El primer d'ells és la naturalesa de la relació entre el cuidador i la persona cuidada, que en el cas de la cura no professional es tracta de familiars, amics, veïns o parents, és a dir, que la implicació del cuidador es sustenta en un vincle de parentesc o afectiu-amorós; mentre que en la cura formal és necessària una certa "distància professional. El segon aspecte que diferencia aquests dos tipus de cura és que en el cas de la

cura no professional preval la presència del cuidador amb la persona més que no pas la competència tècnica d'aquest; fet que en la cura professional és a la inversa. Per últim, destaca que, a diferència de la cura professional, la cura informal no està regulada, ja que la persona cuidadora no disposa d'un horari, ni de períodes de descans que li permetin desconnectar de la seva activitat, ni de formació per realitzar les tasques que realitza.

Per Ferrer *et al.* (2006), els cuidadors informals es caracteritzen per dispensar les cures sense percebre cap tipus de compensació econòmica, per no posseir formació formal en relació a les tasques de cuidar ni tampoc sobre les necessitats físiques i mentals que provoca la malaltia, per pertànyer a l'entorn pròxim de la persona dependent (especialment família nuclear i extens, veïns i amics), per implicar-se en les activitats de la cura i d'atenció a les necessitats i, per últim, per ajudar de forma regular i continua a la persona dependent. Segons aquest autor, les principals característiques de les cures que proporcionen els cuidadors informals són les següents: es realitzen a la vivenda on resideix la persona dependent; els cuidadors realitzen una gran varietat de tasques que poden generar demandes físiques, socials i financeres i que impliquen atenció personal i instrumental, de vigilància i acompanyament, de cures sanitàries més o menys complexes, recolzament emocional i social i de gestió i relació amb els serveis sanitaris; la majoria de les persones requereixen cures diàriament i de forma intensa; té una durada que es pot prolongar durant anys; les tasques solen ser assumides per una sola persona, el cuidador principal, que és qui més es preocupa pel seu familiar; i el motiu pel qual el cuidador assumeix aquesta tasca és perquè ho perceben com una responsabilitat familiar.

### **2.3 EL PERFIL DEL CUIDADOR NO PROFESSIONAL**

Isla (2000) assenyala que la família és la principal proveïdora de les cures, i dins aquesta són les dones les que assumeixen majoritàriament la responsabilitat; les cuidadores són principalment esposes i filles. La participació dels homes és més reduïda i són generalment marits que cuiden a les seves esposes o bé fills solters que cuiden als seus pares. El perfil del cuidador no professional a Espanya, segons la revisió bibliogràfica realitzada per Domínguez *et al.* (2012), és el d'una dona, amb una mitjana d'edat de 56 anys, casada, amb estudis primaris, amb algun grau de parentiu amb el pacient dependent (filles o joves) i que conviu amb el pacient en la mateixa llar. En l'estudi realitzat per Ferrer *et al.* (2006) troben que el perfil sociodemogràfic del cuidador informal és el següent: dona, familiar de la persona dependent (esposa o filla), d'entre 45 i 65 anys, sense cap activitat laboral, amb un baix nivell d'estudis i amb un baix nivell socioeconòmic.



García, Mateo i Moroto (2004) expliquen que aquesta diferència de gènere no només és evident en la proporció de dones i homes que assumeixen el paper de cuidadores, sinó que també existeixen diferències tant pel tipus de tasques que realitza cadascun com pel temps que hi dediquen. En aquest sentit, les dones cuidadores assumeixen amb major freqüència les cures d'atenció personal i instrumental i estan més implicades en les tasques d'acompanyament i vigilància, és a dir, en tot allò que requereix una exigència major. Aquestes expectatives que experimenten les dones respecte el seu rol de gènere, en comparació amb els homes que cuiden, provoca una major dedicació en temps a les cures i que s'assumeixi amb major freqüència la responsabilitat de cuidar a més d'una persona. Igualment, les dones cuidadores ofereixen formes de cura més intenses i complexes, s'han d'enfrontar amb més dificultats per poder oferir les cures i han d'equilibrar-les amb altres responsabilitats familiars i laborals amb més freqüència que els homes cuidadors. Així, la cura informal proporcionada per les dones interfereix molt més en la seva vida quotidiana que la dels homes i les situa en un major risc de patir conseqüències negatives.

Segons Ferrer, Rigla i López (2006) la família, i en particular la dona, és la que tradicionalment ha assumit l'atenció a les persones dependents al domicili. Però avui en dia aquesta situació és insostenible per la forta discriminació de gènere que implica i perquè la responsabilitat de les cures recau sobre un grup de la població la disponibilitat de la qual és limitada a causa dels canvis culturals i laborals que s'han produït al nostre país. Segons la Creu Roja (2010) el motiu pel qual és principalment la dona qui exerceix la tasca de cuidadora és la interiorització dels models per raó de gènere, que presenten a les dones com a les que suposadament tenen les qualitats més apropiades per a l'atenció.

Per Bover (2005) aquesta distribució de la responsabilitat de les cures respon al model tradicional de família en el nostre context social. Segueix persistint una clara dualitat en les responsabilitats en les que l'home sol ser el principal proveïdor dels recursos de la família, el representant social i el protector de la família en l'àmbit públic; mentre que la dona té les atribucions de la cura domèstica i emocional de la família en l'àmbit privat. Això respon als patrons d'habilitat i responsabilitat masculina i femenina atribuïts socialment en funció del sexe, segons els quals les dones donen suport en l'atenció directe a les persones dependents, en la cura de la llar i en el recolzament emocional de les persones cuidadores, i quan és l'home qui ofereix ajuda aquest es cuida de fer les gestions econòmiques, d'exercir la força física en la higiene i la mobilitat de les persona dependent i de la representació social.

García *et al.* (2004) analitzen el sistema informal de cures des d'una perspectiva de gènere i de classe social. Aquests autors plantegen que, per una banda, la distribució desigual de les

càrregues de treball a l'hora de cuidar entre homes i dones provoca una forta desigualtat de gènere i, per altra banda, la dificultat en la capacitat d'elecció i d'accés als recursos i serveis d'ajuda en funció del nivell educatiu i socioeconòmic de les persones cuidadores provoca una desigualtat de classe social. Per Rodríguez (2005) aquest fet genera que en aquelles societats on no hi ha polítiques públiques del cuidar adequades només les classes socials més altes poden fer front als costos d'uns serveis privats, i per contra, qui disposa de menys recursos ha de dedicar més temps a la cura informal ja que no poden invertir els seus diners en substituir aquesta tasca de cura per l'acció d'altres cuidadors a qui han de pagar. Així, les llars amb ingressos més baixos, que no poden contractar serveis privats, no tenen altre remei que recórrer a la dona perquè se'n faci càrrec i, per tant, que aquesta no es pugui inserir al mercat de treball o bé que la seva inserció sigui precària.

## **2.4 LA SOBRECÀRREGA DEL CUIDADOR**

Losada, Márquez, Peñacoba, Gallagher i Knight (2007) fan un breu recorregut històric entorn el concepte de càrrega o sobrecàrrega del cuidador. El primer treball en relació a aquesta temàtica és una obra publicada per Brad i Sainsbury els anys 60, que tractava de conèixer quins efectes tenia sobre les famílies el fet de mantenir en la comunitat els pacients psiquiàtrics, interessant-se principalment com afectava a la família i a la vida domèstica la convivència amb aquests pacients. Els treballs sobre la càrrega dels familiars van continuar durant els anys 70, on es van començar a incloure també famílies amb pacients psiquiàtrics d'edat avançada. Però no va ser fins a la dècada dels 80 que es va iniciar la investigació sobre la càrrega familiar en l'àmbit gerontològic. Així, el 1980 Zarit i un grup de col·laboradors van començar a considerar la càrrega dels cuidadors com la clau per mantenir les persones amb demència a la comunitat, i van elaborar un procediment per la seva avaluació: l'entrevista sobre la càrrega del cuidador, que avui en dia és l'instrument més utilitzat per l'avaluació de la càrrega familiar en gerontologia així com també per l'avaluació dels programes i serveis dissenyats per donar recolzament als cuidadors.

