

Condiciones de salud de los cuidadores en Costa Rica

Gilbert Brenes*

Resumen

El proceso de envejecimiento ha incrementado la relevancia de los cuidadores. El artículo propone investigar los efectos en salud de ser cuidador, especialmente el “estrés del cuidado”, entre costarricenses de mediana edad, usando la nueva cohorte del estudio CRELES: sujetos nacidos entre 1945 y 1955 (edades entre 55 a 66 años en línea base). Las personas que cuidan a sus progenitores de edades avanzadas son más proclives a presentar mayores puntuaciones en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y a reportar estar estresados debido a problemas de salud de familiares, cuando son comparados con aquellos que cuidan niños, suegros(as) u otros. Sin embargo, no hay evidencia de diferencias entre estos grupos de cuidadores en niveles no saludables de los biomarcadores asociados a la carga alostática: colesterol, HbA1C y Proteína C-reactiva.

Palabras Claves: Envejecimiento, cuidadores, salud mental, estrés.

* Centro Centroamericano de Población CCP, Universidad de Costa Rica.

Condiciones de salud de los cuidadores en Costa Rica

Gilbert Brenes*

Introducción

Debido al proceso de envejecimiento poblacional, surge un cada vez más grande número de adultos mayores que requieren cuidados, aún en presencia de la compresión de la morbilidad. En países industrializados, se da una mezcla de provisión formal e informal de cuidados. Ha emergido una industria especializada en servicios para adultos mayores con discapacidad: hogares de ancianos, comunidades con asistencia (“assisted-living communities”), equipos de médicos y enfermeros con visita domiciliaria, etc. Sin embargo, el cuidado informal de parte de familiares es aún prevalente. Existe evidencia científica que muestra que los cuidadores formales e informales se enfrentan a enfermedades mentales asociadas con las preocupaciones de sus labores; este es el llamado “estrés del cuidador” (Amirkhanyan & Wolf, 2003; 2006). Este tipo de condición puede tener efectos aún más negativos en las generaciones “emparedado” ó generaciones “sándwich”: adultos de mediana edad –especialmente mujeres (Remennick, 1999) que cuidan a sus progenitores y a otros familiares, y al mismo tiempo tienen la responsabilidad de trabajar, cuidar niños, u otras labores domésticas (Nichols & Junk, 1997; Rubin & White-Means, 2009).

En países en vías de desarrollo, como en América Latina (Brenes-Camacho, 2009; Silva-Ferreira & Rodriguez-Wong, 2008), las labores de cuidado dependen mayormente de la disponibilidad de familiares que ayudan con asistencia no especializada. Debido a la rapidez del envejecimiento

poblacional en estos países, una proporción alta de personas que han llegado a la edad adulta cuentan con una cantidad relativamente grande de hijos sobre los cuales recaen las labores de cuidado; además, las sociedades latinoamericanas son generalmente descritas como reproductoras de una tradición familística (Sunkel, 2006) que se expresa en una proporción alta de personas viviendo en arreglos residenciales multi-generacionales complejos. Si la disponibilidad de familiares y los comportamientos culturales determinan el contexto de la provisión de cuidado, entonces es probable que el “estrés del cuidador” aparezca con variaciones en regiones como esta.

El siguiente análisis pretende explorar el “estrés del cuidador” en una muestra probabilística representativa de personas de mediana edad en Costa Rica usando los datos de la nueva cohorte del proyecto CRELES: CRELES-2010. El artículo investiga si hay diferencias entre las fuentes de estrés entre no cuidadores y cuidadores, subdividiendo a estos últimos según quién es el principal destinatario del cuidado (padres, suegros, cónyuges, u otros). El análisis también estudia si hay diferencias en niveles de distintos biomarcadores asociados con la carga alostática.

Revisión de la literatura

La calidad de vida de personas enfermas o con discapacidad está típicamente asociada con la calidad de vida de sus cuidadores –si es que hay personas que cumplen ese rol–, especialmente cuando la principal fuente de cuidados es informal (Roth et al., 2009). La carga del cuidado es multifacética. Puede afectar la salud física o mental, las dinámicas familiares, la vida social de los actores involucrados, y las transferencias económicas (Brouwer, van Exel, van Gorp & Redekop, 2006). La mayoría de la investigación al respecto se ha enfocado en la salud mental del cuidador. En muestras representativas a nivel nacional en distintos países, algunos estudios han encontrado que los cuidadores (y especialmente, las cuidadoras pertenecientes a la generación

* Centro Centroamericano de Población CCP, Universidad de Costa Rica.

“sándwich”) reportan más síntomas de estrés o depresión que las personas que no tienen responsabilidades de cuidado (Amirkhanyan & Wolf, 2006; Rubin & White-Means, 2009). Otros estudios (Amirkhanyan & Wolf, 2003) muestran que individuos que tienen familiares que cuidan a personas con discapacidad expresan emociones de angustia o preocupación, aún cuando no estén con la responsabilidad de cuidar a alguien. Distintas investigaciones han estudiado en forma más profunda a individuos que proveen asistencia a poblaciones particulares. Por ejemplo, la salud mental de los cuidadores de personas con demencia se ve afectada si se sienten sobrecargados por las tareas o si no cuentan con más apoyo familiar adicional (Arango-Lasprilla et al., 2009; Mitrani et al., 2006; Son et al., 2007).

