

Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares

B. Artaso^a, A. Goñi^b y A. Biurrun^c

^aPsiquiatra. Centro de Salud Mental IIB. Pamplona. Navarra. ^bPsicóloga Clínica. Centro de Salud Mental IIB. Pamplona. Navarra.

^cPsicóloga Clínica. AFAN (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Navarra). Pamplona. Navarra. España.

RESUMEN

Objetivo: Estudiar el nivel de sobrecarga de una población de cuidadoras informales de pacientes con demencia que residen en la comunidad y las variables que influyen en ella.

Material y método: Se estudiaron 80 cuidadoras, 40 pacientes que acudían a un centro de día psicogeriátrico y 40 pacientes que permanecían en su domicilio. Se registraron variables sociodemográficas y clínicas, incluyendo en estas últimas el deterioro cognitivo (Minexamen Cognoscitivo) y funcional (índice de Barthel), alteraciones neuropsiquiátricas (Inventario Neuropsiquiátrico), la sobrecarga del cuidador (Escala de Sobrecarga del Cuidador), las características de personalidad del cuidador (Cuestionario de Personalidad), las estrategias de afrontamiento (Cuestionario de Formas de Afrontamiento) y el apoyo social (Cuestionario de Apoyo Social Funcional).

Resultados: El 79% de las cuidadoras sufrían una sobrecarga intensa. La sobrecarga se veía determinada por la mayor presencia de alteraciones neuropsiquiátricas, el menor apoyo social y el uso de la estrategia de afrontamiento «huida-avoidación», que explicaban el 41% de la variabilidad en la sobrecarga.

Conclusión: Las cuidadoras familiares de pacientes con demencia en la comunidad que se enfrentan a más alteraciones neuropsiquiátricas, utilizan estrategias de afrontamiento de tipo evitativo y cuentan con un menor apoyo social tienen mayor riesgo de experimentar sobrecarga con los cuidados.

Palabras clave

Sobrecarga. Cuidador. Demencia. Anciano.

Informal care in dementia: prediction of burden in female family caregivers

ABSTRACT

Aim: To study the degree of burden in female informal caregivers of patients with dementia who live in the community and the factors influencing it.

Methods: Eighty caregivers were studied: 40 attended the Psychogeriatric Day Center and 40 stayed at home. Sociodemographic and clinical variables were recorded. The following tools were used to analyze the clinical variables: cognitive impairment (MEC), functional ability (Barthel Index), Neuropsychiatric Inventory (NPI), Caregiver Burden Interview (BI), personality of caregiver (EPI), coping strategies (Ways of Coping Scale) and social support (Functional Social Support Scale).

Results: Seventy-nine percent of caregivers suffered from intense burden. Burden was determined by greater frequency of neuropsychiatric symptoms, less social support and the use of the «avoidance-escape» coping strategy. These variables explained 41% of the variability in burden.

Conclusion: Family caregivers of demented patients in the community who have to cope with greater neuropsychiatric changes, use avoidance coping strategies and who have less social support have a higher risk of experiencing caregiver burden.

Key words

Burden. Caregiver. Dementia. Elderly.

INTRODUCCIÓN

Actualmente estamos asistiendo a un desequilibrio entre las demandas sanitarias generadas por la creciente patología psicogeriátrica, en particular la demencia, y los recursos disponibles. Esta situación contribuye en gran medida a que la mayor parte de los ancianos enfermos psíquicos sean atendidos en sus casas, de modo que se produce una mayor implicación de las familias en su cuidado. Surge así el concepto de «sobrecarga» del cuidador informal, que hace referencia de forma general a los efectos de los cuidados sobre los familiares. Grad et al¹ distinguieron entre carga «objetiva» o cambios comportamentales y de autonomía del paciente, con los proble-

Este trabajo ha sido becado por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Correspondencia: Dra. Begoña Artaso Irigoyen.
Centro de Salud Mental IIB.
Ermitagaña, 20. 31008 Pamplona. España.
Correo electrónico: bartaso@medena.es

Recibido el 18-2-03; aceptado el 06-6-03.

mas prácticos que llevan consigo, y la carga «subjética» o reacción emocional del cuidador.