Cuesta (2004, 2007) parla de sobrecàrrega del cuidador no professional per fer referència a l'impacte que tenen en el benestar de la persona cuidadora la responsabilitat de proporcionar les cures, la conseqüència del pes d'aquestes i la implicació emocional que requereix. A més, estableix que el cuidador està exposat a dificultats econòmiques i que és més vulnerable a patir aïllament i exclusió social. Ferrer *et al.* (2006) defineixen la càrrega del cuidador com aquell estat que amenaça la salut física i mental del cuidador i que resulta de l'acció de cuidar a una persona dependent, o bé, com l'impacte que les cures a una persona dependent tenen

sobre la salut mental, la salut física, les relacions familiars, el treball i els problemes financers del cuidador. Roig *et al.* (1998) defineixen la sobrecàrrega com un estat psicològic que resulta de la combinació del treball físic, de la pressió emocional, de les restriccions socials, i de les demandes econòmiques que sorgeixen al cuidar a una persona malalta. Losada *et al.* (2007) assenyalen que cuidar persones grans dependents sol anar associat a conseqüències negatives per la salut física i psicològica dels cuidadors. Així, un nombre significatiu de cuidadors pateixen depressió i ansietat, fan un major ús de medicaments, pateixen més problemes crònics de salut i disposen d'un pitjor funcionament dels sistema immunitari que les persones no cuidadores. No obstant, també cal destacar que afecta a altres àrees de la vida dels cuidadors més enllà de la salut com són l'oci i el temps lliure, la vida familiar i el treball o l'economia. García *et al.* (2004) esmenten tres repercussions principals que la tasca de cuidar té sobre les persones cuidadores. En primer lloc, té un efecte sobre la salut de la persona cuidadora, un efecte que té un impacte més negatiu sobre l'esfera psicològica que no pas la física. En segon lloc, té un impacte sobre l'esfera laboral ja que la persona cuidadora ha d'abandonar de forma temporal o definitiva el mercat laboral, fet que té conseqüències sobre el desenvolupament personal de la persona però també, lògicament, repercussions econòmiques. I en tercer lloc, destaquen la restricció que es pateix en relació a la vida social. Segons dades extretes de l'informe de Rogero (2009) el 87% dels cuidadors no professionals tenen problemes derivats de la tasca que realitzen, entre els quals un 56% pateix problemes de salut, a un 61% li provoca dificultats en l'esfera professional o econòmica i un 80% reconeix tenir importants dificultats per aconseguir temps lliure per l'oci o per la vida familiar, entre d'altres (vegeu figura 1).

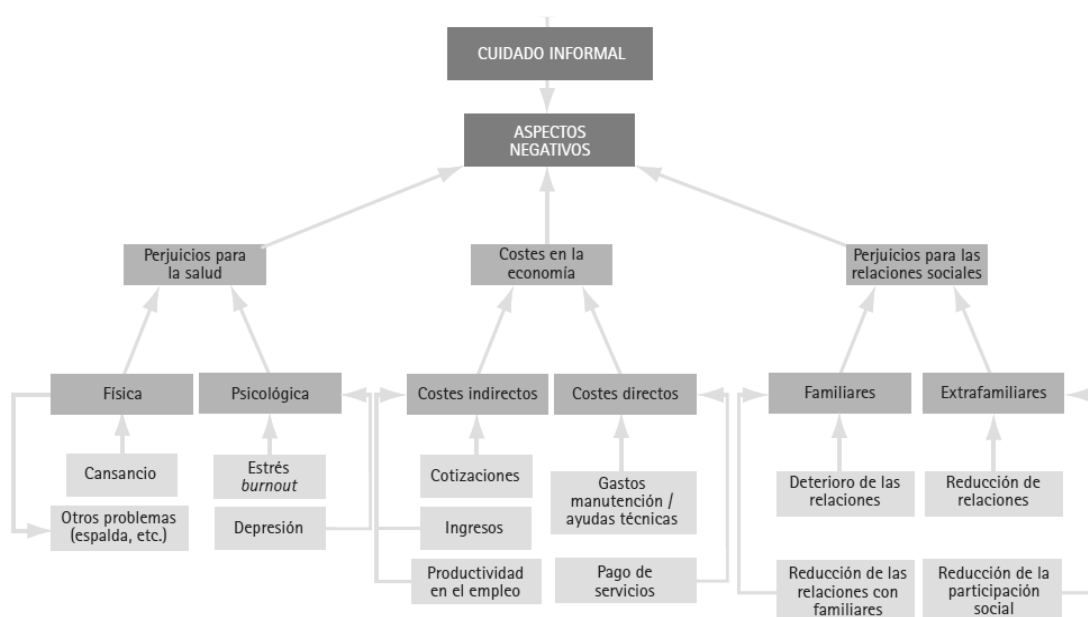


Figura 1: Aspectes negatius de la cura informal a persones grans. Rogero, 2009.

En funció de la naturalesa del problema de la persona dependent, cuidar pot requerir una gran tasca, pot prolongar-se durant molt de temps i pot arribar a ser una rutina diària que ocupi una gran part dels recursos i de les energies del cuidador. De fet, com bé diuen Crespo i López (2007), la vida del cuidador s'organitza en moltes ocasions en funció de la persona dependent, i les atencions que aquesta requereix han de compatibilitzar-se amb les activitats de la vida quotidiana del cuidador: en moltes casos no són les atencions les que s'han d'adaptar a l'horari dels cuidadors sinó que és l'horari dels cuidadors (jornada laboral, vacances, horari dels àpats, etc.) el que s'ha de planificar en funció de les cures que la persona dependent requereix. Aquest fet pot arribar en alguns casos a provocar que la persona cuidadora hagi d'abandonar la seva feina per incompatibilitat amb l'atenció al seu familiar o bé arribar-se a traslladar al domicili del familiar dependent per poder-lo atendre millor.

Diversos autors (Roig *et al.*, 1998; Alonso, Garrido, Díaz, Casquero i Riera, 2004; Ferrer *et al.*, 2006) divideixen la sobrecàrrega del cuidador entre objectiva i subjectiva. Per una banda, la càrrega subjectiva es defineix com les actituds i reaccions emocionals que presenta el cuidador davant l'experiència de cuidar, és a dir, als sentiments i emocions que l'hi provoquen les labors del cuidar. Per altra banda, la càrrega objectiva es refereix al grau de perturbacions o canvis que es produeixen en diferents aspectes de l'àmbit domèstic i de la vida dels cuidadors i que engloben indicadors com ara al temps dedicat a les cures, les tasques realitzades, l'impacte de les cures en l'àmbit laboral, les limitacions en la vida social i les restriccions en el temps. Per tant, trobem una dimensió de component objectivable, que fa referència a la percepció que el cuidador té sobre possibles canvis en la seva vida des que va començar a fer-se càrrec de les cures; i una dimensió que recull la percepció sobre la relació amb la persona cuidada i la percepció que té el cuidador sobre la seva competència per cuidar i les seves actituds i reaccions emocionals enfront l'experiència de cuidar.

Diferents investigacions recollides per Cuesta (2004) han comprovat que el principal factor de risc en la sobrecàrrega del cuidador no professional és el significat que els cuidadors atribueixen a la cura, és a dir, que el més important és el component subjectiu que representa la cura familiar. I és que tot i que les necessitats de les persones cuidades puguin ser similars, l'experiència de cuidar és molt diferent en cada cas. Així, l'experiència de cuidar un familiar en situació de dependència es pot viure com un aspecte més de la vida, un fet que forma part d'ella, o bé com un gir temporal i inesperat.

Montorio, Fernández, i Sánchez (1998) plantegen que el fet de cuidar a una persona gran dependent pot ser considerat com una situació d'estrès crònic que avarca tres dominis principals que cal tenir en compte: els estressors, els mediadors i els resultats. Els estressors

són les condicions i experiències, com ara les activitats de la vida diària que en les que existeix dependència o comportaments que són socialment inapropiats que tenen la capacitat de provocar l'activació de l'estrès. Pel que fa als mediadors, són totes aquelles accions i recursos que tenen la capacitat de modificar la direcció del procés d'estrès i alleugerir el seu impacte sobre els individus. En aquest cas estem parlant d'habilitats d'afrontament o de recolzament social. Per últim, els resultats són aquelles efectes causats per la cura: depressió, alteració de la resposta immunològica, malalties físiques, etc. Aquests autors es centren en les característiques de la persona gran a l'hora d'avaluar el nivell de sobrecàrrega del cuidador: el seu estat físic, mental i emocional; i també en les característiques del propi cuidador: estat anímic, estat de salut i mecanismes d'afrontament, com a factors associats al sentiment de càrrega.