Aparte de los efectos psicológicos del cuidado, otros proyectos de investigación han estudiado la carga física que producen estas labores. Las personas que han cuidado a pacientes con demencia o que han provisto atención durante un largo tiempo tienen un riesgo mayor de desarrollar el síndrome metabólico (Fredman et al., 2010). Las labores de cuidado están también relacionadas con el surgimiento de limitaciones funcionales entre los cuidadores de mediana ó avanzada edad (Fredman et al., 2010; Roth et al., 2009). Cuidar a familiares con discapacidad también puede limitar las oportunidades de contacto social con otros (Roth et al., 2009). Es digno de resaltar que los patrones descritos anteriormente han sido observados en proyectos de investigación en países en desarrollo ó países de industrialización reciente, como Colombia (Arango-Lasprilla, 2009), China (Wang et al., 2008), India (Dias et al., 2008), ó Ciudad de México (Mendez-Luck, Kennedy & Wallace, 2008). Sin embargo, la mayoría de estos proyectos ha estudiado la carga del cuidado en muestras que no son representativas a nivel nacional o bien en muestras que provienen de contextos clínicos. Este artículo permite generar nueva evidencia sobre este fenómeno en países en vías de desarrollo al analizar el “estrés del cuidador” en una muestra de personas seleccionadas probabilísticamente de la población total con edades entre los 55 y 65 años residentes en Costa Rica.

Fuentes de información

El análisis utiliza los datos de la nueva cohorte del estudio CRELES: la denominada cohorte CRELES-2010. El acrónimo CRELES proviene del nombre entero del proyecto: “Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable”. El estudio ha sido desarrollado por investigadores del Centro Centroamericano de Población CCP y de la Universidad de California-Berkeley. Este es un estudio longitudinal que captura información sobre la población costarricense nacida entre 1945 y 1955, con edades entre los 55 y 65 años en la línea base, y residiendo en el país en los años 2010-2011. El tamaño de la muestra en la primera ronda es de 2803 entrevistados. Adicionalmente, se entrevista a cónyuges co-residentes independientemente de su año de nacimiento; en la primera ronda se entrevistaron aproximadamente a 1300 cónyuges. La muestra tienen un diseño probabilístico multi-etápico. Las unidades primarias de muestreo son áreas de salud seleccionadas con muestreo simple al azar sin reemplazo: Se escogieron 60 áreas de un total de 102 en las que está subdividido el país. Las unidades secundarias de muestreo son “seudo-segmentos censales” seleccionadas con probabilidad proporcional al tamaño (PPT). La mayoría de los “seudo-segmentos” está compuesto por dos segmentos censales (según la cartografía censal de 2000) adyacentes o cercanos, que fueron unidos con el fin de tener al menos 15 viviendas con personas en las edades objetivo. Doscientos veintidós pseudo-segmentos fueron seleccionados originalmente. Al final de la primera ronda quedaron sólo 200 segmentos, pues 22 de ellos no fueron cubiertos por el equipo de campo para proteger a los entrevistadores pues estaban localizados en barrios muy peligrosos o en sitios muy alejados de las principales poblaciones. En la tercera etapa, se buscaron todas las viviendas con al menos un residente nacido entre 1945 y 1955 usando un procedimiento de hoja de ruta. En la cuarta etapa, se seleccionó aleatoriamente a uno de todos los residentes en las viviendas listadas en la tercera etapa. El marco muestral utilizado es el Censo de Población y Vivienda de Costa Rica 2000, corregido con razones de sobrevivencia estimadas.

Los datos fueron recolectados usando Asistentes Personales Digitales (Personal Digital Assistants PDAs), con software desarrollado en el CCP. Todos los datos y muestras biológicas fueron tomados en las casas de los participantes, previo a la firma de un formulario de consentimiento informado. En CRELES-2010, después de contactar al informante, el entrevistador realiza una

sola visita para la entrevista, mediciones antropométricas, y la toma de muestras de sangre mediante venipuntura, con un tubo púrpura EDTA (para 3-4 ml de sangre entera) y dos tubos con activador de coagulación para separar la materia sérica (muestras de 10-12 ml de sangre, para obtener de 4-6 de suero). Los participantes no tenían necesidad de ayunar porque los biomarcadores analizados no son sensibles al ayuno: colesterol total, lipoproteína de alta densidad (HDL), proteína C-reactiva (CRP) y hemoglobina glicosilada (Hb_{A1C}). Todos los biomarcadores fueron procesados por el Laboratorio de los Servicios de Salud de la Universidad de Costa Rica. Este laboratorio está acreditado a nivel nacional e interamericano. La presión arterial sistólica y diastólica se midió dos veces por los mismos entrevistadores, durante el proceso de la entrevista, utilizando un medidor de presión estándar.