El proceso de cuidar a un anciano con demencia en su domicilio es complejo, genera un estrés crónico y afecta en mayor o menor medida a la salud física y mental de los cuidadores². En este proceso son múltiples los factores que intervienen, por lo que existe una gran variabilidad en la capacidad de los cuidadores para hacer frente a la situación. Pearlin et al³ hipotetizaron un sistema que engloba de forma esquemática las relaciones entre los factores de base (características socioeconómicas, historia del cuidador), los estresores primarios (deterioro cognitivo y funcional, problemas conductuales, sobrecarga y privación relacional del cuidador) y secundarios (tensión intrapsíquica y tensión en el papel), mediadores (estrategias de afrontamiento, apoyo social) y los niveles de estrés. Hooker et al⁴ propusieron la inclusión de la personalidad como mediador.

La bibliografía sobre el tema ha estudiado fundamentalmente la influencia en el cuidador informal de los estresores primarios y ha concluido que son los trastornos de conducta del paciente, más que el deterioro cognitivo y funcional, los que determinan una mayor sobrecarga con los cuidados⁵⁻¹¹. No obstante, existe una gran variabilidad en la influencia de estos estresores en la salud de cuidador, en función del sentimiento de control de la situación que tiene el cuidador, que englobaría tanto su propio control emocional como su capacidad de entender y manejar los trastornos conductuales y funcionales del paciente¹²⁻¹⁵. Este sentimiento de control estaría mediatizado tanto por el apoyo social¹⁶ como por las estrategias de afrontamiento utilizadas por el cuidador^{4,17,18}, las cuales pueden estar condicionadas por el nivel de neuroticismo del cuidador informal^{4,19}.

El objetivo de este trabajo es estudiar el nivel de sobrecarga de una población de cuidadores informales de pacientes dementes que residen en la comunidad, así como la influencia que tienen en ella tanto variables dependientes del paciente como del cuidador.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de la «sobrecarga» de los cuidadores familiares de pacientes dementes que residen en la comunidad. Para ello, se reclutaron dichos cuidadores de la población de pacientes que acudían a un centro de día psicogeriátrico y a través de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFAN). De esta población se seleccionó para participar en el estudio a aquellos que cumplían los siguientes criterios: a) ser el cuidador principal de un familiar demente, entendiendo por cuidador principal aquel que se hace cargo de la supervisión-asistencia en las actividades de la vida diaria del paciente; b) ser mujer y cónyuge o hija del paciente: se establece este criterio de selección para evitar la in-

TABLA 1: Variables registradas

<i>Variables sociodemográficas</i>	
<i>Paciente</i>	<i>Cuidadora</i>
Edad	Edad
Sexo	Estado civil
Estado civil	Años de escolarización
Años de escolarización	Vínculo familiar
	Hijos menores de 14 años
	Trabajo remunerado
	Relación previa
<i>Variables clínicas</i>	
<i>Paciente</i>	<i>Cuidadora</i>
Tiempo de evolución	Tiempo como cuidadora
Deterioro cognitivo	Rasgos de personalidad
Deterioro funcional	Estrategias de afrontamiento
Trastornos de conducta	Sobrecarga
	Apoyo social

fluencia de estas dos variables (sexo del cuidador y vínculo relacional con el paciente) en los resultados sobre el nivel de sobrecarga, ampliamente demostrada en la bibliografía sobre el tema, y c) vivir en la misma casa que el paciente.

Para la recogida de datos se diseñó un protocolo que incluía variables sociodemográficas y clínicas, tanto del paciente como del cuidador informal (tabla 1). Para medir el deterioro cognitivo se utilizó el Miniexamen Cognoscitivo (MEC) de Lobo et al²⁰. Este instrumento es una versión adaptada a la población española del Mini-Mental-State de Folstein et al²¹, que ha demostrado su fiabilidad test-retest, con un coeficiente de correlación de 0,87 altamente significativo ($p < 0,001$), así como su validez concurrente. El deterioro funcional se midió con el índice de Barthel²². Este instrumento evalúa 10 actividades básicas de la vida diaria y se puntúa de 0 a 100. Tiene una alta validez concurrente y un coeficiente de correlación kappa ponderado de 0,98 intraobservador y mayor de 0,88 interobservador²³. Los síntomas psiquiátricos se midieron con el Inventario Neuropsiquiátrico (INP)²⁴, en su versión validada en castellano²⁵. Este inventario es una entrevista estructurada dirigida a valorar la frecuencia y gravedad de las alteraciones psicopatológicas en pacientes con demencia. El INP presenta una alta fiabilidad interobservador situada entre 0,93 y 1 para distintas conductas, y una fiabilidad test-retest de 0,79 para la frecuencia y de 0,86 para la gravedad.