En aquest sentit, aquests mateixos autors, van realitzar un estudi en el que avaluaven diferents variables que creien podien tenir conseqüències en la sobrecàrrega del cuidador no professional. D'aquest, dedueixen que la càrrega interpersonal, que fa referència a la relació que el cuidador manté amb la persona gran cuidada, es veu principalment afectada per la gravetat dels problemes de conducta de la persona gran. Pel que fa a les expectatives d'autoeficàcia, que reflecteixen les creences del cuidador sobre la seva capacitat per cuidar al familiar, el deure de fer-ho i la falta de recursos econòmics per poder fer-ho, es troba estretament relacionada amb la incapacitat funcional per les activitats bàsiques de la vida diària de la persona gran. Per últim, l'impacte de les cures, que fa referència a les qüestions relacionades amb els efectes que la prestació de les cures a un familiar gran tenen pel cuidador (falta de temps lliure, falta d'intimitat, deteriorament de la vida social, etc.) s'explica principalment per la gravetat dels problemes de conducta, la incapacitat funcional i el temps de les cures.

En aquesta mateixa línia, Roig *et al.* (1998) van dur a terme un estudi per poder conèixer quins factors tenien incidència en la sobrecàrrega dels cuidadors no professionals de persones grans amb demència. D'aquest anàlisi s'extreu que els elements que més afecten en la sobrecàrrega del cuidador són els següents. En primer lloc, que el cuidador sigui major de 56 anys, veient-se especialment afectats les persones majors de 76 anys. En segon lloc, el vincle entre el cuidador i la persona cuidada, observant-se un major nivell de sobrecàrrega en els cuidadors casats amb la persona malalta. En tercer lloc, el baix nivell d'estudis, que s'associa al fet que les persones que disposen d'un nivell de coneixement major poden disposar de més recursos a l'hora de mantenir els seus contactes socials, tant per la seva capacitat a l'hora de dividir les tasques de cuidar com per una major disposició de recursos econòmics. Per últim, un baix nivell econòmic,

pel fet que no es disposa de diners suficients per contractar persones que s'ocupin de les tasques del cuidar.

Ferrer *et al.* (2006) recullen múltiples variables que segons diferents investigacions estan associades a la sobrecàrrega del cuidador i que classifiquen en quatre apartats diferents. En primer lloc, hi ha els factors contextuals, que fan referència a les variables sociodemogràfiques del cuidador i a la relació que hi ha entre el cuidador i la persona dependent. En aquest cas, s'ha trobat que l'edat i el nivell d'ingressos són els factors més determinants. Així, com més jove és la persona cuidadora més nivells de sobrecàrrega s'observen a causa del major cost d'oportunitats de les dones joves que es dediquen a les cures. Pel que fa al nivell d'ingressos, com ja s'ha dit anteriorment, està relacionat amb la menor possibilitat d'accés als recursos d'atenció. Pel que fa a la relació entre els dos subjectes, s'ha observat més nivell de sobrecàrrega en aquells casos en que la persona cuidadora és la parella o la filla, ja que en aquests casos hi ha una intervenció emocional més intensa. En segon lloc, trobem els estressors primaris, que inclouen totes aquelles demandes associades a la dependència per realitzar les activitats de la vida diària, els problemes de conducta i cognitius i la severitat de la malaltia de les persones dependents. En aquest cas, tot i que s'ha trobat que els estressors primaris tenen poca rellevància en comparació amb la resta, s'observa que a més problemes conductuals i cognitius de la persona dependent, més nivell de sobrecàrrega pateix el cuidador. En aquest punt, s'ha obtingut poca relació entre la capacitat funcional de la persona dependent i el nivell de càrrega del cuidador. En tercer lloc, es mencionen els estressors secundaris, que fan referència a l'afectació al temps lliure i d'oci. En relació a aquests hi ha una clara relació que mostra que una percepció de falta de temps és un factor associat a la sobrecàrrega molt important. Per últim, trobem les variables moduladores, que són aquelles circumstàncies que es poden modificar. Les variables moduladores que s'identifiquen com a forces potencials que poden compensar o protegir a la persona cuidadora enfront les conseqüències negatives de la tasca que realitza són les estratègies d'afrontament i el recolzament social. Així, es destaca que a més recolzament social percebut menor càrrega subjectiva en els cuidadors informals, i que un afrontament centrat en el problema és més efectiu que un afrontament focalitzat en l'emoció, el qual està associat a majors nivells de malestar psicològic.

Per últim, Crespo i López (2007), a partir de l'anàlisi de diferents estudis, conclouen que les variables relacionades amb el cuidador són les que més incideixen en el seu nivell de sobrecàrrega. Així, una menor autoestima, l'ús de l'evitació com a estratègia d'afrontament, una major sobrecàrrega subjectiva, una menor percepció dels aspectes positius de la tasca de

cuidar i un menor recolzament social, s'associen amb majors problemes de salut. Per contra, en relació a aquelles variables que fan referència a les característiques de la persona cuidada, s'ha observat certa interdependència entre els problemes de conducta que requereixen més vigilància amb un major deteriorament emocional del cuidador; mentre que la càrrega objectiva, és a dir el grau d'afectació que les cures tenen en la vida quotidiana, no té per ell sol afectació en la càrrega del cuidador.

Segons Cuesta (2007) en molts casos el pacient no és el que més pateix sinó que són els cuidadors, els quals gairebé mai sol·liciten ajuda i reben poca atenció. Diferents estudis d'investigació mostren que el cuidador rarament comenta els problemes que pateix i que només ho fa quan es tracta de problemes de salut greus. Ferrer *et al.* (2006) expliquen com la sobrecàrrega del cuidador té també conseqüències sobre el receptor de les cures, ja que s'ha relacionat amb la claudicació i l'abandonament de la persona cuidada, la institucionalització i fins i tot amb els maltractaments i els abusos cap a la persona dependent. Per Roig *et al.* (1998) per poder cuidar bé a un familiar afectat d'Alzheimer és necessari que el cuidador es trobi descansat i tranquil emocionalment, ja que només així el temps destinat a les cures serà efectiu i de qualitat. Tot i així, moltes vegades les persones cuidadores no volen reconèixer el sofriment que pateixen i és relativament freqüent que el cuidador negui suportar un pes superior a les seves forces.

## **2.5 UN SISTEMA INVISIBLE**

El paper de les persones en la cura dels seus familiars ha estat considerat un aspecte naturalitzat dins les funcions de la família, fins al punt que ha arribat a ser invisible. "La cura informal constitueix la part invisible de l'iceberg del benestar, en el que la part visible correspon als serveis formals de provisió de cures" (Rogeró, 2010: 14). Segons Cuesta (2004) el paper que tenen els cuidadors no professionals en l'atenció de persones amb dependència és un dels recursos més importants del sistema de salut. Tot i així, aquesta tasca que els cuidadors realitzen passa habitualment desapercibuda i no és reconeguda socialment, invisibilitat atribuïble al caràcter femení i domèstic d'aquest tipus de cures: un treball realitzat per la dona, natural i socialment esperat.

Federici (2013) assenyala que la invisibilitat de les cures informals destinades a les persones grans és causada per la devaluació que té el treball reproductiu dins el món capitalista i per la visió que es té de les persones grans com a éssers no reproductius. Per això, fa una crida a la redistribució de la riquesa social destinada a les cura de les persones grans i a la construcció de formes col·lectives de reproducció social que permetin que es proporcionin aquestes cures,

que es cobreixen les necessitats socials de les persones dependents, i que això no es produeixi a costa de reduir la qualitat de vida dels cuidadors. Perquè això succeeixi, cal que aquesta tasca que realitzen les persones cuidadores adquireixi una dimensió política i també que es faci revisió cultural del concepte de persona gran, el qual avui en dia està menyspreada al considerar-la una càrrega fiscal per l'Estat.

Per García *et al.* (2004) els cuidadors no són simplement fenòmens les característiques dels quals han de ser investigades, són una categoria social envers la qual el sistema formal té obligacions i requeriments en termes de formulació de polítiques de benestar. Per tant, més enllà de veure les persones cuidadores com un recurs essencial en l'atenció de les persones dependents cal considerar-les com un objectiu en si mateixos de la nostra atenció. No obstant, la realitat és que els serveis socials s'organitzen entorn de la persona dependent i situen el cuidador a la perifèria, el veuen com un recurs i, conseqüentment, les seves intervencions s'orienten a mantenir el seu rol. És a dir, es tracta d'un model en el qual el principal interès del professional recau en atendre a la persona dependent i en el que es concep a la persona cuidadora com a un recurs per suplir les deficiències del sistema.