Aparte de los biomarcadores, la variable de respuesta más importante es el estrés auto-percibido según varias dimensiones. El estrés auto-percibido es reportado por los mismos entrevistados con respuestas a las siguientes preguntas estructuradas: “En la sociedad de hoy en día, algunas personas se sienten estresadas o ansiosas mientras otras no. Le voy a mencionar algunos problemas. Para cada uno, por favor dígame si actualmente esto lo hace sentir estresado o ansioso: la salud propia, situación financiera, problemas familiares, la salud de familiares u otros. ¿Esto lo hace sentir estresado o ansioso?”. Otra variable dependiente analizada es depresión, medida usando la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, con la traducción utilizada en los estudios SABE (Menéndez Guevara et al., 2005). Decidimos analizar la escala como una variable discreta operacionalizada como el conteo de las respuestas a cada uno de los ítems.

La variable independiente más importante se deriva de las respuestas a una batería de preguntas sobre cuidado: “¿Usted (o su cónyuge) le ayudó a algún familiar con actividades básicas como vestirse, comer o bañarse debido a un problema de salud? (Excluya ayuda con actividades del hogar, mandados y transporte)”. El fraseo de esta pregunta trata de operacionalizar el proveer de cuidado o asistencia a personas con limitaciones en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Después de esta pregunta, se le preguntaba a los entrevistados a quién ayuda principalmente con estas labores, cuyas respuestas se clasificaban en las siguientes categorías: cónyuge, madre,

padre, hijos, suegro ó suegra, y otros. Se creó una variable binaria para cada categoría con el fin de determinar cuál receptor de ayuda produce una mayor carga.

El cuestionario de CRELES también permite medir, con respuestas auto-reportadas y cuántas horas por semana dedica el entrevistado a cuidar ha pasado desde que el entrevistado empezó a ayudar a la persona. Para controlar por efectos confusores, se analizó otras covariables: sexo y edad del informante, y si el informante dedicaba tiempo a cuidar niños. Finalmente, se analiza el efecto que tiene la variable acerca de cuánto tiempo ha pasado desde que comenzó a cuidar personas (clasificado en tres categorías: menos de un año, entre 1 y 5 años, y más de 5 años).

Métodos

El artículo compara las medias de los biomarcadores y de la Escala de Depresión, y compara proporciones de estrés auto-percibido. Se estimaron modelos gaussianos para variables continuas, regresiones logísticas para las variables binarias, y regresiones binomiales negativas para la Escala de Depresión. Se escogió un modelo binomial negativo para modelar la Escala de Depresión porque se decidió usar la escala como un conteo de respuestas afirmativas a los ítems, y para permitir la posible sobredispersión debida a variables omitidas.

Resultados

El tradicionalismo de la perspectiva familística en el análisis del cuidado de adultos mayores no esconde que en los países latinoamericanos se reproducen los roles de género típicos de la dimensión doméstica. Las mujeres del subcontinente son las que se ven involucradas más frecuentemente en cuidar a los familiares. Según la Figura 1, en Costa Rica, alrededor del 5% de los hombres de 55 a 65 años tienen responsabilidades de cuidado, mientras que ese porcentaje crece a alrededor del 15% entre las mujeres. Las diferencias de género también definen a las personas cuidadas. Según la Figura 2, la persona que más frecuentemente se cuida es la madre (43%),

seguida del padre (12%) y del cónyuge (11%). Como se ve, el género cumple un papel importante en los procesos de cuidado.

Ahora bien, el hecho de que la madre sea la principal destinataria de la asistencia está asociado no solo con relaciones de género, sino también con características demográficas. En promedio, se sabe que en Costa Rica, no solo las adultas mayores tienen una esperanza de vida más larga que los hombres, sino que tienen una mayor probabilidad de estar enfermas o con limitaciones funcionales (Fernández & Robles, 2008), al igual que en el resto de América Latina. Por eso (Cuadro 1), no es sorprendente que un 44% de las madres cuidadas han estado recibiendo ayuda desde hace más de 5 años, proporción que solo es superada por el período de tiempo que se ha ayudado a hijos (un 57%, que se explica probablemente por tener hijos con alguna discapacidad). Por el contrario, más de la mitad de los cónyuges o suegros (o suegras) que reciben cuidado, lo han recibido durante menos de un año; una cifra parecida (47%) corresponde a los padres que han sido cuidados durante menos de un año. Ahora bien, las horas semanales promedio dedicadas al cuidado son mayores para los cónyuges e hijos, con promedios casi cercanos a las 8 horas semanales. Las desviaciones estándar que se aprecian en el cuadro 1 también sugieren que las distribuciones de este tiempo son considerablemente asimétricas (con varios casos con valores altos en la variable).

Para comenzar con el objetivo principal del artículo, se describen los indicadores de bienestar para los entrevistados, diferenciándolos según si son cuidadores o no. Apenas un 11% de los adultos de mediana edad desempeñan estas labores. En el cuadro 2 se aprecian los niveles medios de presión arterial sistólica y diastólica, hemoglobina glicosilada, colesterol total, proteína C-reactiva, y Escala de Depresión Geriátrica, así como la proporción que reporta tener estrés debido a 4 situaciones descritas anteriormente. Salvo en el nivel medio de colesterol total, que está por encima de los niveles recomendados, los otros indicadores reflejan una población con condiciones saludables, pero con niveles cerca de los límites aconsejables. En cuanto a las fuentes de estrés, apenas un 28% reporta sentirse estresado por problemas familiares, pero más de

un 40% reporta preocupación por la salud propia, problemas financieros, o la salud de familiares u otros conocidos. La única diferencia significativa entre cuidadores y no cuidadores, es en la proporción que reporta estrés debido a este último rubro. Casi un 70% de los cuidadores están estresados por la salud de otros familiares, lo cual es esperable debido a sus responsabilidades.