La sobrecarga emocional del cuidador familiar se midió con la Escala de Sobrecarga del Cuidador, que es una versión del Caregiver Burden Interview²⁶, traducida al español y validada por Martín et al²⁷. Se trata de una escala

de 22 ítems que mide el grado en que los cuidadores perciben cómo sus responsabilidades tienen efectos adversos sobre su salud, vida personal y social, finanzas y bienestar emocional. Cada ítem se puntúa según la gravedad de la repercusión del 1 al 5, con un punto de corte de 46-47 que diferencia entre «sin sobrecarga» y «sobrecarga» con una sensibilidad del 84,6% y una especificidad del 85,3%, mientras que el punto de corte 55-56 diferencia entre «sobrecarga leve» e «intensa» con una sensibilidad y especificidad del 89,7 y del 94,2%, respectivamente. En la versión original, se obtuvieron dos subescalas que reflejan de forma fiable dos aspectos de los cuidados: tensión personal (coeficiente alpha de Cronbach = 0,80) y tensión en el rol (coeficiente alpha de Cronbach = 0,81).

Los rasgos de personalidad de la cuidadora se midieron con el Cuestionario de Personalidad (EPI) de Eysenck y Eysenck, adaptado al castellano por Sánchez Turet²⁸. Consiste en 57 ítems de respuesta dicotómica que miden dos dimensiones de personalidad —neuroticismo y extraversión— con una escala de sinceridad. En la adaptación española se ha calculado una fiabilidad de 0,84 para neuroticismo y de 0,77 para extraversión.

Las estrategias de afrontamiento se midieron con el Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, en su versión de 50 ítems^{29,30}. Se trata de una escala que permite evaluar el afrontamiento como proceso y se centra en los pensamientos, sentimientos y actos específicos, evaluando el afrontamiento en un contexto específico. Las respuestas se evalúan en una escala tipo Likert de 4 puntos y se agrupan en 8 modos de afrontamiento: confrontación, distanciamiento, autocontrol emocional, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-evitación, planificación y reevaluación positiva. A su vez estas dimensiones de afrontamiento pueden agruparse en estrategias centradas en los problemas (P) o en las emociones (E). La consistencia interna de la versión en castellano se sitúa entre 0,60 y 0,75³¹.

Para medir el apoyo social se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social Funcional» de Duke-UNC, modificado por Broadhead et al³² y validado al castellano por Revilla et al³³ con una buena consistencia interna y un coeficiente alfa de Cronbach de 0,81.

Para el análisis estadístico de los datos se realizó un análisis de regresión logística, tomando como variables independientes todos aquellos datos registrados que se consideraron posibles variables influyentes en el nivel de sobrecarga, y como variable dependiente, la sobrecarga del cuidador reelaborada como variable dicotómica. El punto de corte establecido en la bibliografía es de 46-47 puntos; por encima de este valor se considera sobrecarga, y por debajo, «sin sobrecarga». Para poder llevar a cabo este análisis se calculó necesaria una muestra de como mínimo 80 sujetos, calculando 10 sujetos por va-

riable continua y 10 sujetos por categoría. El programa estadístico con el que se analizaron los datos fue el SPSS para Windows, versión 10.