El pes fonamental de la tasca de cuidar recau sobre la família i, com ja s'ha reiterat en múltiples ocasions, sobre la dona. És per això que és necessari, com es defensa en l'estudi dut a terme per l'Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (1999), incloure la població cuidadora en l'estructura protectora de l'Estat a través de prestacions econòmiques, tècniques, laborals i jurídiques per tal d'afavorir la compatibilitat de l'acció de cuidar amb la participació al món laboral. En aquest estudi, també es recullen quatre demandes bàsiques formulades per les persones cuidadores: flexibilitat i reducció de la jornada laboral als treballadors que tinguin al seu càrrec persones grans, permisos remunerats als cuidadors en la mateixa línia que els permisos de maternitat, utilitzar i estendre els contractes a temps parcial pels cuidadors habituals, i estendre els beneficis de l'excedència forçada a les excedències voluntàries pels cuidadors informals.

Per tot això, és important no només dissenyar intervencions que contribueixin a l'assistència a la dependència, sinó que també calen intervencions en un sentit més ampli que incloguin el nucli cuidador. I en aquest sentit, és imprescindible desenvolupar serveis de suport als cuidadors informals, uns serveis que, tal i com assenyala el Departament de Benestar Social i Família (2002) han d'anar orientats als següent fins. En primer lloc, s'han de dissenyar polítiques educatives generals que incorporin els homes en les tasques de cura. En segon lloc, cal desenvolupar serveis d'informació per als cuidadors, sobretot per identificar els cuidadors amb una sobrecàrrega elevada i enfocar-los com a un client específic dels serveis socials i per



desenvolupar programes d'informació i suport a aquests cuidadors. Per últim, s'ha d'innovar en les formes de finançament i provisió dels serveis de substitució dels cuidadors.

Seguint aquesta línia, cal destacar al paper de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les Persones en Situació de Dependència, que dóna especial importància al reconeixement i al recolzament dels cuidadors no professionals a través de l'establiment d'accions per a les persones en situació de dependència però també per als seus cuidadors. Per fer-ho, parteix de la millora de la capacitat i de les condicions de treball dels cuidadors no formals, oferint una prestació econòmica en alguns casos i oferint programes de formació, informació i mesures per oferir períodes de descans a aquests cuidadors. Per fer-ho, parteix de la millora de la capacitat i de les condicions de treball dels cuidadors no formals, oferint una prestació econòmica en alguns casos i oferint programes de formació, informació i mesures per oferir períodes de descans a aquests cuidadors. No obstant, podem veure que tot i que aquestes mesures contribueixen a la millora de les condicions dels cuidadors no professionals com a força de treball, no contempen la millora de les condicions de la vida familiar en general.

### **3. APROXIMACIÓ A L'ESPAI SOCIAL**

---

El Centre de Dia Onyar de Girona és un servei d'acolliment diürn i d'assistència a les activitats de la vida diària que presta assistència integral a les persones grans que mantenen vincles familiars amb suport de cuidadors habituals i que precisen de supervisió i/o ajuda per a la realització de les activitats de la vida diària. Segons el Departament de Benestar Social i Família (2010) un centre de dia és un servei que complementa l'atenció pròpia de l'entorn familiar, amb els objectius d'afavorir la recuperació i el manteniment de l'autonomia personal i social, mantenir la persona en el seu entorn personal i familiar en les millors condicions i proporcionar suport a les famílies en l'atenció a les persones grans dependents. Així, representa una alternativa, temporal o permanent, a l'internament residencial de la persona gran que necessita organització, supervisió i assistència per a les activitats de la vida diària.

El servei de centre de dia s'inclou dins els serveis socials especialitzats de la cartera de serveis de Catalunya. Les prestacions a través de serveis són aquelles actuacions i intervencions que realitzen els equips professionals amb la finalitat de fer prevenció, diagnòstic, valoració, protecció, promoció, atenció i inserció de les persones. Els serveis socials especialitzats, a diferència dels serveis socials bàsics, s'organitzen atenent la tipologia de les necessitats per tal de donar resposta a situacions i necessitats que requereixen una especialització tècnica o la disposició d'uns recursos determinats. En concret, els centres de dia són uns serveis que van dirigits a persones majors de 64 anys, amb gran deteriorament de la seva autonomia per a la realització de les activitats de la vida diària i que viuen amb els cuidadors habituals, així com també a persones grans amb trastorns cognitius i de conducta que viuen amb els seus cuidadors habituals.

El Centre de Dia Onyar és de dependència pública, forma part del Departament de Benestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya i és gestionat per Mutuam M.P.S. Totes les places que s'hi ofereixen són concertades, per la qual cosa cal que les persones que vulguin accedir-hi tinguin reconegut un grau de dependència no inferior a 2 i que vinguin derivades pels treballadors socials de les Àrees Bàsiques de Salut i dels Serveis Socials d'Atenció Primària de l'Ajuntament. Actualment, el centre té capacitat per acollir 30 usuaris, que es reparteixen en la franja de matí, de tarda o en jornada completa, essent l'aforament màxim de 25 usuaris.

## **4. DISSENY METODOLÒGIC DE L'EXPLORACIÓ**

---

### **4.1 OBJECTIUS I HIPÒTESIS**

#### OBJECTIU GENERAL:

- Analitzar les variables associades a la sobrecàrrega dels cuidadors no professionals de persones grans dependents.

#### Objectius específics:

1. Descriure el perfil de l'usuari del Centre de Dia Onyar.
2. Descriure el perfil del cuidador no professional dels usuaris del Centre de Dia Onyar.
3. Conèixer el nivell de sobrecàrrega dels cuidadors no professionals dels usuaris del Centre de Dia Onyar.
4. Avaluar la relació del nivell de sobrecàrrega del cuidador no professional amb diferents variables relacionades amb el cuidador.
5. Avaluar la relació del nivell de sobrecàrrega del cuidador no professional amb diferents variables relacionades amb l'usuari.

#### HIPÒTESIS:

1. El perfil de l'usuari del centre de Dia Onyar és el d'una dona, amb una edat superior als 80 anys, amb una dependència física moderada, amb un deteriorament cognitiu sever i amb un grau de dependència de 2.
2. El perfil del cuidador no professional dels usuaris del Centre de Dia Onyar és el d'una dona, amb una edat superior als 45 anys, ocupada, filla de l'usuari, amb un nivell de formació bàsic, que no rep ajuda d'altres cuidadors i que cuida a altres persones.
3. Els cuidadors no professionals dels usuaris del Centre de Dia Onyar presenten un nivell de sobrecàrrega lleu.
4. Els cuidadors no professionals que més nivell de sobrecàrrega pateixen són les dones, joves, aturades, filles o esposes de l'usuari, amb un nivell de formació bàsic, que no reben ajuda d'altres cuidadors i que cuiden a altres persones.
5. Els cuidadors no professionals de persones amb una dependència física total i amb un deteriorament cognitiu sever presenten més nivell de sobrecàrrega.

## **4.2 RECOLLIDA D'INFORMACIÓ**

Una vegada fixats els objectius de l'estudi s'ha recollit informació per fer un marc teòric el màxim de complet entorn aquesta temàtica i així veure quin és el coneixement previ que existeix sobre aquesta problemàtica. Per fer-ho, s'ha obtingut informació bàsicament d'articles publicats en diferents revistes científiques de l'àmbit social i també de l'àmbit sanitari, de llibres i de publicacions periòdiques en matèria de gent gran editades per diferents entitats.

## **4.3 SELECCIÓ DE LA MOSTRA**

La mostra que s'ha utilitzat és un mostreig de conglomerat que inclou totes els usuaris del Centre de Dia de Gent Gran Onyar amb els seus respectius cuidadors. Així, la mostra d'estudi està constituïda per 60 persones, dels quals 30 són usuaris del centre i 30 són cuidadors no professionals.

Es tracta d'un estudi transversal en el que la recollida de dades s'ha fet entorn a diferents subjectes en un moment determinat, en aquest cas es va fer durant el mes de març de l'any 2014.

## **4.4 VARIABLES I INSTRUMENTS**

Les variables que s'han pogut analitzar per fer l'estudi han estat les que el Centre de Dia de Gent Gran Onyar recull en relació als seus usuaris i als cuidadors d'aquests. Per una banda, les variables referents a l'usuari són: edat, sexe, capacitat funcional, nivell de deteriorament cognitiu i grau de dependència. Per altra banda, les dades que trobem que fan referència al cuidador són les següents: edat, sexe, ocupació, vincle amb la persona dependent, si rep ajuda d'altres cuidadors, si cuida a altres persones i, finalment, el nivell de sobrecàrrega. Com veurem, es tracta de variables tant quantitatives, en aquells casos en que el número per si mateix ja ens dóna informació, com qualitatives, que defineixen diferents categories.