En los cuadros 3 al 6 se estiman modelos de regresión logística que tratan de definir si, dentro de los cuidadores, hay subgrupos que presenten mayores niveles de estrés auto-reportado o bien de depresión. Según el cuadro 3, no hay diferencias significativas entre cuidadores y no cuidadores en los niveles de depresión (Modelo 1), pero al desagregar, se encuentra que las personas que cuidan a suegros y a otras personas muestran menores niveles de depresión. Esta relación contraria a lo esperado puede estar reflejando problemas de endogeneidad. Las personas con menor depresión pueden tener mayor proclividad a cuidar de otras personas.

Las personas que cuidan a sus madres reportan con mayor frecuencia el tener estrés debido a problemas familiares o a la salud de otras personas. Estos dos coeficientes dejan de ser significativamente distintos de cero, cuando la variable de años de cuidado se incorpora al modelo (resultado no reportado en cuadros). Si bien es cierto, los coeficientes de la variable de tiempo de cuidado tampoco son significativos, este hallazgo sugiere que el mayor estrés generado por el cuidado a la madre se debe a que la experiencia de cuidado es más larga que con otros receptores del mismo. Los entrevistados que cuidan a sus cónyuges también reportan estrés debido a salud de familiares con mayor frecuencia que los no cuidadores. El tamaño del coeficiente es tan alto como el correspondiente a los cuidadores de sus madres.

Un hallazgo adicional que es difícil de explicar es que las personas que cuidan a su cónyuge tienen una menor probabilidad de estar estresados por la salud propia que los no cuidadores. Este patrón también sugiere un problema de endogeneidad similar al descrito para depresión: Es

probable que estos adultos de mediana edad que cuidan a sus cónyuges sean en promedio más saludables, y por esa característica, pueden ejercer este tipo de actividades. Adicionalmente a estos hallazgos, los modelos sobre estrés y depresión señalan consistentemente que las mujeres generalmente reportan más frecuentemente síntomas de depresión o estrés que los hombres. Se estimaron además una serie de modelos con los biomarcadores, pero no se encontraron diferencias significativas entre cuidadores (ni siquiera si se desagregaban) y no cuidadores.

Discusión

Los resultados del artículo muestran que, en Costa Rica, entre adultos de 55 a 65 años, se dan síntomas de “estrés del cuidador” que pueden afectar su bienestar y, en forma conexa, el bienestar de los adultos mayores. Este estrés del cuidador se observa particularmente en en la preocupación por la salud de otros (posiblemente las personas cuidadas). Ahora bien, las diferencias significativas se ven más claras entre aquellos que tienen que cuidar a sus madres. Si se tienen en cuenta los roles de género imperantes en regímenes familísticos, se observa cómo las mujeres son las que tienen más probabilidad de ser cuidadoras, y además, el ser cuidadas en su vejez, y esta especie de “transmisión” del rol de asistencia puede producir estrés. Los modelos además sugieren que esta condición de preocupación surge no necesariamente de la importancia de la figura materna para el cuidador, sino más bien de factores demográficos: las mujeres son las que viven más en promedio y las que están más frecuentemente enfermas en su vejez, por lo que tienen que ser cuidadas durante más tiempo, y es este tiempo prolongado el que parece estar relacionado con estas condiciones de estrés. Surge la pregunta contrafáctica: Si los padres u otros familiares vivieran en promedio más años de vida y con enfermedades o discapacidad, ¿producirían también los mismos niveles de estrés encontrados para los cuidadores de sus progenitoras? Evidencia opuesta a esta hipótesis contrafáctica también aparece en el análisis: las personas que cuidan a sus cónyuges reportan más frecuentemente tener estrés debido a la salud de otras personas, y en general el cuidado de cónyuges se da mayormente durante períodos más cortos de tiempo.

El artículo también muestra que, pese a la evidencia de “estrés del cuidador”, no hay diferencias en otros indicadores de salud entre cuidadores y no cuidadores, al menos en los biomarcadores de carga alostática escogidos por el estudio CRELES. Recuérdese que la teoría de la carga alostática refiere al estrés como un mecanismo importante para el deterioro en la salud. Tampoco se encontraron diferencias entre cuidadores y no cuidadores en reportar estrés debido a otras condiciones u otros escenarios. Para el caso costarricense, llama la atención que las responsabilidades de cuidado no aumenten el estrés por razones financieras. Este hallazgo se suma a la evidencia generada por investigación económica y social que indica que, en Costa Rica, las enfermedades entre adultos mayores no generan directamente un problema económico de grandes dimensiones a las familias (Rivera Cervantes, 2009). En otras palabras, el gasto catastrófico en salud es relativamente pequeño o no existente en el país.