RESULTADOS

Se realizó un estudio de 80 ancianos con demencia y sus cuidadoras, 40 procedentes de un centro de día psicogeriátrico y 40 que permanecían en su domicilio, pero sus cuidadoras habían contactado con la AFAN. El perfil del paciente era fundamentalmente el de una mujer (60%), viuda (66%), de 80 años de edad, con estudios primarios, y casi la mitad de ellas habían sido amas de casa. Presentaba un deterioro cognitivo moderado y funcional leve después de 4,5 años de evolución de la enfermedad. El 71% de las cuidadoras eran hijas, casadas casi en su totalidad, y el 29% esposas del paciente, con una edad media de 54 años y estudios primarios. La mitad de ellas se dedicaba a las tareas domésticas, el 36% trabajaba fuera del hogar y desarrollaba una jornada completa el 25%. En el 80% de los casos no tenían hijos menores de 14 años y la relación previa con el enfermo había sido buena. Llevaban dedicadas a la tarea de cuidado 4 años, prácticamente la totalidad del tiempo de duración de la enfermedad (tabla 2). En cuanto a las características de las variables clínicas estudiadas, el 79% de las cuidadoras sufría una sobrecarga intensa, siendo la puntuación media (\pm desviación estándar) en la Escala de Sobrecarga del Cuidador de $65,19 \pm 13,22$. Los rasgos de personalidad medidos a través del EPI de Eysenck y Eysenck reflejan una puntuación percentil en neuroticismo de 77, lo cual indicaría que estas cuidadoras manifestaban labilidad emocional, ansiedad y/o depresión, se sentían sensibles y preocupadas en exceso si las comparamos con un grupo normativo. En cuanto a la extraversión, estaban en el percentil 19, indicativo de retraimiento e introversión. Los cuestionarios habían sido respondidos de forma sincera.

La utilización de distintas estrategias de afrontamiento queda reflejada en la tabla 3. Si ajustamos cada estrategia en función del número de ítems que corresponden a cada una de ellas, vemos que la más utilizada fue la búsqueda de apoyo social, seguida de la planificación, el autocontrol y la reevaluación positiva. Por el contrario, la estrategia que menos emplearon fue la huida-evitación. El apoyo social daba una puntuación media de $34,335 \pm 9,26$; en su componente confidencial la puntuación era de $19,30 \pm 5,84$, y en el afectivo, de $15,05 \pm 4,08$.

La sobrecarga total no se correlacionaba con ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas, ni del paciente ni de su cuidador familiar. Sin embargo, sí se correlacionaba con variables clínicas. Así, el nivel de neuroticismo se correlacionaba positivamente con la sobrecarga del cuidador. Por el contrario, el apoyo social se correlacionaba de forma inversa, y esto ocurría tanto en el apoyo confidencial como en el afectivo. En cuanto

TABLA 2. Características de la muestra

<i>Paciente</i>	<i>Cuidadora</i>
Edad: 79,64 ± 6,56 años	Edad: 54,53 ± 12,59 años
Sexo	Estado civil
Varón: 32 (40%)	Casado: 65 (81,3%)
Mujer: 48 (60%)	No casado: 15 (18,8%)
Estado civil	Vínculo relacional
Casado: 27 (33,8%)	Esposa: 23 (29%)
No casado: 53 (66,3%)	Hija: 57 (79%)
Escolarización: 9,73 ± 4,76 años	Escolarización: 13 ± 4,51 años
Evolución: 54,22 ± 33,63 meses	Hijos < 14 años: 16 (20%)
MEC: 11,87 ± 8,67	Trabajo remunerado: 29 (36,3%)
Barthel: 59 ± 32,97	Relación previa
INP: 11,18 ± 7,11	Buena: 65 (81,3%)
	Mala: 15 (18,8%)
	Tiempo como cuidador: 47,75 ± 33,05 meses
	EPI
	Neuroticismo: 77,34 ± 26,77
	Extraversión: 19,08 ± 25,97
	Afrontamiento
	Problemas: 24,7 ± 8,59
	Emociones: 42,83 ± 12,52
	Sobrecarga: 65,19 ± 13,22
	Tensión personal: 33,39 ± 6,92
	Tensión en el rol: 19,11 ± 5,16
	Apoyo social
	Confidencial: 19,30 ± 5,84
	Afectivo: 15,05 ± 4,08

Los datos se expresan como la media ± desviación estándar. MEC: Miniexamen Cognoscitivo; INP: Inventario Neuropsiquiátrico; EPI: Cuestionario de Personalidad.

