

Núria Calabuig Calabuig

Perspectiva de género: Cómo afectan los cuidados informales a la salud de la mujer cuidadora. Una revisión sistemática de estudios observacionales

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Dirigido por la Dra. Catalán Santos y por la Dra. Solà Alberich

Máster de Envejecimiento y Salud



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Reus

2022

Evaluación final

Tutor del estudiante: **Dra. Catalán Santos y por la Dra. Solà Alberich**

Nombre del estudiante evaluado: **Núria Calabuig Calabuig**

NOTA DE LA EVALUACIÓN FINAL **

Pon la nota del 0 al 10 dentro de la casilla correspondiente		
	Ponderación	Nota 0 a 10
Evaluación global del trabajo 10%		
1. Claridad en la formulación de los objetivos y de los problemas		10
2. Coherencia interna del trabajo		10
3. El trabajo muestra el uso del pensamiento crítico		9
4. Relevancia: originalidad e innovación		10
5. Propuesta para la aplicación práctica de los resultados		9
Introducción y justificación 15%		
1. Explicación de las teorías que fundamentan el trabajo		10
2. Síntesis e integración de las teorías y del tema		10
3. Contribución en el avance teórico		9
4. Aportaciones a la sociedad y a la ética profesional		9
Metodología de la investigación 25%		
1. Adecuación de la metodología a la temática		10
2. Instrumentos de investigación apropiados		9
3. Descripción de los métodos utilizados		10
Resultados y discusión 20%		
1. Interpretación de los datos y resultados		9
2. Uso adecuado de los mecanismos de evaluación		9
3. Viabilidad de la propuesta		10
4. Uso adecuado de las herramientas de reflexión		9
5. Figuras y tablas adecuadas		9
Conclusión 20%		
1. Conclusiones relacionadas con los objetivos		10
2. Coherencia y adecuación de las conclusiones		9
Aspectos formales 5%		
1. Orden y claridad en la estructura del trabajo		10
2. Normativa (ortográfica, sintáctica, etc.) y corrección formal		9
3. Referencias bibliográficas actualizadas y formato adecuado		9
Evaluación del proceso 5%		
1. Ha mostrado capacidades de análisis, síntesis y razonamiento y se ve reflejado en el trabajo final		10
Nota total sobre 10: 9,5		

Firma del/a tutor/a: **Dra. Rosa SOLÀ**



Dra. Úrsula CATALÁN



ÍNDICE

Resumen	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	7
3. METODOLOGÍA	7
<u>3.1 Descripción del estudio</u>	<u>7</u>
<u>3.2.2 Fuentes de información.....</u>	<u>9</u>
<u>3.3 Criterios de inclusión y exclusión</u>	<u>9</u>
4. RESULTADOS.....	10
<u>4.1 Selección de los estudios incluidos en la revisión sistemática.....</u>	<u>10</u>
<u>4.2 Calidad de los estudios incluidos.....</u>	<u>12</u>
<u>4.3 Características de los estudios</u>	<u>12</u>
5. DISCUSIÓN	22
<u>5.1 LIMITACIONES</u>	<u>26</u>
<u>5.2 PERSPECTIVAS DE FUTURO.....</u>	<u>26</u>
6. CONCLUSIÓN	26
7. BIBLIOGRAFÍA	27

Resumen

Introducción. Hoy en día encontramos muchos estudios y datos oficiales que dan visibilidad al cuidado informal y al perfil del cuidador principal, los datos concluyen que existe una elevada feminización de la atención informal. Por ello, es interesante estudiar si el rol que, mayoritariamente, asumen las mujeres como cuidadoras principales las pone en mayor riesgo de padecer consecuencias negativas sobre su propia salud tanto física como mental.

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre las actividades ejercidas como cuidadora informal y la salud de la mujer.

Métodos. Se ha realizado una revisión sistemática mediante una búsqueda bibliográfica de estudios observacionales, en las bases de datos Pubmed, Scopus, y Web of Science. Se han aplicado los criterios PRISMA. La calidad de los estudios se evaluó mediante los criterios STROBE.

Resultados. Se incluyeron 10 estudios. Como resultado en esta revisión sistemática se han generado tres temas de análisis, desde una perspectiva de género: a) la salud y calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores, b) la sobrecarga del cuidador y c) las redes de apoyo. Las mujeres cuidadoras en comparación con los hombres, experimentan una disminución de la salud, en relación con la calidad de vida, esto se debe a que suelen interiorizar el rol de cuidadora, y asumen las tareas más demandantes y de mayor intensidad. Asimismo, las mujeres presentan una percepción mayor de sobrecarga del cuidado, que se relaciona con las normas sociales y con las redes de apoyo, ya que las mujeres ante una situación de sobrecarga no buscan ayuda, sino que asumen que el cuidado es su responsabilidad.

Conclusiones. Los cuidadores informales se enfrentan a importantes problemas como consecuencia del cuidado, pero es más perjudicial en las mujeres que en los hombres y depende de la edad del cuidador, de la intensidad y de la frecuencia del cuidado realizado.

Palabras clave: Cuidado informal, Mujeres, Género, Salud.

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en 2021 el envejecimiento como "el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte" (1) .

Actualmente el mundo está experimentando un aumento tanto en la cantidad como en la proporción de personas mayores en la población (1). Tanto es así que el número de personas de 60 años o más supera al de niños menores de cinco años (1). Se estima que entre el 2020 y 2030, el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 60 años aumentará un 34% (1).

Estos cambios sociodemográficos, debidos al aumento de la esperanza de vida y por ende el incremento de la pirámide poblacional anciana, se asocia con un elevado número de enfermedades crónicas en los adultos mayores (2).

En relación con los cuidados, se conocen dos tipos de cuidados de personas dependientes. Por una parte, el cuidado formal, que incluye las actividades que un profesional ofrece de forma especializada y remunerada (3). En la actualidad, enfermería es una de las profesiones que tiene como objetivo principal el cuidado de los y las pacientes para hacer frente a las necesidades que se requieren. Por otra parte, el cuidado informal, se lleva a cabo de forma voluntaria, por personas de la red social del receptor del cuidado, sin que medie ninguna organización ni remuneración (3). Además, suele presentar tres categorías de cuidado informal: el apoyo material o instrumental, el informativo o estratégico y el emocional (4).

El cuidado informal sigue siendo el primer recurso de asistencia de la atención de las personas dependientes, en más del 80% de los casos, son las familias o círculos cercanos de la persona quienes se hacen cargo en mayor medida de los cuidados frente al 11,9% en el cuidado formal (5). Otro artículo destacado, publicado por Oliva J et al, que tiene como objetivo estimar las horas de cuidados informales prestadas en España durante el año 2008 recoge que el 95,9% de las personas cuidadoras de personas de 65 años o más declara prestar cuidados de 6 a 7 días a la semana y el 38,9% dedica al menos 16 horas diarias a esta labor (6). Por tanto, la atención informal es fundamental para la recuperación y mejora de las personas por lo que se precisa que se le dé el reconocimiento que se merece.

Hoy en día encontramos muchos estudios y datos oficiales que dan visibilidad al cuidado informal y al perfil cuidador principal. La mayoría de estos estudios concluyen que existe

una elevada feminización de la atención informal (5–8). Datos publicados por la Tesorería General de la Seguridad Social sobre el convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia el 28 de febrero de 2022, se obtiene el perfil de cuidador no profesional y la presencia de mujeres era de un 88,6% frente a los hombres con un 11,4% (7). Según datos publicados en Instituto Nacional de Estadística mediante la Encuesta de Discapacidad 2008, el 76,3% de las personas cuidadoras principales son mujeres(8).