Aquestes variables, així com els instruments utilitzats per avaluar cadascuna d'elles en el cas que hagi estat necessari, es mostren en la figura 2. Cal remarcar que han estat els professionals del centre qui han avaluat cada un dels ítems a partir dels diferents instruments i nosaltres només hem recollit els resultats.

	VARIABLES	INSTRUMENTS
<b>Cuidador</b>	Edat	
	Sexe	
	Ocupació	
	Víncle	
	Ajuda a altres cuidadors	
	Cuida a altres persones	
	Nivell de sobrecàrrega	Test de Zarit
<b>Usuari</b>	Edat	
	Sexe	
	Capacitat funcional	Test de Barthel
	Nivell de deteriorament cognitiu	Mini examen cognoscitiu (MEC)
	Grau de dependència	Barem de valoració de la dependència (BVD)

Figura 2: Variables recollides sobre el cuidador i l'usuari i instruments utilitzats per mesurar-les. Elaboració pròpia.

- El test de Zarit (vegeu l'annex 1) es realitza al cuidador familiar habitual amb el fi de detectar situacions de sobrecàrrega del cuidador. El qüestionari consta de 22 ítems que avaluen les repercussions negatives sobre determinades àrees de la vida associades a la prestació de les cures. La puntuació total resulta de sumar la puntuació dels 22 ítems i té un rang que va des de 0 a 88. Cada ítem consta d'una escala de cinc valors en el qual l'entrevistat ha d'indicar la freqüència amb la qual es sent identificat, una resposta que pot anar des de 0 (mai) a 4 (gairebé sempre). D'aquesta manera, s'obté un resultat numèric que permet oferir una valoració de la sobrecàrrega percebuda pel cuidador i la qualifica en absència de sobrecàrrega, sobrecàrrega lleu i sobrecàrrega intensa.
- El test de Barthel valora l'autonomia de la persona per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària<sup>1</sup>. La recollida de la informació es fa a través de l'observació directa i/o de l'entrevista amb el pacient o amb el seu cuidador habitual si la seva capacitat cognitiva no ho permet. La puntuació total es calcula sumant la puntuació escollida per cada una de les activitats bàsiques, obtenint un resultat d'entre 0 i 100. A partir d'aquest resultat podem obtenir absència de dependència, dependència lleu, dependència moderada, dependència greu i dependència total.

<sup>1</sup> Pel Departament de Benestar Social i Família (2012) les activitats bàsiques de la vida diària són aquelles que permeten a la persona desenvolupar-se amb un mínim d'autonomia i independència, com ara la cura personal, les activitats domèstiques bàsiques, la mobilitat essencial, reconèixer persones i objectes, orientar-se, entendre i executar ordres o tasques senzilles. Segons Romero (2007) es caracteritzen per ser universals, està lligades a la supervivència i condició humana, i estan dirigides a un mateix amb la finalitat d'aconseguir la independència personal.

- El mini examen cognoscitiu (MEC) és un test cognitiu breu per l'estudi de les capacitats cognitives a través de l'exploració de cinc àrees cognitives: l'orientació, la fixació, la concentració, el càlcul, la memòria i el llenguatge. La recollida de la informació es fa a través d'un qüestionari que un professional administra a la persona que requereix una valoració cognitiva. El rang de puntuació va de 0 a 35 i s'obtenen diferents nivells de deteriorament cognitiu: absència de deteriorament, deteriorament lleu, deteriorament moderat i deteriorament sever.
- El barem de valoració de la dependència (BVD) és l'instrument que fa servir el col·lectiu de professionals acreditats per determinar les situacions de dependència moderada, severa i gran. Aquest barem estableix els criteris de valoració del grau d'autonomia de les persones i de la seva capacitat per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària. La valoració té en compte tant els informes relatius a la salut de la persona com l'entorn en què viu, i la puntuació del grau de dependència es basa en les tasques bàsiques de la vida diària que la persona no pot dur a terme tota sola. A partir d'aquest barem s'estableixen tres graus de dependència: dependència moderada (Grau I), dependència severa (Grau II), i gran dependència (Grau III)<sup>2</sup>.

Una vegada desglossades aquestes preguntes s'han extret els resultats a través de la realització de taules de contingència que permeten una millor visualització de les dades. Tot seguit, s'ha fet la discussió de resultats comparant els resultats obtinguts amb les hipòtesis formulades.

---

<sup>2</sup> En el RDL 20/2012 es publiquen les modificacions de la Llei 39/2006 que té implicacions en els graus i nivells de dependència. Amb aquesta nova estructura s'eliminen els nivells per les noves sol·licituds i es deixa estructurat en tres graus: grau III, grau II i grau I. Per les persones que ja tenen reconegut grau i nivell de dependència amb anterioritat a aquest Real Decret Llei es mantindran els grau i el nivell que tenien inicialment, però en el cas de sol·licitar una revisió de grau, la valoració s'adaptarà a la nova estructura. Les revisions de grau provisionals també es tractaran tenint en compte els criteris de la nova normativa estatal. Per aquest motiu, hi ha usuaris de la nostra mostra que tenen en el grau de dependència solsament el grau i d'altres que tenen grau i nivell.

## 5. EXPOSICIÓ I ANÀLISI DE LES DADES RECOLLIDES

A partir de l'anàlisi de les dades recollides (vegeu annex 2) podem extreure els següents resultats:

### 1. PERFIL DE L'USUARI DEL CENTRE DE DIA ONYAR

El perfil de l'usuari del centre és el d'una dona, amb una mitjana d'edat de 82 anys, sense dependència física, amb un nivell de deteriorament cognitiu sever i amb un reconeixement de grau de dependència de 2.

### 2. PERFIL DEL CUIDADOR NO PROFESSIONAL DELS USUARIS DEL CENTRE DE DIA ONYAR

El perfil del cuidador és el d'una dona, amb una mitjana d'edat de 58 anys, ocupada, filla de l'usuari i amb una formació bàsica<sup>3</sup>. En la majoria dels casos rep ajuda d'altres persones en la tasca del cuidar i no té cura d'altres persones.

### 3. NIVELL DE SOBRECÀRREGA DELS CUIDADORS NO PROFESSIONALS DEL CENTRE DE DIA ONYAR

Podem observar que el 69% dels cuidadors pateixen algun nivell de sobrecàrrega, essent lleu en el 41% dels casos i intensa en el 28% dels casos. Cal tenir en compte que en aquest cas no s'ha considerat la relació amb cap dels factors influents en el nivell de sobrecàrrega del cuidador, sinó que es tracta d'un resultat general per tota la mostra.

### 4. RELACIÓ DEL NIVELL DE SOBRECÀRREGA DEL CUIDADOR NO PROFESSIONAL AMB DIFERENTS VARIABLES RELACIONADES AMB EL CUIDADOR

		NIVELL DE SOBRECÀRREGA			TOTAL
		No	Lleu	Intens	
GÈNERE	Dona	5 (25%)	9 (45%)	7 (35%)	20
	Home	4 (40%)	3 (30%)	2 (20%)	10
EDAT	Menor 56	6 (37.5%)	7 (43.7%)	3 (18.7%)	16
	56-76	3 (30%)	3 (30%)	4 (40%)	10
	Major 76	0	2 (50%)	2 (50%)	4
OCUPACIÓ	Aturat	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	5
	Ocupat	5 (38.5%)	5 (38.5%)	3 (23%)	13
	Jubilat	3 (25%)	5 (41.7%)	4 (33.3%)	12
VINCLE	Parella	4 (36.4%)	3 (27.2%)	4 (36.4%)	11
	Fill	4 (23.5%)	8 (47%)	5 (29.5%)	17
	Nét	0	1 (100%)	0	1
	Cuidador	1 (100%)	0	0	1

<sup>3</sup> Es parla de formació bàsica per fer referència a qualsevol tipus de formació de la qual disposa la persona cuidadora que no sigui universitària.