TABLA 3. Estrategias de afrontamiento

<i>Tipo de estrategia</i>	<i>Media ± DE</i>	<i>Media ajustada por el número de ítems</i>
Confrontación (P)	5,96 ± 3,00	0,99 (6 ítems)
Aceptación de responsabilidad (E)	3,99 ± 2,42	0,99 (4 ítems)
Planificación (P)	8,49 ± 3,39	1,41 (6 ítems)
Revaluación positiva (E)	8,44 ± 4,34	1,20 (7 ítems)
Distanciamiento (E)	6,61 ± 2,98	1,10 (6 ítems)
Autocontrol (E)	8,45 ± 3,13	1,21 (7 ítems)
Búsqueda de apoyo social (P, E)	10,21 ± 4,32	1,70 (6 ítems)
Huida-evitación (E)	5,00 ± 3,21	0,62 (8 ítems)

(P): estrategias centradas en los problemas; (E): estrategias centradas en las emociones.

a las estrategias de afrontamiento, las cuidadoras que utilizaban más estrategias centradas en las emociones experimentaban mayor sobrecarga, en concreto las estrategias de autocontrol emocional, aceptación de la responsabilidad y huida-evitación (tabla 4).

Si consideramos la sobrecarga como variable dicotómica, nos encontramos con un 90% de cuidadoras so-

brecargadas (n = 72) y un 10% (n = 8) que no presentan sobrecarga. Al comparar ambos grupos vemos que la sobrecarga se veía determinada por una mayor presencia de alteraciones neuropsiquiátricas (Z = -2,50; p = 0,01), el neuroticismo de la cuidadora (Z = -2,34; p = 0,01), la mayor utilización de las estrategias de afrontamiento «aceptación de la responsabilidad» (Z = -2,25; p = 0,02) y «huida-evitación» (Z = -2,59; p = 0,0009), y

TABLA 4. Variables relacionadas con la sobrecarga total

Variables	Sobrecarga total	
	r	p
Afrontamiento de emociones	0,19	0,09
Neuroticismo	0,33	0,003
Responsabilidad	0,22	0,04
Autocontrol	0,23	0,04
Huida-evitación	0,31	0,005
Apoyo social	-0,34	0,002
Apoyo social confidencial	-0,31	0,005
Apoyo social afectivo	-0,32	0,004

con un menor apoyo social percibido ($Z = -2,37$; $p = 0,01$) en sus dos vertientes, confidencial ($Z = -1,90$; $p = 0,05$) y afectivo ($Z = -22,82$; $p = 0,005$).

A partir de estos datos construimos un modelo de regresión logística considerando como variable dependiente la sobrecarga recodificada como variable dicotómica que determina la existencia o no de sobrecarga en la cuidadora familiar. Como variables independientes que potencialmente pueden influir en la existencia de sobrecarga incluimos aquellas que han mostrado una relación con la sobrecarga en el análisis previo y las descritas en la bibliografía como variables relacionadas con la sobrecarga: INP, neuroticismo, apoyo social y las estrategias de afrontamiento «aceptación de la responsabilidad» y «huida-evitación». Los resultados muestran tres variables que explican el 41% de la variabilidad en la sobrecarga: las alteraciones neuropsiquiátricas (INP), el apoyo social y el uso de la estrategia de afrontamiento «huida-evitación». Así, por cada unidad de aumento en el INP, se incrementa en un 26% la sobrecarga; por cada unidad de incremento en la utilización de la «huida-evitación», la sobrecarga aumenta en un 53% y, por el contrario, con un aumento en un punto en el apoyo social, la sobrecarga disminuía en un 12%.

DISCUSIÓN

El primer resultado con el que nos encontramos en nuestro trabajo es que el 79% de las cuidadoras experimentan una sobrecarga intensa. Este dato podría explicarse por los criterios de selección de nuestra muestra, ya que en este estudio sólo se ha incluido a cuidadores familiares del sexo femenino que eran o bien hijas o bien cónyuges del paciente. Estas dos variables se han relacionado con un incremento de la sobrecarga³⁴⁻³⁸. Por otra parte, la muestra se ha reclutado tanto de centros de día como de la AFAN, y es sabido que son los cuidadores más sobrecargados los que buscan ayuda en los recursos formales. Así, los cuidadores que demandan plaza en un centro de día psicogeriátrico son cuidadores muy sobrecargados³⁹.