Este traslado de responsabilidades del cuidado de la salud desde el Estado a la familia es necesario que se visibilice como problemática social, se establezcan políticas con enfoque de género que determinen correcciones de inequidades que proporcionan los estereotipos culturales tradicionales en el trabajo doméstico, al igual que se visibilice la necesidad de una mayor intervención de enfermería como apoyo al cuidado informal (9).

Reforzando el predominio de las mujeres como cuidadoras, el artículo publicado por García Calvente M et al, en el cual se realizó un estudio observacional con una muestra de 7512 personas cuidadoras, mostró que el 74% de las personas cuidadoras son mujeres y asimismo perciben con mayor frecuencia un deterioro de su salud como consecuencia de cuidar a otras personas que los hombres (10). Las mujeres prestan un cuidado de mayor intensidad ya que, realizan en mayor medida las tareas relacionadas con la atención personal (el aseo personal, comer y vestirse). Los hombres realizan más tareas de cuidado fuera del hogar (ir al médico, hacer compras y gestiones), que resultan protectoras para la percepción de deterioro de la salud (10).

Otro estudio realizado con el objetivo de definir el perfil del cuidador principal, publicado por Mendoza RM et al, con una muestra de estudio de 233 personas se obtuvo la media de edad es de 60 años destacando que un 25% tienen más de 71 años (11). El 80,6% de las cuidadoras no tiene estudios o tiene estudios primarios y un 19,4% tienen estudios secundarios o universitarios (11). El rol que mayoritariamente asumen las mujeres como cuidadoras principales las pone en mayor riesgo de padecer consecuencias negativas sobre su propio envejecimiento (10). Algunas de estas consecuencias del cuidado pueden dar lugar a altos grados de sobrecarga para la salud del cuidador. La sobrecarga se entiende como un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores y que afecta a sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio personal (12,13).

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

Tras la exposición de los motivos y justificaciones acerca del tema objeto de estudio de este trabajo, se plantean las siguientes preguntas de estudio: ¿Cómo afecta a la salud de la mujer impartir cuidados informales? ¿Existen diferencias entre hombres y mujeres respecto a la sobrecarga que sufre el cuidador/a principal? ¿Las redes de apoyo del cuidador difieren entre hombres y mujeres?

La hipótesis del estudio: La salud y la calidad de vida de los cuidadores, mayoritariamente, mujeres de edad avanzada están afectadas por las actividades ejercidas como cuidadoras informales.

Objetivo general:

- Analizar la relación entre las actividades ejercidas como cuidadora informal y la salud física y mental de la mujer.

Objetivos secundarios:

- Analizar si existen diferencias en la salud y calidad de vida entre las cuidadoras y cuidadores informales.
- Analizar la existencia de diferencias de género en la sobrecarga y la implicación en el cuidado.
- Conocer las redes informales de apoyo a los cuidadores y examinar las diferencias de género

3. METODOLOGÍA

3.1 Descripción del estudio

Para alcanzar los objetivos anteriormente nombrados se realiza una revisión sistemática de estudios observacionales descriptivos de la literatura científica.

Antes de iniciar la revisión sistemática, se aplicó la estrategia PICO (Problema, Intervención, Comparación y el Resultado) para esclarecer dudas y redirigir mejor nuestro trabajo, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1: Pregunta de investigación mediante la estrategia PICO

P (problema):	La salud de la mujer respecto a los cuidados informales se ve afectada por la elevada feminización de la atención informal
I (Intervención).	Búsqueda bibliográfica sobre el problema de investigación
C (comparación):	Mujer cuidadora vs Hombre cuidador
O (Resultado)	Valorar si los roles de género afectan a la salud y calidad de vida del cuidador principal (14).

Fuente: Elaboración propia

3.2 Estrategia de búsqueda

Esta revisión sistemática se realizó siguiendo los principios publicados en la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta – Analysis (PRISMA) (15) y para el análisis de la calidad de los estudios se aplicó los criterios de *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE) (16).

3.2.1 Palabras claves.

Los descriptores *Medical Subject Headings (MeSH)* son un vocabulario controlado que se utilizan en algunas bases de datos biomédicas para procesar la información. El uso de un vocabulario estructurado te permite recuperar la información con el término exacto utilizado para describir el contenido del documento científico (17). Como se muestra en la Tabla 2, los términos escogidos fueron:

Tabla 2: Palabras clave

CASTELLANO	INGLÉS
Cuidado informal	Informal care
Género	Gender
Mujeres	Women
Salud	Health

Fuente: Elaboración propia

Para mejorar los resultados de la búsqueda con los descriptores MeSH hemos utilizado operadores lógicos o booleanos: AND, OR, NOT. La estrategia de búsqueda consistió en combinar las palabras claves con el conector AND.

3.2.2 Fuentes de información

La búsqueda de información y recopilación de los artículos se realizó desde el mes de febrero hasta mayo del 2022 se utilizaron las palabras claves de la Tabla 2 y el servicio de acceso a la biblioteca digital de la Universidad Rovira y Virgili para acceder a las bases de datos Web Of Science y Scopus. La búsqueda de artículos se realizó en las siguientes bases de datos científicas:

- **Web Of Science:** (<https://www-webofscience-com.sabidi.urv.cat/wos/alldb/basic-search>).
- **Scopus:** (<https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/search/form.uri?display=basic#basic>).
- **Pubmed:** (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>).

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Para la elección y posterior revisión y análisis de los artículos encontrados se han definido los parámetros siguientes:

- Criterios de inclusión
 - ✓ Título y contenido relacionado con los objetivos del estudio. Se excluyen estudios sobre cuidados informales en patologías específicas
 - ✓ Fecha de publicación de los 10 últimos años, entre el 2012 y 2022
 - ✓ Que estén publicados en inglés, castellano o catalán.
 - ✓ Publicaciones con acceso a texto completo mediante la base de datos digital o por la biblioteca digital de la URV.
- Criterios de exclusión
 - ✗ Artículos publicados en años inferiores al 2012
 - ✗ Artículos que no se ajusten al tema de la presente revisión bibliográfica
 - ✗ Artículos que no presenten acceso abierto al documento y al texto completo.
 - ✗ Revisiones bibliográficas

4. RESULTADOS

4.1 Selección de los estudios incluidos en la revisión sistemática

En la plataforma Web of Science, se obtuvieron 585 resultados, tras aplicar los filtros quedaron 221 resultados, se descartaron aquellos que el título no se relacionaba con los objetivos y también aquellos eran revisiones bibliográficas y aquellos que hacían mención a los cuidados informales relacionándolos con patologías concretas quedando 21 artículos seleccionados, de los cuales 7 eran duplicados. Finalmente fueron seleccionados 4 artículos relevantes para el tema de estudio.

Seguidamente en Scopus, se obtuvieron 418 resultados, que tras aplicar los filtros quedaron en 139, se descartaron varios estudios por no estar relacionados con el tema o aquellos que hacían mención a los cuidados informales pero relacionándolos con patologías concretas, se obtuvieron 12 artículos, de los cuales 8 eran duplicados y 2 tras la lectura en detalle no fueron relevantes para el estudio, finalmente se seleccionaron 2 en esta base de datos.