NIVELL FORMACIÓ	Analfabet	1 (100%)	0	0	1
	Bàsic	5 (22.7%)	10 (45.4%)	7 (31.8%)	22
	Universitari	3 (42.8%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	7
AJUDA D'ALTRES CUIDADORS	Sí	6 (33.3%)	6 (33.3%)	6 (33.3%)	18
	No	3 (25%)	6 (50%)	3 (25%)	12
CUIDA A ALTRES PERSONES	Sí	1 (14.3%)	3 (42.9%)	3 (42.9%)	7
	No	8 (34.8%)	9 (39.1%)	6 (26.1%)	23
TOTAL		9	12	9	30

Pel que fa a la relació entre el nivell de sobrecàrrega i el gènere del cuidador, s'observa que hi ha més sobrecàrrega en les dones que en els homes, ja que un 80% de les dones pateixen sobrecàrrega, ja sigui lleu o intensa, enfront un 50% dels homes.

En la valoració de l'edat com a factor relacionat amb la sobrecàrrega, es pot veure que el 100% de les persones majors de 76 anys pateixen sobrecàrrega. Pel que fa a la resta de franges d'edat, s'observa que no existeixen diferències significatives, ja que hi ha un 62.4% de cuidadors menors de 65 anys i un 70% de cuidadors d'entre 56 i 76 anys que pateixen sobrecàrrega.

Pel que fa a l'ocupació de la persona cuidadora, s'observa que qui més pateix sobrecàrrega són les persones aturades (80%), seguit de les persones jubilades (75%) i de les persones ocupades (61.5%).

En relació al vincle entre la persona cuidadora i l'usuari, s'ha observat que en aquells casos en que el vincle és de pare/mare – fill/filla, hi ha més presència de sobrecàrrega (76.5%) que en aquells casos en que la persona cuidadora és cònjuge de l'usuari (63.6%). Tot i així, en els casos en que hi ha una relació de parella entre el cuidador i l'usuari el nivell de sobrecàrrega és intens, mentre que si la relació és entre pares i fills el nivell de sobrecàrrega és lleu.

Pel que fa a la relació entre el nivell de sobrecàrrega del cuidador i la seva formació, s'observa que qui més en pateix són les persones amb una formació bàsica, un 77.2% dels casos, per sobre les persones amb un nivell de formació universitari, de les quals un 57.2% pateixen sobrecàrrega del cuidador.

Si considerem si la persona cuidadora rep ajuda d'altres cuidadors, es pot observar que un 75% de les persones que no reben ajuda en les tasques del cuidar pateixen sobrecàrrega, enfront un 66.6% de les persones que sí que en reben.

Per últim, tenint en compte si el cuidador ha de tenir cura d'altres persones, es veu una clara diferència, i és que un 85.8% dels cuidadors que tenen al seu càrrec altres persones presenten sobrecàrrega, mentre que en els casos en que aquests no cuiden a altres persones la xifra és



del 65.2%. A més a més, en els casos en que es cuida a més d'una persona el nivell de sobrecàrrega és més elevat.

##### **5. RELACIÓ DEL NIVELL DE SOBRECÀRREGA DEL CUIDADOR NO PROFESSIONAL AMB DIFERENTS VARIABLES RELACIONADES AMB L'USUARI**

		NIVELL DE SOBRECÀRREGA			TOTAL
		No	Lleu	Intens	
DETERIORAMENT COGNITIU	No	0	3 (100%)	0	3
	Lleu	3 (42.9%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	7
	Moderat	0	1 (25%)	3 (75%)	4
	Sever	6 (37.5%)	6 (37.5%)	4 (25%)	16
DEPENDÈNCIA FÍSICA	No	4 (25%)	8 (50%)	4 (25%)	16
	Lleu	1 (100%)	0	0	1
	Moderada	1 (33.3%)	0	2 (66.7%)	3
	Greu	0	1 (100%)	0	1
	Total	3 (33.3%)	3 (33.3%)	3 (33.3%)	9
TOTAL		9	12	9	30

Si s'analitza la relació entre el nivell de deteriorament cognitiu de l'usuari i el nivell de sobrecàrrega del cuidador es pot concloure que no hi ha una relació causa – efecte entre aquestes dues variables ja que tot i que un 100% dels cuidadors de persones amb un deteriorament cognitiu moderat presenten sobrecàrrega, també un 100% dels cuidadors de persones que no presenten deteriorament cognitiu tenen sobrecàrrega, tot i que en aquest últim cas d'una intensitat menor. Pel que fa als usuaris amb un deteriorament cognitiu lleu, s'ha trobat que un 57.2% dels seus cuidadors presenten sobrecàrrega i, en aquells casos en que el deteriorament cognitiu de l'usuari és sever, la xifra és del 62.5%.

De la mateixa manera que en el cas anterior, tampoc es pot establir una relació entre el nivell de dependència física de l'usuari i el nivell de sobrecàrrega del seu cuidador. En aquest cas s'observa que el percentatge de cuidadors no professionals de persones sense dependència física que presenten sobrecàrrega és un d'un 75%, seguit dels cuidadors de persones grans amb una dependència física moderada i total, presentant sobrecàrrega en un 66.7% i un 66.6% dels casos respectivament. En el cas de la persona gran amb un nivell de dependència física greu no s'ha tingut en compte ja que es tracta d'una sol individu de tota la mostra i la xifra de 100% no és representativa.

## 6. CONCLUSIONS

---

A partir de l'anàlisi de les dades obtingudes es pot concloure el següent en relació als objectius i a les hipòtesis que s'havien plantejat. En primer lloc, es pot veure que pel que fa al perfil de l'usuari, la hipòtesi que s'havia proposat coincideix amb els resultats obtinguts, a excepció del nivell de dependència física. En relació a aquest, es creia que els usuaris tenien un nivell de dependència física moderat, però en l'anàlisi dels resultats s'ha vist que en la majoria dels casos els usuaris disposen d'una capacitat funcional completa. En segon lloc, pel que fa a la determinació del perfil del cuidador, si es compara amb la hipòtesi inicial, s'observa que totes les dades coincideixen, excloent aquelles que fan referència a si el cuidador rep ajuda en la tasca del cuidar i si ha de tenir cura d'altres persones. Mentre que la hipòtesi proposada deia que les persones cuidadores no reben ajuda d'altres persones i que, a més a més, tenen al seu càrrec altres persones, s'ha comprovat que això és a la inversa, ja que en la major part dels casos reben ajuda d'altres persones i no han de tenir cura d'altres persones. En tercer lloc, tal i com s'havia plantejat, s'ha comprovat que els cuidadors no professionals dels usuaris del Centre de Dia de Gent Gran Onyar presenten sobrecàrrega del cuidador, la qual és d'una intensitat lleu en la majoria dels casos. En quart lloc, respecte a la relació entre el nivell de sobrecàrrega del cuidador no professional amb les diferents variables relacionades amb el cuidador, s'observa que totes elles són encertades menys la variable edat. En aquest cas, segons la hipòtesi, quan més jove era la persona més sobrecàrrega presentava, i el que s'ha vist és totalment el contrari: quan més gran és la persona cuidadora més sobrecàrrega presenta i amb una intensitat més elevada. Així doncs, es pot concloure que qui més pateix sobrecàrrega del cuidador són les dones, majors de 76 anys, aturades, filles de l'usuari, que tenen una formació bàsica, que no reben ajuda d'altres cuidadors i que cuiden a altres persones. Per últim, pel que fa a les variables que fan referència a l'usuari, no es pot establir cap mena d'associació entre aquestes i el nivell de sobrecàrrega del cuidador; de manera que la hipòtesi inicial ha resultat refutada.

Una vegada feta la comparació entre els resultats obtinguts i els esperats es pot confirmar que existeix una problemàtica a la qual cal fer front: per una banda, la dependència de les persones grans i, per l'altra, la sobrecàrrega d'aquelles persones que han d'atendre-les. S'ha observat que en la majoria dels casos de la mostra, tot i que la persona gran no presenta una dependència física, sí que té un deteriorament cognitiu que la fa dependent d'una altra persona per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària; una persona que en la majoria de casos pateix una sobrecàrrega derivada pel fet d'haver de tenir cura d'aquesta.

D'aquesta persona cuidadora cal destacar com el seu perfil queda marcat clarament pel factor de gènere, col·lectiu sobre el qual recauen majoritàriament el conjunt de tasques que comporta aquest tipus d'atenció. I és que, tot i que avui en dia les dones comparteixen cada vegada més el món laboral amb els homes, la major part del treball en l'àmbit domèstic i de les tasques que comporta el cuidar continuen recaient sobre elles.