Los hallazgos del artículo pueden estar limitados por la forma en que se midió el estrés. Como se explicó en la sección de Métodos, el estrés se midió a partir de respuestas auto-reportadas a preguntas sobre estrés percibido por los informantes. El proyecto CRELES exploró la posibilidad de incluir en los cuestionarios instrumentos para medir psicométricamente el estrés, pero el costo en tiempo y recursos de incluir este tipo de baterías sobrepasaba sus beneficios, pues no se encontró algún instrumento psicométrico sobre estrés que ya fuera estandarizado para el caso costarricense o latinoamericano, y específicamente, para adultos mayores.

Además, la nueva cohorte del estudio de CRELES tiene ventajas y desventajas para estudiar el estrés del cuidador. El hecho de que la mayoría de las personas que reciben asistencia eran padres, madres, cónyuges o suegros de los entrevistados sugiere que es esta la generación con una carga fuerte en el cuidado de adultos mayores. Sin embargo, estos resultados no se pueden generalizar a poblaciones más viejas o más jóvenes, particularmente a las generaciones que pueden tener una carga importante en el cuidado de niños.

Pese a estas limitaciones, el artículo provee información importante para el contexto de políticas sociales en Costa Rica. Uno de los programas estrella del Gobierno de la República

(Administración Chinchilla) es el desarrollo de la Red de Cuido, que en realidad se podría describir como una serie de redes de cuidado tanto para niños de progenitores que trabajan como para adultos mayores. Las redes de cuidado mezclan el ámbito formal e informal al establecer pequeñas instituciones en la que los vecinos o familiares se encargan de las responsabilidades de asistencia. Este tipo de programas tendrían que tomar en cuenta los posibles efectos en la salud mental de los cuidadores, particularmente las mujeres encargadas de cuidar a sus madres.

Bibliografía

Amirkhanyan AA, Wolf DA (2003) "Caregiver Stress and Noncaregiver Stress: Exploring the Pathways of Psychiatric Morbidity". *The Gerontologist* 43: 817-827.

Amirkhanyan AA, Wolf DA (2006) "Parent Care and the Stress Process: Findings From Panel Data". *Journals of Gerontology B-Psychological Sciences and Social Sciences* 61: S248-S255.

Arango-Lasprilla JC, Moreno A, Rogers H, Francis K (2009). "The Effect of Dementia Patient's Physical, Cognitive, and Emotional/ Behavioral Problems on Caregiver Well-Being: Findings From a Spanish-Speaking Sample From Colombia, South America" *American Journal of Alzheimer's disease and other dementias*. 24: 384-395.

Brouwer WBF, van Exel NJA, van Gorp B, Redekop WK (2006). "The CarerQol instrument: A new instrument to measure care-related quality of life of informal caregivers for use in economic evaluations". *Quality of Life Research* 15:1005-1021.

Dias A, Dewey ME, D'Souza J, Dhume R, Motghare DD, Shaji KS, Menon R, Prince M, Pate V (2008) "The Effectiveness of a Home Care Program for Supporting Caregivers of Persons with Dementia in Developing Countries: A Randomised Controlled Trial from Goa, India". *PLoS ONE* 3(6): e2333.

Fernandez X, Robles A. (2008). *I Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica*. UCR/CONAPAM, San José, CR (2008)

Fredman L, Doros G, Cauley JA, Hillier TA, Hochberg MC (2010). "Caregiving, Metabolic Syndrome indicators, and 1-year Decline in Walking Speed: results of Caregiver-SOF". *Journal of Gerontology A: Medical Sciences* 65A:565-572.

Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC (2005). "Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe". *Revista Panamericana de Salud Pública*. 17:353-361

Mendez-Luck C, Kennedy D, Wallace S (2008). "Concepts of Burden in Giving Care to Older Relatives: A Study of Female Caregivers in a Mexico City Neighborhood". *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 23:265-282.

Mitrani VB, Lewis JE, Feaster DJ, Czaja SJ, Eisdorfer C, Shulz R, Szapocznik J (2006). "The Role of Family Functioning in the Stress Process of Dementia Caregivers: A Structural Family Framework". *The Gerontologist* 46: 97-105.

Nichols LS, Junk VW (1997). "The Sandwich Generation: Dependency, Proximity, and Task Assistance Needs of Parents". *Journal of Family and Economic Issues* 18:299-326.

Remennick LI (1999). "Women of the 'Sandwich' Generation and Multiple Roles: The Case of Russian Immigrants of the 1990s in Israel". *Sex Roles* 40: 347-378.

Rivera Cervantes C. (2009). *Impacto de la diabetes mellitus en el bienestar socioeconómico de los adultos mayores costarricenses*. Trabajo Final de Graduación. Maestría en Estadística. UCR - San José, Costa Rica.

Roth DL, Perkins M, Wadley VG, Temple EM, Haley WE (2009). "Family caregiving and emotional strain: associations with quality of life in a large national sample of middle-aged and older adults". *Quality of Life Research* 18:679–688.

Rubin R., White-Means S. (2009). "Informal Caregiving: Dilemmas of Sandwiched Caregivers". *Journal of Family and Economic Issues* 30: 252-257.

Silva-Ferreira AR, Rodriguez-Wong L (2008). "Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa: uma análise comparativa entre Brasil e México", 2000-2015". In: Pélaez E (Org.) "Sociedad y Adulto Mayor en América Latina". Rio de Janeiro: ALAP Editor. Serie Investigaciones No. 5. Pp.183-204.