Por último en la base de datos Pubmed, se obtuvieron 106 resultados. Se aplicaron diferentes filtros: Texto completo y publicados en los últimos 10 años (2012 – 2022). Se obtuvieron un total de 44 resultados, de estos se descartaron aquellos que el título no se relacionaba con el tema de estudio y finalmente tras la lectura en detalle se obtuvieron 4 artículos.

De un total de 30 artículos evaluados para su elegibilidad, finalmente se incluyeron 10 observacionales en la revisión. La representación gráfica del proceso de selección se puede observar mediante el diagrama de flujo PRISMA, Figura 1 (15).



PRISMA Diagrama de Flujo (Spanish version - versión española)

Identificación

Cribado

Idoneidad

Inclusión

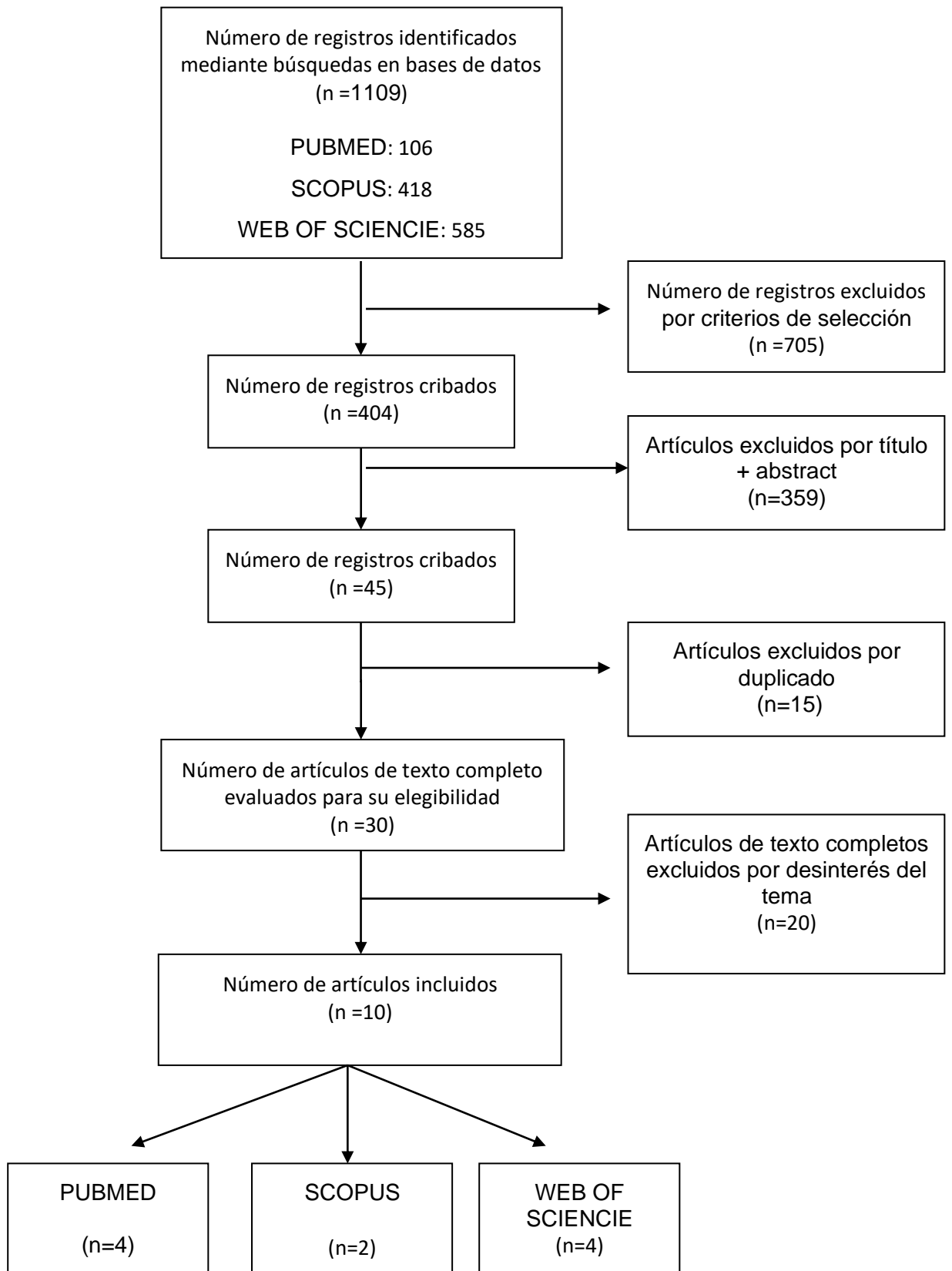


Figura 1: Proceso de selección de los artículos
Fuente: (PRISMA, 2020)

4.2 Calidad de los estudios incluidos

Una vez seleccionados los diferentes estudios observacionales, se les aplicó los criterios calidad de STROBE (16). Se puede observar en la Tabla 3, el “%” de cumplimiento de cada estudio.

Los estudios de Blázquez MR et al y Mosquera Metcalfe I et al fueron los que presentaron mayor calidad alcanzando un 95% y 90% respectivamente, de cumplimiento de los criterios STROBE mientras que el estudio Rodríguez-Madrid MN et al fue el que reportó un menor porcentaje de cumplimiento de 68% (18–20).

4.3 Características de los estudios

Los datos de los estudios incluidos se muestran en la Tabla 4, y se recopilaron de acuerdo con las siguientes características: Autor y año, tipo de estudio, número de participantes objetivo, resultados, variables del estudio, y se ha añadido la valoración de la calidad de cada uno de los 10 estudios incluidos. Los resultados de cada estudio se presentan de acuerdo con los objetivos, desde una perspectiva de género, se analizó la salud y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los cuidadores, la sobrecarga del cuidador y las redes de apoyo del cuidador.

Se observa que 4 de los estudios utilizados para la revisión sistemática son estudios observacionales, de datos secundarios, y se trata de los estudios con mayor participación de cuidadoras de personas dependientes (21–24).

Por un lado, Estrada Fernández M.E et al y García Mayor J. et al, fueron dos estudios realizados en España, ambos analizaron datos transversales a través de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), la diferencia reside en que en el estudio de Estrada Fernández M.E et al, utilizó la ENSE 2011-2012, mientras García Mayor J. et al utiliza los datos de la ENSE de 2017 y la Encuesta Europea de Entrevistas de Salud (EHIS) de 2014. También en el número de participantes, el primero de ellos contaba con 19.351 participantes mientras que el de García Mayor J. et al contaba con 44.755 participantes. Cabe destacar que algunas de las variables utilizadas coincidían en ambos estudios como la edad, género, actividades saludables (actividad física, ingesta de frutas y verduras), situación laboral, nivel de estudios, lugar de residencia (21,22).

Por otra parte, Bhan N et al, mediante los datos de las encuestas WHO-SAGE (2007– 2010) (estudio de la OMS), examinó datos transversales de 28.611 adultos en Ghana, India, México, Rusia y Sudáfrica, sobre el envejecimiento global y la salud de los adultos para determinar las diferencias de género en el bienestar y el cuidado informal (23).

Y, por último, el estudio publicado por Henz. U, que mediante los datos extraídos de “UK Household Longitudinal Study (UKHLS)”, con una muestra de 31.671, analizó las similitudes y diferencias en el cuidado de los padres entre los hijos de mediana edad y los adultos mayores (24).

El estudio trasversal realizado por Rodríguez Madrid MN et al, fue el que incluyó el mismo número de participantes, 25 hombres y 25 mujeres (20). En el resto de los estudios, en la muestra utilizada había más presencia de mujeres que de hombres cuidadores, y el estudio de Aires M et al, fue el que tenía más porcentaje de mujeres con un 73,5% (25).