Pel que fa al fet que no es puguin extreure relacions causals entre les variables que fan referència a l'usuari i el nivell de sobrecàrrega del seu cuidador, es pot concloure que té molta més importància la càrrega subjectiva, és a dir, com la persona cuidadora viu el fet d'haver de tenir cura d'un seu familiar i el significat que l'hi atorga, que no pas la càrrega objectiva, que fa referència als canvis objectivables que es produeixen en la vida del cuidador. Aquesta vivència de proporcionar cures està relacionada amb la situació individual de cada cuidador però no tant en les condicions en les que es troba l'usuari. Per tant, es pot dir que són aquelles variables que fan referència al cuidador les que més conseqüències tenen en el seu nivell de sobrecàrrega. Això té sentit si es té en compte que el test de Zarit és un qüestionari que respon a un enfocament subjectiu de la càrrega.

Tot i així, no es poden oblidar les limitacions que té avaluar el nivell de càrrega a través d'una puntuació única i global que no té en compte les diferents dimensions que aquest concepte engloba i que, per tant, pot emmascarar alguns efectes relacionats amb la cura. La magnitud de les cures informals de les persones grans en situació de dependència per part de la família i els costos que comporta són molt amplis i molt difícils de quantificar. Existeixen costos econòmics, càrregues físiques, limitació del temps lliure, etc., uns costos que, tot i que teòricament són contemplats, en la pràctica es perd aquesta multidimensionalitat de manera que no existeix la possibilitat de comprovar les diferents formes en les que els cuidadors poden sentir-se sobrecarregats pel fet de cuidar i els diferents efectes de cadascuna d'elles. Així, es pot resumir que el concepte de càrrega disposa d'un caràcter multidimensional ja que diferents dimensions s'associen a diferents aspectes de la cura i que, per tant, l'avaluació de la càrrega del cuidador no pot implicar una única puntuació indicativa de càrrega sinó que cal tenir en compte l'heterogeneïtat d'aquest concepte.

La vellesa s'ha associat freqüentment a riscos econòmics, socials i de salut, és a dir, a pobresa, aïllament social i pèrdua d'autonomia. L'alt cost econòmic i temporal que suposa afrontar tots aquests riscos i la idea de que aquesta responsabilitat no és exclusivament de les famílies ha conduït a una atribució amb importants implicacions: cada vegada més es parla de les persones grans i dependents com un problema social que requereix solucions col·lectives. Ja que la cura informal continuarà tenint una presència important en la nostra societat, és

necessari adaptar-se a aquesta realitat, minimitzar els efectes negatius que genera i potenciar les seves conseqüències positives. Així doncs, tot el que s'ha exposat anteriorment orienta a entendre la necessitat d'un abordatge assistencial de la dependència que inclogui el conjunt del seu nucli, és a dir: els serveis professionals, la persona gran, i també la seva família i el seu entorn. També cal citar les repercussions que té per a l'Administració, ja que l'abandonament de la cura per part del cuidador desplaçaria les persones dependents cap a les institucions públiques, fet que generaria un elevat cost i un important problema polític, social i econòmic tenint en compte la insostenibilitat actual dels sistemes de protecció social. A més a més, els propis problemes físics i mentals del cuidador informal provocats per la sobrecàrrega els podrien convertir en nous consumidors del sistema sanitari.

Per tot això, és d'especial importància una provisió pública del cuidar que garanteixi una despesa pública adequada i que s'utilitzi de forma correcta, és a dir que garanteixi una bona qualitat dels serveis que ofereix a partir d'unes bones condicions laborals, possibilitat de capacitació i expectatives laborals i bona remuneració. I és que malgrat que a Espanya, el discurs pro familiar és l'oficialment dominant, hi ha grans limitacions dels serveis d'ajuda a les famílies. És impensable que aquesta insuficiència de l'Estat del benestar en general i dels serveis socials d'ajuda a les famílies en particular, i la baixa taxa d'ocupació de la població femenina que comporta, pugui resoldre's sense una participació activa del sector públic que faciliti l'accés a tals serveis de totes les famílies i permeti una major integració de la dona al mercat de treball. Pel que fa a les dones, tal i com ja hem dit, configuren un col·lectiu especialment vulnerable a les situacions de pobresa, al ser qui més renuncien a incorporar-se al món laboral per cuidar i les quals, precisament per aquest motiu, percebran les pensions més baixes en el futur. Per això, és necessari potenciar prestacions a la cura que siguin compatibles amb el treball remunerat, amb l'objectiu d'evitar situacions futures de vulnerabilitat.

Per finalitzar, ressaltar que la recollida de dades i la posterior anàlisi ha estat predeterminada per les dades que ens ha facilitat al centre, i que són les que s'hi recullen. Aquest fet ha restringit la recerca ja que s'hagués volgut poder treballar amb més variables i així poder determinar d'una manera més exhaustiva quins són els factors que tenen conseqüències en la sobrecàrrega el cuidador informal. Però més enllà de veure aquest fet com una limitació, obre les portes a futures exploracions que passen per augmentar la mostra i així poder obtenir resultats més generalitzats, però també per expandir l'anàlisi a d'altres variables que es creu que poden tenir relació amb el nivell de sobrecàrrega del cuidador no professional i que en aquest treball no s'han pogut comprovar.

## 7. BIBLIOGRAFIA

---

- Alonso, A., Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R., i Riera, M. (2004). Profile and burden of care in caregivers of patients with dementia included in the ALOIS program. *Atencion primaria/Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*, 33(2), 61-66.
- Bazo, M., i Domínguez, C. (1996). Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 43-56.
- Bover, A., i Gastaldo, D. (2005). La centralidad de la familia como recurso en el cuidado domiciliario: perspectivas de género y generación. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1), 9-16.
- Crespo, M., i 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 Sanidad y Política Social.
- Creu Roja. (2010). *No tinc vida pròpia: Estudi descriptiu de la percepció que tenen els dones sobre la seva experiència com a cuidadores de persones grans dependents*. (1a ed.). Girona: Departament d'Intervenció Social Creu Roja Espanyola a Girona.
- Cuesta, C. (2004, gener/març). Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(1), 137-146.
- Cuesta, C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27 (1), 96-102.
- Cuesta, C. (2007). El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería*, 1(25), 106-112.
- Departament de Benestar Social i Família. (2002). *Llibre blanc de la gent gran amb dependència*. (1a ed.). Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Departament de Benestar Social i Família. (2010). *Centres de dia per a gent gran*. Recuperat 1 juny 2014, des de <http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.7fca6ecb84d307b43f6c8910b0c0e1a0/?vgnnextoid=c4788f88661a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=c4788f88661a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD>
- Departament de Benestar Social i Família. (2011). *Persones cuidadores no professionals*. Recuperat 26 febrer 2014, des de

<http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.7fca6ecb84d307b43f6c8910b0c0e1a0/?vgnextoid=fdb6859e616a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=fdb6859e616a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD>

- Departament de Benestar Social i Família. (2012). *Què és i com es reconeix la situació de dependència*. Recuperat 1 juny, des de [http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.7fca6ecb84d307b43f6c8910b0c0e1a0/?vgnextoid=387493f3e06a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=387493f3e06a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default#Bloc33a13c93884b4210VgnVCM1000008d0c1e0a\\_\\_\\_\\_\\_](http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.7fca6ecb84d307b43f6c8910b0c0e1a0/?vgnextoid=387493f3e06a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=387493f3e06a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default#Bloc33a13c93884b4210VgnVCM1000008d0c1e0a_____)
- Domínguez, J.A., Ruíz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., i Izquierdo, M.T., (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *SEMERGEN. Medicina de Familia*, 38(1), 16-23.
- Federici, S. (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Traficantes de sueños.
- Ferrer, G., Rigla, F., i López, V. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Tirant lo Blanch.
- García, M., Mateo, I., i Eguiguren, A. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 132-139.
- García, M., Mateo, I., i Gutiérrez, P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. (1a ed.). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- García, M., Mateo, I., i Moroto, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-92.
- Institut d'estadística de Catalunya. (2013). *Demografia i qualitat de vida. Estructura per edats*. Recuperat 14 març 2014, des de <http://www.idescat.cat/dequavi/Dequavi?TC=444&V0=1&V1=2>
- Institut d'estadística de Catalunya. (2013). *Proyecciones de població per edats*. Recuperat 14 març 2014, des de <http://www.idescat.cat/dequavi/Dequavi?TC=444&V0=1&V1=7&VA=2020&x=15&y=10>
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. (1999). *La protección social de la dependencia* (2a ed.). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Isla, P. (2000). El cuidado familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los cuidados. Revista de enfermería y humanidades*, 4(7-8), 187-194.
- Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les Persones en Situació de Dependència, Article 18.
- López, M., i Martínez, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"* (1a ed. ) Madrid: IMSERSO.
- Losada, A., Márquez, M., Peñacoba, C., Gallagher, D., i Knight, B. (2007). Reflexiones entorno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología conductual*, 15(1), 57-76.
- Montorio, I., Fernández, M., López, A., i Sánchez, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de psicología*, 14(2), 229-248.
- Organización mundial de la salud. (2011). *Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidades i Estados de Salud*. 54ena Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra.
- Real Decret Llei 20/2012, de 13 de juliol, de mesures per garantir l'estabilitat pressupostària i de foment de la competitivitat. BOE núm. 168, sec., pàg. 50428 (2012).
- Rodríguez, C. (2005). *Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones*. (1a ed.) Mar de Plata: CEPAL.
- Rogero, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Espanyola de Salud Pública*, 83(3), 393-405.
- Rogero, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Roig, V., Abengózar, C., i Serra E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de psicología*, 14(2), 215-227.
- Romero, D. (2007, desembre). Actividades de la vida diaria. *Anales de psicología*, 23(2), 264-271.