De igual manera, cabe preguntarse si es posible cuidar a un familiar con demencia sin experimentar sobrecarga. La experiencia de cuidar a un familiar con demencia supone mayor estrés que cuidar a un anciano con patología física^{11,40}. Esto podría deberse a que el cuidador de un enfermo con demencia se ve obligado a introducir mayores cambios en su estilo de vida que el cuidador de un anciano que no la presenta¹¹, a la mayor limitación social en la vida de estos cuidadores⁴¹ y a las alteraciones específicas de la relación interpersonal cuidador-enfermo en el caso de los pacientes con demencia, como el deterioro del nivel de intimidad y la disminución de la gratificación por parte del receptor de los cuidados⁴². Así, en un estudio de 1.500 cuidadores familiares del 1996 National Caregiver Survey, se encontró que los cuidadores de pacientes con demencia invertían más horas por semana en el cuidado y sufrían un mayor impacto en el ámbito laboral, tensión personal, pérdida de tiempo de ocio, conflictos familiares y problemas de salud tanto físicos como mentales⁴³.

Por otra parte, en nuestro estudio las variables que explicaban la variabilidad en el nivel de sobrecarga de las cuidadoras familiares fueron: las alteraciones neuropsiquiátricas, el apoyo social y la utilización de la estrategia de afrontamiento «huida-evitación». Sin embargo, el neuroticismo no explicaba las variaciones en la sobrecarga, a pesar de que múltiples trabajos han encontrado una relación entre el grado de neuroticismo del cuidador y la sobrecarga^{19,44,45}. Es posible que el neuroticismo del cuidador determine la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento⁴ más centradas en las emociones y sea esta variable la que realmente influya en la sobrecarga. Asimismo, el grado de neuroticismo del cuidador puede influir en las atribuciones que éste realiza en la situación de cuidados y modificar su «sentido de competencia» (autopercepción de su capacidad para cuidar al demente)¹² y el sentimiento de control sobre la conducta del enfermo y sobre sus propias reacciones emocionales^{13-15,46}.

La influencia de los trastornos de conducta y el apoyo social en la sobrecarga del cuidador ha sido ampliamente contrastada en la bibliografía^{6-11,47-52}. En nuestro estudio, el apoyo social se ha diferenciado en dos aspectos, afectivo y confidencial, si bien ninguno de ellos ha resultado influir de forma más significativa en la sobrecarga del cuidador. Por el contrario, otros autores han señalado matices en el tipo de apoyo. Así, es el apoyo emocional el que más protege del estrés⁵³ y los cuidadores con mayor apoyo emocional y nivel de habilidad tienen menor riesgo de presentar depresión⁵⁴. Por otra parte, un mayor apoyo percibido disminuye el efecto de los estresores sobre el cuidador en parte manteniendo o aumentando su control situacional¹⁶.

A pesar de que para algunos autores los estresores primarios y las variables psicosociales explican el 49-63% de la variabilidad en la respuesta al estrés y este