El estudio con la media de edad más elevada de los cuidadores fue el de Blázquez. MR et al, (18) que la edad media era de 78,1 años con una desviación estándar de 6,9, mientras que la media de edad más predominante en el resto de los estudios fue de 55,75 años (19– 27).

En relación a la salud del cuidador, dos estudios (22,23) realizaron la comparación entre mujeres no cuidadoras versus mujeres cuidadoras y hombres no cuidadores versus hombres cuidadores. En el estudio (23), se obtuvieron diferencias significativas entre cuidadores versus no cuidadores, y en el caso de las mujeres cuidadoras tenían más probabilidades de informar dificultades moderadas con las tareas de la vida, sentir ansiedad leve a moderada e informar sentirse gravemente deprimida en comparación con las mujeres que no son cuidadoras. Y los cuidadores masculinos, en comparación con los no cuidadores, tenían más probabilidades de informar ansiedad. Mientras que el resto de estudios (18– 21,24,26,27) compararon la situación (salud, calidad de vida, sobrecarga del cuidado, apoyo social) de cuidadores hombres versus mujeres.

Cuatro estudios, Blázquez MR et al, Metcalfe IM et al, García Mochón L et al, y Peña-Longobardo LM et al, (18,19,26,27) utilizaron EQ-5D-5L para valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los cuidadores, destacando las diferencias por género,

las mujeres presentaron peores resultados que los hombres en las dimensiones de dolor /incomodidad y ansiedad/depresión.

Tres estudios (19,21,26) valoraron hábitos saludables del cuidador, actividad física, el consumo de frutas, el sueño y este último añadió el consumo de alcohol y del tabaco. El estudio realizado por Metcalfe IM et al, analizó si existían diferencias según el sexo en el consumo de medicamentos y cansancio, obtuvo que el 15,4% de mujeres había tenido que comenzar con tratamiento farmacológico (frente al 1,0% de hombres) (19). Respecto a la salud auto percibida (19–22), las mujeres también presentaron peor salud percibida (46,3% vs 32%).

En relación con la sobrecarga del cuidador, se evaluó mediante la adaptación al español de la escala Zarit, cuenta con 22 ítems, y se obtiene una puntuación de 22 a 110, considerándose que valores de 46 o inferiores indican que no hay sobrecarga, de 47 a 55 que la sobrecarga es ligera, y con valores superiores que es intensa (19,20,26). Por otra parte, el estudio de Aires M, et al realizado en Brasil valoró la sobrecarga del cuidador mediante el “Caregiver Burden inventory” (CBI) que cuenta con 24 ítems, con una puntuación de 0 a 100, cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la sobrecarga del cuidador. En el estudio (26) se obtuvo que las mujeres tenían un 75% más probabilidades de experimentar una carga grave en comparación con los cuidadores masculinos. Y en el estudio (19) el 23,3% de los hombres y el 29,8% de mujeres presentaron sobrecarga intensa.

El apoyo social fue valorado mediante la escala DUKE de 11 ítems, cuya puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. El punto de corte para considerar un apoyo social bajo fue de 32 o inferior (19,22,27).

Tabla 3: Evaluación de la calidad de los estudios según la escala *STROBE*

Ítems STROBE	T y A	Intr.		Método									Resultados					Discusión				otro s	Cumpli miento (%)	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Estrada Fernández ME et al, 2017 (21)	√	√	√	√	-	-	√	√	-	√	-	√	√	√	-	√	√	√	√	√	√	-	16/22 73%	
Rodríguez Madrid MN et al, 2018 (20)	√	√	√	√	√	√	√	√	-	-	-	-	-	√	√	√	√	√	-	-	√	√	15/22 68%	
García Mochón L et al,2019 (26)	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	-	√	-	√	√	√	√	√	-	√	-	√	17/22 77%	
Metcalfe IM et al, 2019 (19)	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	√	√	√	20/22 90%	
Bhan N et al, 2020 (23)	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	-	√	√	√	√	√	√	-	√	√	√	-	√	18/22 82%
Aires M et al,2020 (25)	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	√	√		√	√	√	√	-	√	√	√	-	-	17/22 77%
Henz U, 2021 (24)	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	-	-	√	√	√	√	√	-	√	√	√	-	-	16/22 73%

Peña Longobardo LM et al, 2021 (27)	√	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	-	√	-	√	√	√	-	√	√	√	-	√	17/22 77%
Blázquez MR et al, 2022 (18)	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	√	√	√	√	21/22 95%
García Mayor J et al, 2022 (22)	√	√	√	√	√	√	√	√	√	-	√	-	√	-	√	√	√	-	√	√	√	-	√	17/22 77%

Fuente: Elaboración propia

- | | |
|----------------------------|---|
| 1 Título y abstract | 15 Datos de las variables de resultados |
| 2 Introducción | 16 Resultados principales |
| 3 Objetivos | 17 Otros análisis |
| 4 Diseño de estudio | 18 Resultados clave |
| 5 Contexto | 19 Limitaciones |
| 6 Participantes | 20 Interpretación |
| 7 Variables | 21 Generabilidad |
| 8 Fuente de datos/medidas | 22 Financiación |
| 9 Sesgo | |
| 10 Tamaño muestra | |
| 11 Variables cuantitativas | |
| 12 Método estadístico | |
| 13 Participantes | |
| 14 Datos descriptivos | |

Tabla 4: Características de los estudios incluidos en la revisión ordenados por orden ascendente del año de publicación

Autor y año	Tipo de estudio	Participantes (n)	Objetivos	Resultados	Variables	% de cumplimiento
Estrada Fernández M.E et al, 2017 (21)	Estudio descriptivo transversal analizando datos secundarios obtenidos a través de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012	n=19.351	Los objetivos de este trabajo son analizar cómo influye el hecho de que en el hogar haya una persona dependiente en el estado de salud de las personas con quien convive y en los estilos de vida.	Residir con una persona dependiente afecta a la salud de los hombres y mujeres de todas las edades, aumentando el impacto con la edad y especialmente el sector femenino de edad avanzada. Las mujeres y las personas mayores realizan menos ejercicio regular (OR de 0,6 y 0,2 respectivamente) y duermen menos (OR de 0,8 y 0,5 respectivamente) que los hombres y personas más jóvenes. Empeoramiento de la salud conforme se avanza en años, con un OR =4,39 más de riesgo en ancianos (IC 95%: 3,25-5,93).	Edad Genero Percepción de mala salud Enfermedad crónica Problemas calidad de vida Actividad física Dormir 7/8 horas	73%
Rodríguez-Madrid MN et al, 2018 (20)	Estudio descriptivo transversal	n=50 (25 mujeres y 25 hombres cuidadores).	El objetivo del estudio es analizar la composición, estructura y función de las redes informales de apoyo a los cuidadores y examinar las diferencias de género.	Los hombres reciben más ayuda que las mujeres en tareas como el cuidado personal o las tareas del hogar, el 45,6% de los hombres reciben ayuda en las tareas del hogar frente al 35,3% de las mujeres. Las mujeres recibieron ayuda principalmente de mujeres con un perfil similar al suyo. Las redes de hombres eran más amplias y diversas y tenían más ayuda de círculos familiares externos.	Edad Genero Nivel educativo Tiempo como cuidador Lugar de residencia Sobrecarga del cuidador(Zarit) Salud auto percibida (definir su salud como "buena salud o "mala salud"	68%
García-Mochón L et al, 2019 (26)	Estudio descriptivo	n = 610 (345 mujeres y 265	El objetivo del estudio es analizar y comparar la carga, la carga	Las mujeres tenían un 75 % más de probabilidades de experimentar una carga grave en comparación con los cuidadores masculinos. En promedio, ellas obtuvieron	Edad Genero Ingresos del hogar (OCDE)	77%