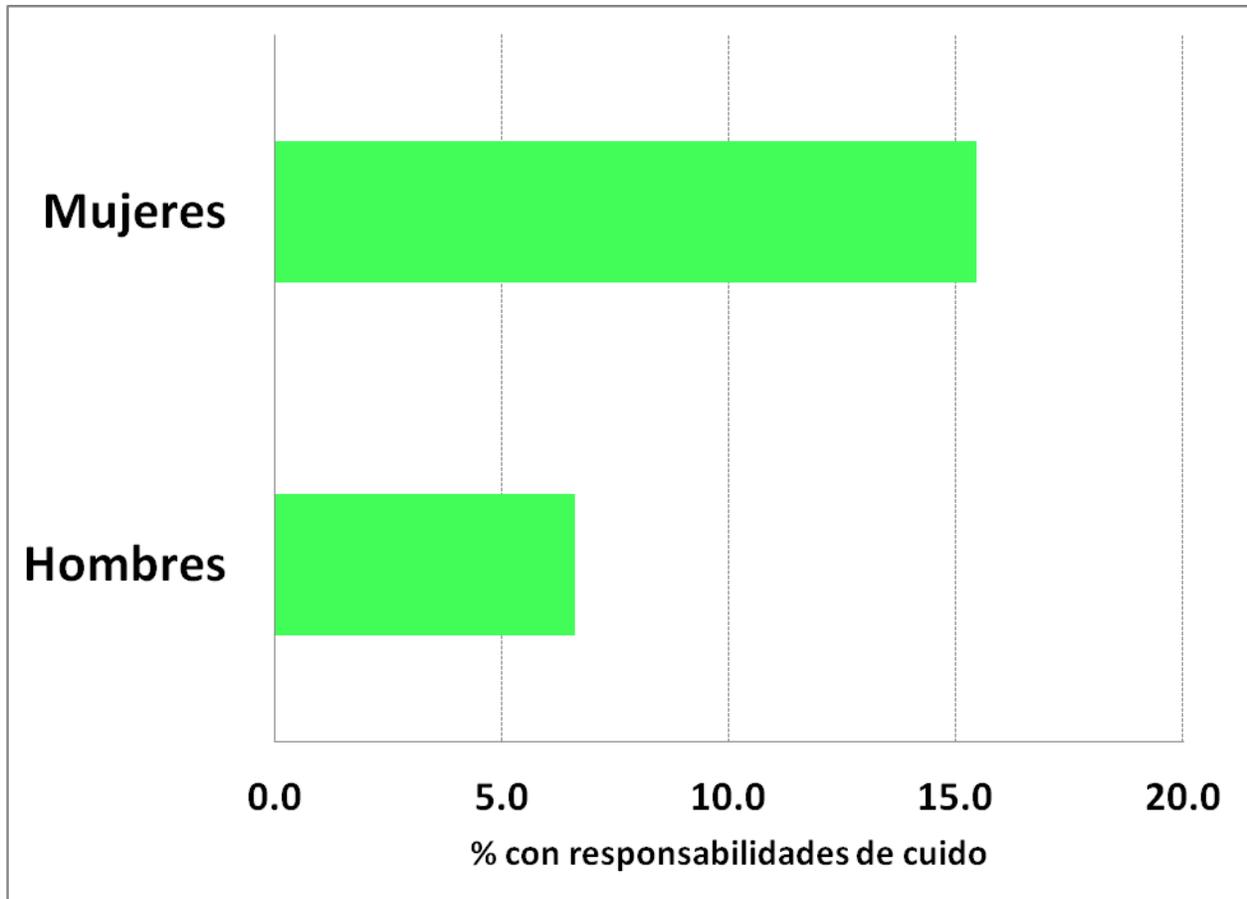
Son J, Erno A, Shea DG, Femia EE, Zarit SH, Stephens MAP (2007). "The Caregiver Stress Process and Health Outcomes". *Journal of Aging and Health* 19:871-887.

Sunkel G (2006). "El papel de la familia en la protección social en América Latina ". Santiago de Chile: CEPAL. Serie Políticas Sociales.

Wang G, Cheng Q, Wang Y, Deng YL, Ren RJ, Xu W, Zeng J, Bai L, Chen SD (2008). "The Metric Properties of Zarit Caregiver Burden Scale: Validation Study of a Chinese Version". *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 22: 321-326.