proceso se muestra estable a corto plazo⁵⁵, en nuestro estudio hemos incluido las estrategias de afrontamiento que se correlacionaban con la sobrecarga de forma lineal. Así, los resultados muestran que la única estrategia de afrontamiento que explicaba la sobrecarga del cuidador era la «huida-avoidance». Este resultado es similar al hallado por Matsuda⁵⁶, quien encontró que, además de la «huida», la estrategia de «confrontación» también se asociaba a una mayor sobrecarga con los cuidados. Para este autor, la influencia de las estrategias de afrontamiento en la sobrecarga era superior a la de los trastornos de conducta y la gravedad del deterioro cognitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grad J, D'Alarcon, Sainsbury P. An evaluation of the effects of caring for aged at home. *Psychiatric Disorders in the aged*. W.P.A. Symposium, Manchester. 1965: Geigy.
2. Burns A, Rabins P. Carer burden in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:S9-S13.
3. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 1990; 30:583-94.
4. Hooker K, Frazier LD, Monahan DJ. Personality and coping among caregivers of spouses with dementia. *Gerontologist* 1994;34:386-92.
5. Artaso B, Goñi A, Gómez AR. Factores influyentes en la sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia. *Rev Psicogeriatría* 2001; 1:18-22.
6. Clyburn LD, Stones MJ, Hadjstavropoulos T, Tuokko H. Predicting caregivers burden and depression in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 2000;55B:S2-S13.
7. Garre-Olmo J, Hernández-Ferrándiz M, Lozano-Gallego M, Vilalta-Franch J, Turón-Estrada A, Cruz-Reina MM, et al. Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol* 2000;31:522-7.
8. Harwood DG, Barker WW, Ownby RL, Bravo M, Agüero H, Duara R. Predictors of positive and negative appraisal among Cuban American caregivers of Alzheimer's disease patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15:481-7.
9. Coen RF, Swanwick GRJ, O'Boyle CA, Coakley D. Behaviour disturbance and other predictors of carer burden in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:331-6.
10. Bédard M, Molloy DW, Pedlar D, Lever JA, Stones MJ. Associations between dysfunctional behaviors, gender, and burden in spousal caregivers of cognitively impaired older adults. *Int Psychogeriatr* 1997;9:277-90.
11. Grafström M, Winblad B. Family burden in the care of the demented and nondemented elderly: a longitudinal study. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1995;9:78-86.
12. Vernooij-Dassen MJF, Persson JMG, Fellin AJA. Predictors of sense of competence in caregivers of demented persons. *Soc Sci Med* 1996; 43:41-9.
13. McNaughton ME, Patterson TL, Smith TL, Grant I. The relationship among stress, depression, locus of control, irrational beliefs, social support, and health in Alzheimer's disease caregivers. *J Nerv Ment Dis* 1995;183: 78-85.
14. Brashares HJ, Catanzaro SJ. Mood regulation expectancies, coping responses, depression, and sense of burden in female caregivers of Alzheimer's patients. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:437-42.
15. Morris LW, Morris RG, Britton PG. Cognitive style and perceived control in spouse caregivers of dementia sufferers. *Br J Med Psychol* 1989; 62:173-9.
16. Atienza AA, Collins R, King AC. The mediating effects of situational control on social support and mood following a stressor: a prospective study of dementia caregivers in their natural environments. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001;56:S129-S39.
17. Gignac MAM, Gottlieb BH. Caregiver's appraisals of efficacy in coping with dementia. *Psychol Aging* 1996;11:214-25.
18. Saad K, Hartman J, Ballard C, Kurian M, Graham C, Wilcock G. Coping by the carers of dementia sufferers. *Age Ageing* 1995;24:495-8.
19. Reis MF, Gold DP, Andres D, Markiewicz D, Gauthier S. Personality traits as determinants of burden and health complaints in caregiving. *Int J Aging Hum Dev* 1994;39:257-71.
20. Lobo A, Esquerro J, Gómez Burganda F, Sala JM, Seva Díaz A. El mini-examen cognoscitivo (un «test» sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos). *Actas Luso-Espa Neurol Psiquiatr* 1979;7:189-202.
21. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
22. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
23. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;28:32-40.
24. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44:2308-14.
25. Vilalta-Franch J, Lozano-Gallego M, Hernández-Ferrándiz M, Llinás-Figal J, López Pousa S, López OL. Neuropsychiatric Inventory. Psychometric properties of this adaptation into Spanish. *Rev Neurol* 1999; 29: 15-9.
26. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist* 1980;20:649-55.
27. Martín M, Salvador I, Nadal S, Miji LC, Roca JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol* 1996;6:338-46.
28. Sánchez Tuset M, Cordero Pando A, Seisdedos Cubero N. EPI. Cuestionario de personalidad (HJ Eysenck, SBG Eysenck). Adaptación española. Madrid: TEA, 1984.
29. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Personal Soc Psychol* 1986;50:992-1003.
30. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. *J Personal Soc Psychol* 1988;54:466-75.
31. Sánchez-Cánovas J. Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En: Bueda-Casal G, Caballo VE editores. *Manual de psicología aplicada*. Madrid: Ediciones Siglo XXI, 1991.
32. Broadhead WE, Gehlbach SH, De Gruy FW, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire. Measurement of social support in Family Medicine patients. *Med Care* 1988;26:709.
33. De la Revilla Ahumada L, Bailón E, De Dios Luna J, Delgado A. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten primaria* 1991;8:688-92.
34. Cantor MH. Strain among caregivers: a study of experience in the United States. *Gerontologist* 1983;23:597-604.
35. Gilleard CJ, Belford H, Gilleard E, Gledhill K, Whittick JE. Emotional distress amongst the supporters of the elderly infirm. *Br J Psychiatry* 1984; 145:172-7.
36. Coope B, Ballard C, Saad K, Patel A, Bentham P, Bannister C, et al. The prevalence of depression in the carers of dementia sufferers. *Int J Geriatr Psychiatry* 1995;10:237-42.
37. Horowitz A. Sons and daughters as caregivers to older parents: differences in role performance and consequences. *Gerontologist* 1985;25: 612-7.
38. Gallicchio L, Siddiqi N, Langenberg P, Baumbarten M. Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:154-63.
39. Artaso B, Goñi A, Gómez AR. Sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia: demanda en un centro de día psicogeriátrico en Navarra. *Geriatrka* 2001;17:39-43.
40. Eagles JM, Craig A, Pawlinson F, Restall DB, Beatties JAG, Besson JAO. The psychological well-being of supporters of the demented elderly. *Br J Psychiatry* 1987;150:293-8.
41. Reese DR, Gross AM, Smalley DL, Messer SC. Caregivers of Alzheimer's disease and stroke patients: immunological and psychological considerations. *Gerontologist* 1994;34:534-40.
42. Livingston G, Manela M, Katona C. Depression and other psychiatry morbidity in carers of elderly people living at home. *BMJ* 1996;312:153-6.