	transversal.	hombres)	severa y la satisfacción entre cuidadores informales en relación con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), el tipo y duración del cuidado, el apoyo social percibido y el uso de redes sociales. y servicios de salud	3,64 puntos más en la escala de Zarit que los hombres Los hallazgos muestran que las mujeres obtuvieron menos satisfacción de su rol de cuidadoras que los hombres en términos de disfrute (Mujeres 81,40% vs Hombres 89,40%), autoestima (Mujeres 71,01% vs Hombres 80,82%) y una vida significativa (Mujeres 75,10 % vs Hombres 86,01%)	Calidad de vida relacionada con la salud CVRS (EQ-5D-5L) Apoyo social (DUKE-UNC-11) Sobrecarga del cuidador (Escala Zarit) Satisfacción del rol de cuidador (CUIDAR-SE)	
Metcalf et al, 2019 (19)	Estudio descriptivo transversal	n= 226 (123 mujeres y 103 hombres)	Los objetivos de este estudio fueron conocer el perfil de los cuidadores informales de personas mayores dependientes en Gipuzkoa, y analizar el impacto en la salud y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).	Las mujeres y los hombres tenían más de 60 años, estaban casados, tenían estudios primarios o menos y cuidaban principalmente a sus padres. Las mujeres presentaron peor salud percibida (46,3% vs 32,0%) y salud mental (23,3% vs 13,9%), y más problemas en las dimensiones de ansiedad/depresión (35,0% vs 21,4%) y dolor/malestar (52,8% vs 31,1%).) de EQ-5D-5L. Existen diferencias según el sexo en el consumo de medicamentos y el cansancio, El 15,4% de mujeres había tenido que comenzar con tratamiento farmacológico (frente al 1,0% de hombres) y cerca de la mitad de las mujeres manifestaba estar cansada (48,8% vs 31,1% de hombres)	Edad Genero Salud auto percibida (definir su salud como "buena salud o "mala salud Calidad de vida relacionada con la salud CVRS (EQ-5D-5L) Salud mental (GHQ-12) Apoyo Social (DUKE) Sueño Tabaco Sedentarismo Sobrecarga cuidador (Zarit)	90%
Bhan N et al, 2020 (23)	Estudio descriptivo transversal mediante análisis de datos	n= 28611 Ghana=5498 India=12118,	El objetivo del estudio fue examinar las diferencias de género en la asociación entre el cuidado informal y el	Las mujeres cuidadoras tenían más probabilidades de informar dificultades moderadas con las tareas de la vida [RR = 1,45 (IC 95 %: 1,01, 2,08)], sentir ansiedad leve a moderada [RR = 1,64 (IC 95 %: 1,22, 2,22)] e informar sentirse gravemente deprimida [RR = 1,86 (IC	Edad Genero Depresión y Ansiedad (mediante una pregunta, respuesta se clasificó en	82%

	del WHO-SAGE (2007– 2010) (estudio de la OMS),	México=2575 Rusia = 4339 Sudáfrica = 4081	bienestar a través del modelo de proceso de estrés utilizando el Estudio sobre el envejecimiento global y la salud de los adultos (SAGE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).	del 95 %: 1,28, 2,69)] en comparación con las mujeres que no son cuidadoras. Incluso cuando las mujeres no eran cuidadoras, tener a alguien enfermo en casa se asoció con dificultades extremas con las tareas de la vida [RR = 2,32 (IC 95%: 1,33, 4,04)]. Los cuidadores masculinos, en comparación con los no cuidadores, tenían más probabilidades de informar ansiedad leve a moderada [RR = 1,8 (IC del 95 %: 1,2, 3,7)] y ansiedad severa a extrema [RR = 2,22 (IC del 95 %: 1.07, 4.6)]	una escala de 5 puntos) Autoevaluación de la salud (mediante una pregunta, respuesta se clasificó en una escala de 5 puntos) Dificultades en las tareas de la vida (mediante una pregunta, respuesta se clasificó en una escala de 5 puntos “ninguno, moderado, severo y extremo) Depresión diagnosticada (SI/No)	
Aires M et al, 2020 (25)	Estudio descriptivo transversal	n=125 cuidadores	Analizar factores sociodemográficos y aspectos del cuidado relacionados con la sobrecarga de cuidadores informales de ancianos dependientes en la comunidad.	La mayoría de los cuidadores eran mujeres (73,6%), casadas (55,2%) e hijas (68,0%). Las variables que mostraron una relación estadísticamente significativa con la sobrecarga fueron: edad del cuidador, escolaridad, tiempo dedicado al cuidado, grado de parentesco, convivencia con el mayor, ingresos y género femenino.	Edad Genero Sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Inventory (CBI)) Ingresos	77%
Henz. U, 2021 (24)	Estudio descriptivo longitudinal de Hogares del Reino Unido	n= 31.671	Analizar las similitudes y diferencias en el cuidado de los padres entre los hijos de mediana edad y los adultos mayores.	La participación en el cuidado de los padres aumenta entre las mujeres hasta el final de la séptima década de vida y entre los hombres hasta la octava década de vida. El cuidado de los padres es lo más común para mujeres y hombres a los 50 años, el 17% de las mujeres y el 12% de los hombres reportaron cuidar a un padre o suegro. Incluso después de la edad de	Edad Genero Estado civil Niños (Sole ref. hijo no dependiente) Trabajo remunerado Cuidando a la pareja	73%

				jubilación, el cuidado de los padres sigue estando clasificado y diferenciado por género, y las mujeres de las clases sociales más bajas tienen la mayor probabilidad de brindar un cuidado intensivo de los padres en la vejez. Casi el 10% de las mujeres de 70 a 74 años con un padre (o suegro) vivo proporcionan cuidados intensivos. A la edad de 75 a 79 años, su participación cae en picado a aproximadamente 2%. La participación de los hombres aumenta al 3% entre los 65 y los 74 años y se mantiene en este nivel para edades superiores	Cuidado a Suegro(a) o familiar Salud física y mental (SF-12)	
Peña-Longobardo LM et al, 2021 (27)	Estudio descriptivo transversal.	n = 610 (345 mujeres y 265 hombres)	El objetivo de este estudio fue analizar los problemas que enfrentan los cuidadores informales en tres áreas de su vida: salud, trabajo y finanzas, y relaciones familiares y sociales, investigar los principales determinantes de estos y explorar las diferencias entre hombres y mujeres.	Las mujeres tenían más probabilidades que los hombres de tener problemas de salud (OR:2,69) y problemas laborales y económicos (OR: 2,33). Dentro de la dimensión salud, género fue un determinante significativo de deterioro de salud (OR:1,6), necesidad de tratamiento (OR: 2,54), cansancio (OR:3,30). La única categoría de salud en la que la mujer tenía menos probabilidades que los hombres de experimentar problemas era "otros problemas relacionados con la salud" (OR:0,62). También las mujeres eran más propensas a informar que no podían realizar un trabajo remunerado debido a sus responsabilidades de cuidado (OR: 3,61)	Edad Genero Nivel de educación Lugar residencia Ingresos del hogar (OCDE) Calidad de vida relacionada con la salud CVRS (EQ-5D-5L) Años dedicados al cuidado Desempeño de tareas Apoyo social (DUKE-UNC-11)	77%
Rico-Blázquez M et al, 2022 (18)	Estudio observacional, transversal, multicéntrico, en cuidadores de 65 años o más.	n=224 (163 mujeres y 61 hombres)	El objetivo de este estudio fue analizar los factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud de los	El 72,8% de la muestra eran mujeres y el 27,2% hombres. La puntuación media en el EQ-5D para las mujeres cuidadoras fue de 0,64 (0,31); para los hombres cuidadores fue de 0,79 (0,23). Hubo diferencias por género, en la frecuencia de problemas reportados, siendo mayor en mujeres que en hombres	Edad Genero Calidad de vida relacionada con la salud CVRS (EQ-5D-5L) Estado civil	95%