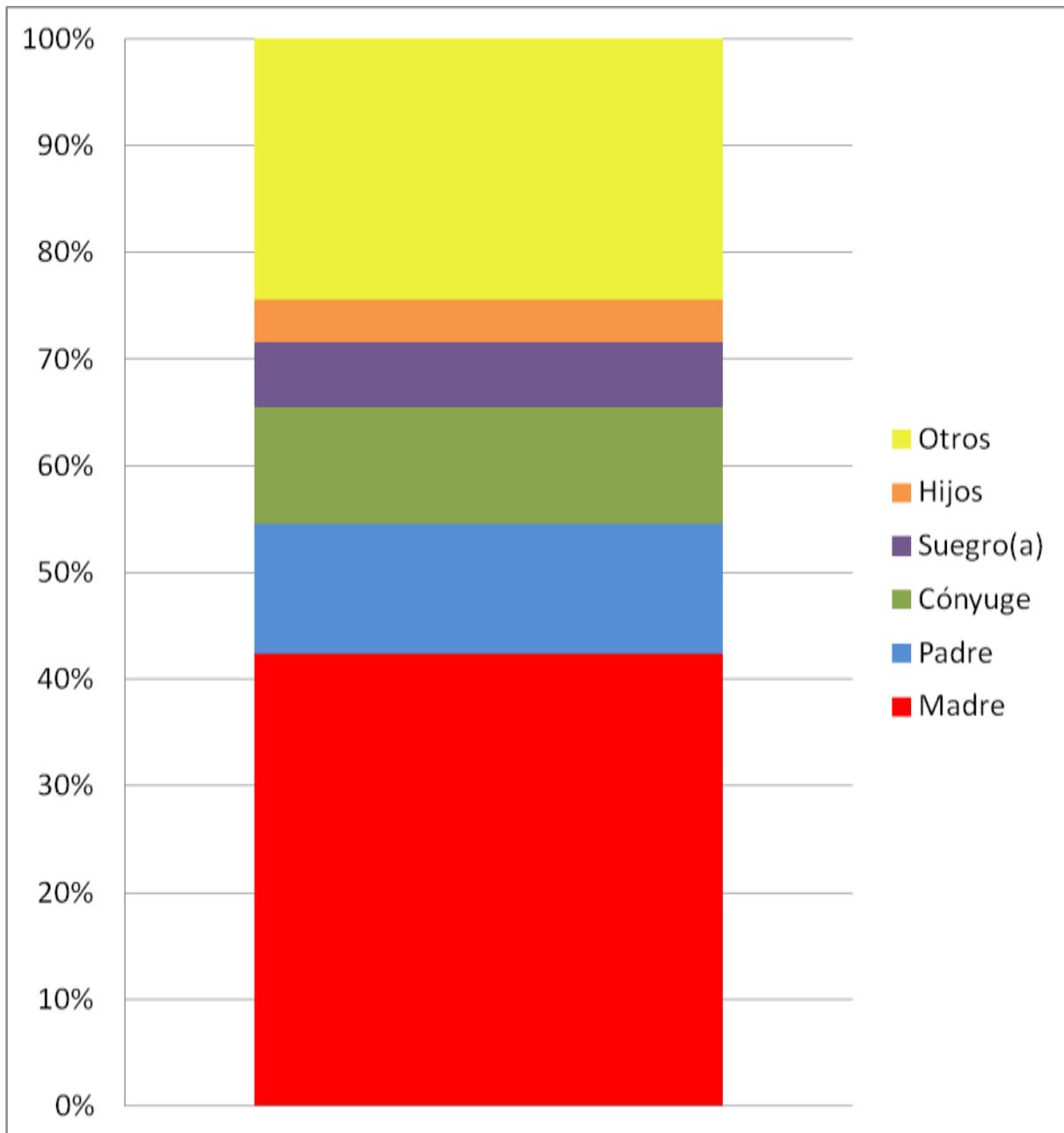
Cuadros y Figuras.

Figura 1. Costarricenses entre 55 y 65 años de edad: Proporción de personas cuidando a otras personas, según sexo, 2010/2011.



Fuente: CRELES-2010.

Figura 2. Distribución relativa de los cuidadores, según los tipos de personas cuidadas, entre costarricenses entre 55 y 65 años de edad, 2010/2011.



Fuente: CRELES-2010.

Cuadro 1. Cuidadores costarricenses entre 55 y 65 años de edad: Distribución del tiempo desde que empezaron a cuidar, y promedio de horas semanales dedicadas al cuidado, según tipo de destinatario del cuidado.

Destinatarios del cuidado	Tiempo desde el inicio de la labores de cuidado	Tiempo desde el inicio de la labores de cuidado			Horas semanales dedicadas al cuidado	
		Total	< 1 año	De 1 a 5 años	>5 años	Media
Madre	100.0	26.5	29.8	43.7	6.2	10.2
Padre	100.0	46.7	37.3	16.0	4.5	6.7
Cónyuge	100.0	53.4	37.6	9.0	7.9	13.4
Hijos(as)	100.0	38.5	4.2	57.3	7.8	13.3
Suegros(as)	100.0	51.2	48.8	-	2.1	3.3
Otros	100.0	42.3	32.9	24.8	5.2	11.6
Total	100.0	38.2	30.9	30.9	5.7	10.5

Fuente: CRELES-2010.

Cuadro 2. Costarricenses entre 55 y 65 años de edad: Niveles medios de biomarcadores, media de la escala de depresión, y proporciones reportando distintos tipos de estrés auto-percibido, según si se es cuidador o no (En paréntesis, desviaciones estándares).