43. Ory MG, Hoffman RR, Yee JL, Tennstedt S, Schulz R. Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *Gerontologist* 1999;39:177-85.
44. Monahan DJ, Hooker K. Health of spouse caregivers of dementia patients: the role of personality and social support. *Soc Work* 1995;40:305-14.
45. Bookwala J, Schulz R. The role of neuroticism and mastery in spouse caregiver's assessment of and response to a contextual stressor. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998;53:155-64.
46. Intrieri RC, Rapp SR. Self-control skillfulness and caregiver burden among help-seeking elders. *J Geront* 1994;49:19-23.
47. Lieberman MA, Fisher L. The impact of chronic illness on the health and wellbeing of family members. *Gerontologist* 1995;35:94-102.
48. Donaldson C, Tarrier N, Burns A. The impact of the symptoms of dementia on caregivers. *Br J Psychiatry* 1997;170:62-8.
49. Gold DP, Cohen C, Shulman K, Zuccherro C, Andres D, Elezadi J. Caregiving and dementia: predicting negative and positive outcomes for caregivers. *Int J Aging Hum Dev* 1995;41:183-201.
50. Goode KT, Haley WE, Roth DL, Ford GR. Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: a stress process model. *Health Psychol* 1998;17:190-8.
51. Schneider J, Murray J, Banerjee S, Mann A. Eurocare: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I- factors associated with carer burden. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14:651-61.
52. Annerstedt L, Elmstahl S, Ingvad B, Samuelsson S. Family caregiving in dementia: an analysis of the caregiver's burden and the «breaking-point» when home care becomes inadequate. *Scand J Public Health* 2000; 28:23-31.
53. Miller B, Townsend A, Carpenter E, Montgomery RV, Stull D, Young RF. Social support and caregiver distress: a replication analysis. *J Gerontologist* 2001;56:S249-S56.
54. Yates ME, Tennstedt S, Chang BH. Contributors to and mediators of psychological well-being for informal caregivers. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999;54:12-22.
55. Vedhara K, Shanks N, Anderson S, Lightman S. The role of stressors and psychosocial variables in the stress process: a study of chronic caregiver stress. *Psychosom Med* 2000;62:374-85.
56. Matsuda O. The effect of coping on the caregiver of elderly patients with dementia. *Psychiatry Clin Neurosci* 1995;49:308.