			cuidadores y determinar sus diferencias en un análisis diferenciado por género.	cuidadores, en las dimensiones de dolor/incomodidad (82,91 vs 66,67) y ansiedad/depresión (64,56% vs 41,67)	Relación con la persona dependiente Nivel educativo Ansiedad (Goldberg) Depresión (Yesavage) Índice de tensión de cuidador Apgar familiar Escala Barthel Escala Pfeiffer	
Garcia Mayor J et al, 2022 (22)	Estudio descriptivo transversal analizando datos secundarios obtenidos Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) de 2017 y la Encuesta Europea de Entrevistas de Salud (EHIS) de 2014	N=44.755 (24.194 mujeres y 20.581 hombres)	Examinar los comportamientos de estilo de vida relacionados con la salud de los cuidadores informales españoles controlando las características sociodemográficas	Las personas que brindaban altos niveles de atención tenían un estatus más bajo en todos los indicadores de estatus socio económico. Entre los cuidadores, observamos una mayor probabilidad de consumo actual de tabaco y alcohol en comparación con no cuidadores en especial entre las mujeres cuidadoras, en comparación con las mujeres no cuidadoras, (en tabaco: cuidador <20 horas semanales: OR = 1,44, p = 0,001 entre cuidadores <20 horas semanales y OR = 1,71, p < 0,001 entre cuidadores ≥ 20 horas semanales; para beber: OR = 1.44, p < .001 entre cuidadores <20 horas semanales y OR = 1,31, p = 0,004 entre cuidadores ≥20 horas por semana. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en el estado de salud autoevaluado entre cuidadores y no cuidadores para mujeres y hombres.	Edad Genero Estado de salud Estilos de vida relacionados con la salud (Actividad física, ingesta de frutas y verduras, tabaco, alcohol) Estado de salud autoevaluado Situación laboral Nivel de estudios Lugar de residencia	77%

Fuente: Elaboración propia

5. DISCUSIÓN

A partir de los resultados de los tres los objetivos han surgido:

a) **La salud y calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores y el impacto del género.**

Las personas que brindan cuidados a una persona dependiente, experimentan una disminución de su bienestar, aumentando su impacto con la edad del cuidador y siendo más perjudicial en mujeres que en hombres (21). Estos resultados, coinciden con la literatura (28–30). Además, ser cuidador principal, da lugar a un empeoramiento de la salud, disminuyen los hábitos saludables, las mujeres y los cuidadores de mayor edad realizan menos ejercicio regular y duermen menos horas que los hombres y los cuidadores más jóvenes (21). En cambio, las cuidadoras y los cuidadores de mayor edad se alimentan mejor, consumen más fruta y verdura a diario, que los hombres y los cuidadores más jóvenes. (21). El dato sobre el consumo de fruta y verdura coincide con el estudio realizado por García Mayor, J et al, (22) que compara los hábitos saludables entre cuidadores y no cuidadores, mostró que los cuidadores, consumían más frutas y verduras en comparación con los no cuidadores, sin embargo, sus resultados indicaron que los cuidadores presentaban una mayor probabilidad de consumo de alcohol y tabaco (22).

En los cuidadores también existen diferentes factores asociados a la calidad de vida percibida, la presencia de alteraciones en la salud mental influyó negativamente en los puntajes de calidad de vida de ambos sexos (18). Destacar que las mujeres cuidadoras mostraron niveles más altos de depresión y ansiedad percibidas que los hombres cuidadores (18). El artículo publicado por Bhan et al, defiende que el cuidado se asocia con una peor salud mental y bienestar emocional (23). Los efectos de la prestación de cuidados eran más perjudiciales para las mujeres en relación con los cuidadores masculinos (23). Las cuidadoras tenían 1,86 veces más probabilidades de reportar depresión severa y 1,45 veces más probabilidad de experimentar depresión moderada, además de más dificultades en las tareas de la vida en comparación con mujeres no cuidadoras (23).

Coincidiendo con el estudio realizado por Metcalfe IM et al, en el que también se observaron en las mujeres cuidadoras peores resultados en salud mental y en las dimensiones de dolor/malestar y ansiedad/depresión de la CVRS comparado con hombres cuidadores (19). Las mujeres cuidadoras calificaron, más frecuentemente, su salud como regular o mala, (19)

otros estudios, como el de Masanet E et al (31) quien observo que, en el caso de las mujeres, los efectos sobre la salud psicológica relacionada con ser cuidadora aparecen a partir de las 25 horas semanales en el cuidado a personas mayores de 74 años mientras que en hombres se observa deterioro de la salud psicológica principalmente cuando se dedica un amplio número de horas 97 horas a la semana (31).

Además, siguiendo con las diferencias de género en relación con el cuidado informal y sus consecuencias, la proporción de mujeres que atribuían al cuidado informal su deterioro de su salud era significativamente superior al de los hombres, 46,3% en mujeres vs 32% en hombres ($P=0,03$), así como la de quienes referían cansancio un 48,8% en mujeres frente a un 31,1% de hombres ($P=0,01$) (19). Un estudio realizado en el País Vasco también identificó que las mujeres cuidadoras, perciben sufrir más dolores y de mayor intensidad, así como una menor sensación de vitalidad y un mayor agotamiento en comparación con los hombres cuidadores (32).

En relación con la salud y la edad de los cuidadores, Alcañiz Garran M et al, mediante un estudio descriptivo transversal, donde la media de edad de los cuidadores era de 81,7 años, obtuvo, que el hecho de brindar cuidados en la vejez genera estrés, aumenta el desgaste físico y emocional y puede conducir al aislamiento social (33). Además, los cuidadores mayores expresan sentimientos de insatisfacción y/o infelicidad, sufren con mayor frecuencia situaciones de conflicto familiar y perciben una pérdida de oportunidades por haber tenido que dedicarse al cuidado en una etapa de su vida que creían dedicada al descanso y la tranquilidad (33).

b) Sobrecarga del cuidador

Los resultados de la presente revisión sistemática confirman que la responsabilidad de cuidar es fundamentalmente femenina (19–21,23–26). Un estudio realizado por Larrañaga I et al, obtiene algunas diferencias según el sexo, y muestra las características de los cuidados, particularmente en su intensidad y frecuencia (cuidados esporádicos o cuidados permanentes). La proporción de mujeres, un 72,2%, que cuidaban de forma permanente a familiares con elevado grado de dependencia era significativamente mayor que la de los hombres, un 52,8% y la carga de trabajo asumida por las mujeres, un 40,9%, era significativamente mayor que la asumida por los hombres, un 28,9% (34).