## 8. ANNEXOS

---

### 8.1 ANNEX 1. TEST DE ZARIT

ESCALA DE SOBRECÀRREGA DE LA PERSONA CUIDADORA DE ZARIT		
ÍTEM	PREGUNTA	PUNTUACIÓ
1	Penseu que el vostre/la vostra familiar us demana més ajuda de la que realment necessita?	
2	Penseu que a causa del temps que dediqueu al vostre/la vostra familiar no teniu prou temps per a vós?	
3	Us sentiu angoixat/da per intentar compatibilitzar la cura del vostre/la vostra familiar amb altres responsabilitats (feina o família)?	
4	Sentiu vergonya per la conducta del vostre/la vostra familiar?	
5	Us sentiu enfadat/da quan esteu a prop del vostre/la vostra familiar?	
6	Penseu que cuidar el vostre/la vostra familiar afecta negativament la relació que manteniu amb altres membres de la vostra família?	
7	Teniu por del futur del vostre/la vostra familiar?	
8	Creieu que el vostre/la vostra familiar depèn de vós?	
9	Us sentiu tens/a quan sou a prop del vostre/la vostra familiar?	
10	Penseu que la vostra salut ha empitjorat per haver de cuidar el vostre/la vostra familiar?	
11	Penseu que no teniu tanta intimitat com us agradaria des que cuideu el vostre/la vostra familiar?	
12	Penseu que la vostra vida social s'ha vist afectada negativament per haver de cuidar el vostre/la vostra familiar?	
13	Sentiu que us heu distanciat de les vostres amistats a causa d'haver de cuidar el vostre/la vostra familiar?	
14	Penseu que el vostre/la vostra familiar us considera l'única persona que el/la pot cuidar?	
15	Penseu que no teniu prou ingressos econòmics per als costos que suposa cuidar el vostre/la vostra familiar?	
16	Penseu que no sereu capaç de cuidar el vostre/la vostra familiar durant gaire temps més?	
17	Sentiu que heu perdut el control de la vostra vida des que va començar la malaltia del vostre/la vostra familiar?	
18	Desitjaríeu poder deixar la cura del vostre/la vostra familiar a una altra persona?	



19	Us sentiu indecís/isa sobre què fer amb el vostre/la vostra familiar?	
20	Penseu que hauríeu de fer més pel vostre/la vostra familiar?	
21	Penseu que podríeu cuidar millor la vostra família?	
22	Globalment, quin grau de càrrega experimenteu pel fet de cuidar el vostre/la vostra familiar?	

<b>Puntuació de cada ítem (sumeu-los tots per obtenir la puntuació):</b>	
<b>FREQÜÈNCIA</b>	<b>PUNTUACIÓ</b>
Mai	0
Gairebé mai	1
De vegades	2
Freqüentment	3
Gairebé sempre	4

Els punts de tall recomanats són:

< 46 No sobrecàrrega

De 46 a 56 Sobrecàrrega lleu

> 56 Sobrecàrrega intensa

## 8.2 ANNEX 2. QUADRE DE LA RECOLLIDA DE DADES

DADES QUIDADOR										DADES USUARI				
GÈNERE	EDAT	OCUPACIÓ	VINCLE	NIVELL FORMACIÓ	AJUDA D'ALTRES CUIDADORS	CUIDA A ALTRES PERSONES	SOBRECÀRREGA DEL CUIDADOR	EDAT	GÈNERE	DEPENDÈNCIA FÍSICA	DETERIORAMENT COGNITIU	GRAU DE DEPENDÈNCIA		
Dona	50	Aturada	Fill/a	Bàsic	Sí	Sí	Lieu	85	Dona	No	Sever	2		
Dona	50	Ocupada	Fill/a	Universitari	No	No	Lieu	89	Dona	No	Lieu	2		
Home	66	Jubilat	Parella	Bàsic	Sí	No	No	67	Dona	No	Sever	2		
Dona	66	Jubilada	Fill/a	Bàsic	Sí	No	Lieu	89	Dona	Total	Sever	2.2		
Home	53	Ocupa	Parella	Universitari	No	No	No	78	Home	Moderada	Lieu	3.1		
Dona	40	Aturada	Nét/a	Bàsic	Sí	Sí	Lieu	87	Home	No	Lieu	2.1		
Dona	60	Aturada	Fill/a	Bàsic	Sí	No	Intensa	92	Dona	Total	Sever	2.2		
Home	55	Aturat	Fill/a	Bàsic	Sí	No	Intensa	92	Dona	Moderada	Moderat	2.2		
Home	81	Jubilat	Parella	Bàsic	No	No	Lieu	80	Dona	No	Sever	2.2		
Dona	64	Jubilada	Fill/a	Bàsic	No	No	Lieu	89	Dona	No	Moderat	2.2		
Home	82	Jubilat	Parella	Bàsic	Sí	No	Intensa	82	Dona	No	Lieu	2.1		
Dona	73	Jubilada	Parella	Analfabeta	Sí	No	No	79	Home	Lieu	Lieu	2.2		
Dona	56	Ocupada	Fill/a	Universitari	Sí	No	Intensa	81	Dona	Total	Sever	2.2		
Dona	81	Jubilada	Parella	Bàsic	No	Sí	Intensa	82	Home	No	Moderat	2.2		
Dona	50	Ocupada	Fill/a	Bàsic	No	No	Lieu	82	Dona	No	No	2.1		
Dona	48	Ocupada	Fill/a	Bàsic	Sí	Sí	Intensa	85	Home	Total	Moderat	2.1		
Dona	49	Ocupada	Fill/a	Bàsic	Sí	No	No	87	Dona	Total	Sever	2.2		
Home	50	Ocupat	Fill/a	Bàsic	Sí	No	No	81	Dona	Total	Sever	2.2		
Dona	47	Ocupada	Fill/a	Universitari	Sí	No	Intensa	81	Home	Moderada	Sever	2		
Dona	77	Jubilada	Parella	Bàsic	Sí	No	Lieu	78	Home	No	Sever	3		
Dona	50	Ocupada	Fill/a	Universitari	Sí	No	Lieu	89	Dona	No	No	2.1		
Dona	49	Aturada	Fill/a	Bàsic	Sí	Sí	No	88	Dona	No	Sever	3.1		
Dona	43	Ocupada	Fill/a	Bàsic	No	No	Lieu	69	Dona	Greu	No	3.1		
Home	50	Ocupat	Fill/a	Bàsic	Sí	Sí	Lieu	91	Dona	Total	Sever	3.1		
Home	72	Jubilat	Parella	Bàsic	No	No	Lieu	73	Dona	Total	Sever	2.2		
Dona	66	Jubilada	Parella	Bàsic	No	No	Intensa	78	Home	No	Sever	2.2		
Dona	30	Ocupada	Cuidadora	Bàsic	No	No	No	93	Dona	Total	Lieu	2.1		
Dona	71	Jubilada	Parella	Universitari	No	No	No	66	Home	No	Sever	3.1		
Dona	68	Jubilada	Parella	Bàsic	No	Sí	Intensa	75	Home	No	Lieu	2.2		
Home	55	Ocupat	Fill/a	Universitari	Sí	No	No	84	Dona	No	Sever	2.1		