Marcador de salud	Cuidador			Prob asoc ^{1,2/}
	Total	Sí	No	
(n)	2802	2497	305	
Media de presión arterial sistólica (mm/Hg)	139.7 (20.7)	138.1 (18.2)	139.9 (21.0)	
Media de presión arterial diastólica (mm/Hg)	81.8 (11.2)	81.8 (10.3)	81.8 (11.3)	
Hemoglobina glicosilada Hb _{A1C} (%)	6.2 (1.1)	6.2 (1.1)	6.2 (1.1)	
Colesterol total (mg/dl)	204.4 (40.9)	209.2 (43.1)	203.8 (40.5)	
Proteína C-reactiva (mg/dl)	4.6 (7.4)	5.1 (6.5)	4.5 (7.5)	
Escala de Depresión Geriátrica (conteo de repuestas afirmativas a las preguntas de la batería de ítems)	3.3 (3.3)	3.3 (3.1)	3.3 (3.3)	
% que reporta estrés debido a:				
-Salud propia	42.9	43.1	42.9	
-Situación financiera	45.5	47.9	45.2	
-Problemas familiares	27.7	31.6	27.2	
-Salud de familiar u otros	50.9	69.1	48.6	*

Nota: 1/ Contraste de razón de verosimilitud para diferencias de proporciones, prueba t para diferencia de medias.

2/ *: p<0.05

Fuente: CRELES-2010.

Cuadro 3. Cuidadores costarricenses entre 55 y 65 años de edad: Coeficientes de regresión binomial negativa de la Escala de Depresión, controlando por otras covariables.

Covariables	Model 1		Model 2	
	Coef	p-value	Coef	p-value
Ser cuidador	-0.152	0.069		
Cuidar a:				
-Cónyuge			-0.103	0.541
-Madre			0.016	0.885
-Padre			-0.129	0.439
-Hijos(as)			-0.325	0.190
-Suegros(as)			-0.463	0.001
Otros			-0.427	0.030
Mujer (Ref: Hombres)	0.243	0.000	0.241	0.000
Edad	-0.009	0.33	-0.009	0.344
Horas semanales de cuidado	0.012	0.006	0.010	0.005
Cuido de niños	-0.106	0.104	-0.105	0.065

Nota: 1/ Contraste de razón de verisimilitudes del parámetro del modelo binomial negativo $\lambda = 0$: p-value=0.000

Cuadro 4. Cuidadores costarricenses entre 55 y 65 años de edad: Coeficientes de regresión logística para reporte de estar estresado debido a salud propia, controlando por otras covariables.

Covariables	Model 1		Model 2	
	Coef	p-value	Coef	p-value
Ser cuidador	-0.268	0.124		
Cuidar a:				
-Cónyuge			-0.825	0.041
-Madre			-0.090	0.740
-Padre			0.153	0.743
-Hijos(as)			-0.493	0.425
-Suegros(as)			-0.422	0.485
Otros			-0.551	0.070
Mujer (Ref: Hombre)	0.529	0.000	0.521	0.000
Edad	-0.014	0.416	-0.013	0.450
Horas semanales de cuidado	0.008	0.513	0.009	0.469
Cuido de niños	0.184	0.157	0.177	0.171

Cuadro 5. Cuidadores costarricenses entre 55 y 65 años de edad: Coeficientes de regresión logística para reporte de estar estresado debido a situación financiera, controlando por otras covariables.

Covariables	Model 1		Model 2	
	Coef	p-value	Coef	p-value
Ser cuidador	-0.030	0.864		
Cuidar a:				
-Cónyuge			-0.423	0.268
-Madre			0.048	0.857
-Padre			0.051	0.915
-Hijos(as)			0.845	0.216
-Suegros(as)			0.330	0.481
Otros			-0.257	0.425
Mujer (Ref: Hombre)	0.251	0.028	0.244	0.034
Edad	-0.061	0.001	-0.061	0.001
Horas semanales de cuidado	-0.002	0.882	-0.002	0.845
Cuido de niños	0.033	0.804	0.029	0.821

Cuadro 6. Cuidadores costarricenses entre 55 y 65 años de edad: Coeficientes de regresión logística para reporte de estar estresado debido a problemas familiares, controlando por otras covariables.

Covariables	Model 1		Model 2	
	Coef	p-value	Coef	p-value
Ser cuidador	0.043	0.835		
Cuidar a:				
-Cónyuge			-0.608	0.196
-Madre			0.572	0.049
-Padre			-0.427	0.394
-Hijos(as)			-1.049	0.187
-Suegros(as)			0.408	0.424
Otros			-0.625	0.104
Mujer (Ref: Hombre)	0.610	0.000	0.597	0.000
Edad	-0.052	0.006	-0.051	0.007
Horas semanales de cuidado	0.006	0.628	0.007	0.614
Cuido de niños	0.229	0.103	0.235	0.099

Cuadro 7. Cuidadores costarricenses entre 55 y 65 años de edad: Coeficientes de regresión logística para reporte de estar estresado debido a la salud de familiares, controlando por otras covariables.

Covariables	Model 1		Model 2	
	Coef	p-value	Coef	p-value
Ser cuidador	0.661	0.003		
Cuidar a:				
-Cónyuge			0.943	0.048
-Madre			0.849	0.004
-Padre			0.701	0.246
-Hijos(as)			-0.498	0.438
-Suegros(as)			0.903	0.150
-Otros			0.309	0.346
Mujer (Ref: Hombre)	0.261	0.027	0.265	0.025
Edad	-0.015	0.431	-0.015	0.415
Horas semanales de cuidado	0.019	0.309	0.020	0.282
Cuido de niños	-0.090	0.502	-0.095	0.479