Tanto el tipo de tareas como el tiempo dedicado a cuidar difieren en hombres y mujeres. En

el estudio de Rodríguez Madrid MN et al, destaca que las mujeres son más propensas a ocuparse de tareas de tipo enfermería (91%), mientras que los hombres se responsabilizan más de tareas de movilidad física (89%) (20). Otro estudio sugiere que las mujeres ayudan con más frecuencia en tareas más demandantes, tales como higiene personal, actividades básicas de la vida diaria, que implican más dedicación, así como en las tareas del hogar, y los hombres tienden a realizar más tareas de movilidad dentro y fuera del hogar, visitas al médico, gestiones bancarias, (19,35).

La percepción de mayor carga en las mujeres también se asocia al poco reconocimiento social que reciben. Las normas sociales dictan que las mujeres deben cuidar a las personas necesitadas y cuando un hombre asume este rol, tienden a ganar más respeto y admiración que las mujeres en el mismo puesto (26). El artículo de Metcalfe IM et al, razona esta cuestión, con el hecho de que las mujeres tienden a interiorizar el rol de cuidadora, a asumir una elevada intensidad de cuidado y a sentir que deben hacerlo bien (19).

Otro aspecto que cabe destacar es la edad de los/las cuidadores/ras y su impacto. Un estudio publicado en España de Abellán et al, encontró que con la edad disminuyen las diferencias de género en el cuidado familiar y aumenta la proporción de hombres cuidadores entre los mayores de 65 años. Además, con el aumento de la edad, la prestación de cuidados por parte de la pareja aumenta progresivamente (36). Los hogares con dos personas mayores se enfrentan a un tipo de necesidades doble, no solo la de la persona dependiente, sino también la de la pareja que se encarga de su cuidado. Muchos mayores requieren cuidados y soporte, pero sus cuidadores, también. En el estudio de Aires M et al, obtuvo que cuanto mayor era el cuidador, mayor era la puntuación de sobrecarga del cuidado. Este tipo de resultado, también, se encontró en otros países en la sobrecarga de los cuidadores informales de personas en situación de dependencia (25).

En ese contexto, surge otra situación y los profesionales de la salud deben tener en cuenta las características del cuidador principal, especialmente en lo que se refiere a los ancianos que también son cuidadores, ya que ellos también tienen limitaciones funcionales causadas por el proceso de envejecimiento, así como por enfermedades crónicas.

c) Redes informales de apoyo del cuidador y las diferencias de género.

En relación con las redes de apoyo, un estudio publicado por Rio Lozano et al, expuso que las mujeres recibían ayuda principalmente de mujeres con un perfil similar, mientras que los hombres tenían redes sociales más amplias y diversas y recibían más ayuda de fuera del círculo familiar (37). El estudio de Jiménez Ruiz et al, coincidió en que en que las mujeres no sólo asumen de forma mayoritaria el papel de cuidadoras principales, sino que también son mujeres las que ayudan a otras mujeres en el cuidado (38) .

Los estudios de García Mochón J et al, y Rodríguez Madrid et al, coinciden en que las mujeres generalmente buscaban menos ayuda y dependían más del apoyo de los miembros de la familia que del apoyo formal o la ayuda pagada, mientras que los hombres hacían un mayor uso de los servicios formales y compartían sus responsabilidades de cuidado con más personas de fuera de la familia (20,26).

Otro estudio obtuvo que, a diferencia de las mujeres, los hombres se creían “autorizados” a buscar apoyo externo, de hecho, no solo buscaron más ayuda, sino que también recibieron más ofertas de ayuda de mujeres en el vecindario para ciertas tareas de cuidado, incluso cuando no la habían pedido (39).

En general, los hombres ante una situación de cuidado muy exigente adoptaron una actitud de búsqueda de ayuda, lo que contribuyó a que los niveles de estrés fueran menores que los experimentados por las mujeres (39). A los hombres les parece más fácil buscar ayuda de personas dentro de su círculo social cercano, ya sean compañeros de trabajo, amigos o vecinos, y que también ven esta ayuda como legítima considerando que están cumpliendo un rol para el cual no están preparados (39). Estas diferencias nuevamente sugieren que puede ser necesario diseñar diferentes intervenciones de apoyo para cuidadores masculinos y femeninos.

Tener ayuda, sentirse apoyado emocionalmente y mantener lazos estrechos con las redes sociales se asoció con una mejor percepción de la salud (21) y a una menor probabilidad de problemas en las tres dimensiones (salud, trabajo/finanzas y relaciones sociales/familiares) (27). Por lo tanto, el tiempo dedicado al cuidado de los mayores puede aumentar los niveles de sobrecarga del cuidador, lo que implica que la cuidadora tendrá poco tiempo disponible para ella, menos tiempo para el auto cuidado, menos redes sociales y menos oportunidades de experiencias y ocio con los demás (25)

5.1 LIMITACIONES

Tras la revisión sistemática, una de las limitaciones del estudio fue la falta de estudios observacionales que analizarán la salud de las cuidadoras ancianas y cómo afectaba ser cuidadora principal a su envejecimiento.

Asimismo, cabe resaltar la inexistencia de algún instrumento de valoración o alguna escala validada que agrupe la medición de los diferentes factores asociados a la salud del cuidado principal para su utilización en el ámbito clínico, más allá de valorar la sobrecarga (Zarit). Sería muy útil la elaboración de un instrumento validado a modo de cribaje para detectar alteraciones en la salud del cuidador principal informal.

5.2 PERSPECTIVAS DE FUTURO

Finalmente, esperemos que se orienten estrategias que ayuden a poner en marcha o fortalecer diferentes formas de apoyo a los cuidadores informales desde una perspectiva de género, orientadas en especial a las mujeres.

6. CONCLUSIÓN

Los cuidadores informales se enfrentan a importantes problemas como consecuencia del cuidado, pero el impacto en mujeres y hombres es muy variable, ya que depende de la edad del cuidador, de la intensidad y de la frecuencia del cuidado realizado.

Con la edad disminuyen las diferencias de género en el cuidado familiar y aumenta la proporción de hombres cuidadores entre los mayores de 65 años.

Asimismo, las mujeres cuidadoras experimentan un deterioro de la salud tanto física como mental y a una disminución de la calidad de vida disminuyendo el auto cuidado, redes sociales y menos oportunidades de experiencias y ocio con los demás en comparación con los hombres cuidadores.

Además, cuanto mayor es el cuidador, mayor es la puntuación de sobrecarga del cuidado, el hecho de brindar cuidados en la vejez genera estrés, aumenta el desgaste físico y emocional y puede conducir al aislamiento social

Las redes de apoyo están relacionadas con las normas sociales ya que los hombres ante una situación de sobrecarga buscaban ayuda de sus redes de apoyo más allá de la familia y ayudas externas incluidas las financiadas por instituciones.

Finalmente, a partir de todo lo expuesto es necesario incluir la perspectiva de género en el análisis e intervenciones dirigidas al cuidado del cuidador, que mayoritariamente son mujeres. Las estrategias para mitigar los efectos sobre la salud deben incorporar intervenciones diferenciales que aborden las necesidades específicas de hombres y mujeres que se dedican al cuidado informal.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Envejecimiento y salud. Organ Mund la Salud [Internet]. 2021 Oct 4 [cited 2022 Mar 15]; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Mira Solves JJ. La necesidad de reinvertirse ante el reto de la cronicidad. *An Sist Sanit Navar*. 2013 Dec;36(3):379–81.
3. Rogero-García J. Distribution of formal and informal home care for people older than 64 years in Spain 2003. *Rev Esp Salud Publica*. 2009;83(3):393–405.
4. Galaso P, De Vera V, Vara MJ. Redes informales de cuidados en Europa. El papel de las mujeres mayores. Nuevas rutas hacia el bienestar Soc económico Y medioambiental II Foro Bien Estud del Desarro. 2013;1–24.
5. Luis Moya Albiol, N. Ruiz Robledillo. El cuidado informal: una visión actual . *Rev Motiv y Emoción* [Internet]. 2012;1:22–30. Available from: http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf
6. Oliva J, Vilaplana C, Osuna R. El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España. *Gac Sanit*. 2011;25(SUPPL. 2):108–14.
7. Social TG de la S. Convenio Especial De Cuidadores No Profesionales De Personas En Situación De Dependencia. 2015;1. Available from: http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im_062035.pdf
8. INE IN de E. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2008. *Inst Nac estadística*. 2008;(1):85–7.
9. Rodríguez SV, Bertoni JS. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. Vol. 16, *Ciencia y Enfermería*. 2010. p. 9–16.
10. García Calvente M, del Río Lozano M, Marcos Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gac Sanit*. 2011;25(SUPPL. 2):100–7.
11. Mendoza Sánchez RM., Hernández García EL, Medina Pérez M, Company Sancho M. C, Gómez Perera M. L, Estrada Suárez Pérez L, et al. Perfil del cuidador principal en el área de salud de Gran Canaria. *Ene* [Internet]. 2014 [cited 2022 Mar 18];8(2):0–0. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. García-Calvente M del M, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* [Internet]. 2004 [cited 2022 Mar 18];18(5):83–92. Available from:

- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Arroyo Priego E, Isabel A, Ruiz A, Garrido Blanco R, Montero RC. Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis. 2018;21(3):213–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842018000300002>
 14. Mamédio C, Roberto M, Nobre C. the Pico Strategy for the Research Question. Rev latino-am Enferm. 2007;15(3):1–4.
 15. Yepes-Nuñez JJ, Urrútia G, Romero-García M, Alonso-Fernández S. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. Rev Esp Cardiol. 2021;74(9):790–9.
 16. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Lancet. 2007;370(9596):1453–7.
 17. Biblioteca de Medicina UAM [Internet]. Biblioguías: PubMed: MeSH Database. 2016. Available from: <https://biblioguias.uam.es/tutoriales/pubmed/meshdatabase>
 18. Blázquez MR, Cubo VQ, Castro EP, Ruano RS, Gómez MÁR, González C, et al. Health - related quality of life in caregivers of community - dwelling individuals with disabilities or chronic conditions . A gender - differentiated analysis in a cross - sectional study. 2022;1–12.
 19. Metcalfe IM, Padilla IL, Del Río Lozano M, Gómez CC, Sobrado MM, del Mar García Calvente M. Gender inequalities in the impacts of informal elderly caregiving in gipuzkoa: Cuidar-se study. Rev Esp Salud Publica. 2019;93:1–13.
 20. Rodríguez-Madrid MN, Del Río-Lozano M, Fernandez-Peña R, Jiménez-Pernett J, García-Mochón L, Lupiañez-Castillo A, et al. Gender differences in social support received by informal caregivers: A personal network analysis approach. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(1):1–15.
 21. Estrada Fernández ME, Gil Lacruz AI, Gil Lacruz M, Viñas López A. La dependencia: efectos en la salud familiar. Atención Primaria. 2018;50(1):23–34.
 22. García-Mayor J, Moreno-Llamas A, De la Cruz-Sánchez E. Health-related lifestyle of Spanish informal caregivers: Results from two national health surveys. Fam Relat. 2022;(February):1–15.
 23. Bhan N, Rao N, Raj A. Gender differences in the associations between informal caregiving and wellbeing in low- And middle-income countries. J Women’s Heal. 2020;29(10):1328–38.
 24. Henz U. The ageing of parent carers: Classed and gendered care-giving patterns at higher ages. Ageing Soc. 2021;(2021):1–24.

25. Aires M, Fuhrmann AC, Mocellin D, Pizzol FLFD, Sponchiado LF, Marchezan CR, et al. Burden of informal caregivers of dependent elderlies in the community in small cities. *Rev Gauch Enferm.* 2020;41(spe):e20190156.
26. García-Mochón L, Peña-Longobardo LM, Río-Lozano M Del, Oliva-Moreno J, Larrañaga-Padilla I, Del Mar García-Calvente M. Determinants of burden and satisfaction in informal caregivers: Two sides of the same coin? the CUIDAR-SE study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(22).
27. Peña-Longobardo LM, Río-Lozano M Del, Oliva-Moreno J, Larrañaga-Padilla I, García-Calvente MDM. Health, work and social problems in Spanish informal caregivers: Does gender matter? (the Cuidar-Se study). *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(14).
28. Catalán Edo MP, Garrote Mata AI. Revisión de los cuidados informales. Descubriendo al cuidador principal. *NURE Investig.* 2012;9(57):1–12.
29. García-Calvente M del M, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. The system of informal caregiving as inequality. *Gac Sanit.* 2004;18 Suppl 1(May):132–9.
30. Roca Roger M, Ubeda Bonet I, Fuentelsaz Gallego C, López Pisa R, Pont Ribas A, García Viñets L, et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria.* 2000;26(4):217–23.
31. Masanet E, Parra L, Nacional P, Salud I De, Iii C, La D, et al. RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE HORAS DE CUIDADO INFORMAL Y EL ESTADO DE SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CUIDADORAS. 2011;257–66.
32. Observatorio de personas mayores de Bizkaia. ¿Cómo perciben las personas cuidadoras su estado de salud? [Internet]. Available from: https://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO3/Temas/Pdf/6_Cómo perciben las personas cuidadoras su estado de salud.pdf?hash=c2372ca10e173aa31800f2a2d063d26f&idioma=EU
33. Alcañiz-Garrán M, García-Sanjuán S, Ramos-Pichardo JD, Sanjuán-Quiles A, Montejano-Lozoya R. The experiences of older individuals providing care to older dependents: A phenomenological study in Spain. *PLoS One.* 2021 Aug 1;16(8 August).
34. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. [Impact of informal caregiving on caregivers' health and quality of life: analysis of gender inequalities]. *Gac Sanit [Internet].* 2008;22(5):443–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19000525>
35. María Crespo López, Universidad Complutense de Madrid, Javier López Martínez, Universidad San Pablo CEU. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. 2008;36. Available from: <http://www.060.es>

36. Abellán García, Antonio ; Ayala García, Alba; Pérez Díaz J. Vejez y cuidados. Los nuevos cuidadores 21. 2018;2018. Available from:
[https://digital.csic.es/bitstream/10261/240342/1/Vejez y cuidados.pdf](https://digital.csic.es/bitstream/10261/240342/1/Vejez_y_cuidados.pdf)
37. del Río Lozano M, García-Calvente MM, Calle-Romero J, Machón-Sobrado M, Larrañaga-Padilla I. Health-related quality of life in Spanish informal caregivers: gender differences and support received. *Qual Life Res.* 2017;26(12):3227–38.
38. Ruiz IJ, Nicolás MM. Enfermería Global La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar RESUMEN. Available from:
<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.292331>
39. Del Río-Lozano M, García-Calvente MDM, Marcos-Marcos J, Entrena-Durán F, Maroto-Navarro G. Gender identity in informal care: Impact on health in Spanish caregivers. *Qual Health Res.* 2013;23(11):1506–20.