

El cuidador del paciente con demencia: aplicación del test Índice del Esfuerzo del Cuidador

M.J. Gómez-Ramos^a y F.M. González-Valverde^b

^aServicio de Medicina Interna. Hospital USP San Carlos. Murcia. España.

^bServicio de Cirugía General. Hospital de la Vega Baja. Orihuela. Alicante. España.

RESUMEN

Introducción: un número creciente de ancianos con demencia es atendido en nuestros hospitales por miembros de su familia. En estas condiciones, la prolongación de los cuidados puede favorecer la aparición de una carga excesiva para los allegados y llevar al fracaso de la atención familiar. El objetivo de este estudio ha sido establecer la posible aplicación de un índice del esfuerzo del cuidador (*Caregiver Burden Scale*) para valorar la carga entre cuidadores de personas con demencia en el ámbito hospitalario.

Pacientes y método: se evaluó a los ancianos con demencia ingresados en nuestro hospital y las características de sus cuidadores principales, mayoritariamente familiares directos. Los cuidadores profesionales fueron excluidos. El grado de esfuerzo fue medido con la Escala de Carga del Cuidador. Se utilizó un modelo de regresión logística para determinar la influencia de diferentes factores sobre el agotamiento del cuidador.

Resultados: un total de 80 pacientes (20 varones y 60 mujeres; edad media, 82,4 años) y sus 80 familiares-cuidadores (27% varones, 73% mujeres) fueron incluidos en el estudio. La puntuación media del test fue de 9,28. De acuerdo con esta escala, el 75% de los cuidadores se encontraba bajo un alto o muy alto grado de estrés. El mayor grado de carga estaba relacionado de forma estadísticamente significativa con alteraciones físicas (molestias musculares) y mentales (ansiedad) en el cuidador principal.

Conclusiones: nuestros resultados coinciden con los de estudios anteriores e indican que el test *Caregiver Burden Scale* puede ser empleado como un instrumento sencillo y fácil de aplicar para identificar el exceso de carga entre los cuidadores-familiares de nuestros pacientes. Este simple índice puede ser de utilidad en el ámbito hospitalario en cualquier evaluación que examine las relaciones de cuidado y dependencia.

El grado de esfuerzo experimentado estaba relacionado de forma estadísticamente significativa con la salud del cuidador principal, aunque no con una mayor demanda de atención médica.

Palabras clave

Demencia. Carga del cuidador. Esfuerzo. Síndrome del cuidador. Anciano.

Correspondencia: Dr. M.J. Gómez-Ramos.

Hospital USP San Carlos.

Miguel Hernández, s/n. 30002 Murcia. España.

Correo electrónico: mjgramos@ole.com

Recibido el 7-03-03; aceptado el 28-02-04.

Caregivers of dementia patients: application of the Caregiver Burden Scale

ABSTRACT

Introduction: an increasing number of demented elderly patients are attended in our hospitals by family members. In these conditions, long-term caregiving may become an intolerable strain for their relatives and may lead to the failure of family care. The purpose of this study was to establish the possible application of a caregiver strain index (*Caregiver Burden Scale [CBS]*) in the assessment of burden in the caregivers of hospitalised individuals with dementia.

Patients and method: elderly demented patients with disability and dependency admitted to our hospital and their main caregivers, mostly direct family members, were evaluated. Professional caregivers were excluded. Strain levels among care providers were measured by the 13-item CBS. Logistic regression analysis was performed to examine the effects of different factors associated with caregiver strain.

Results: eighty patients (20 men, 60 women, mean age 82.4 years) and their 80 primary informal caregivers (27% men, 73% women) were included. The mean CBS score was 9.28. According to this scale, 75% of caregivers found themselves under high or even extremely high levels of stress (CBS > 7). The level of perceived burden was statistically significantly correlated with physical (musculoskeletal pain) and mental (anxiety) disability.

Conclusions: our results reproduce previous findings and suggest that the CBS can be used as a simple and easily administered instrument, which identified strain within our sample of informal care providers. This simple index might be usefully included in any interview or assessment package that examines intergenerational relations involving dependency and hospital care.

The level of strain experienced by caregivers was significantly associated with their health but not with a greater demand for medical care.

Key words

Demencia. Caregiver burden. Strain. Caregiver syndrome. The elderly.

INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios¹⁻⁶ demuestran que la demencia, sea cual sea su origen, no afecta únicamente a quien la

padece, sino que es sufrida de forma directa e importante por todo su entorno familiar. El aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados ha conllevado un crecimiento del grupo de población con edad superior a los 65 años⁷. Este grupo presenta una alta prevalencia de enfermedades crónicas², entre las que destaca la demencia como uno de los principales problemas de la salud de los países occidentales¹.

La demencia se acompaña de un deterioro físico y mental progresivo e irreversible que incapacita al paciente para valerse por sí mismo. Esta situación lleva parejo un aumento de la demanda de ayuda médica, social y familiar, que no siempre puede ser atendida de forma adecuada. En la mayoría de los casos, el enfermo recibe todos los cuidados que precisa de un solo miembro de su familia³⁻⁶, conocido como «cuidador principal», lo que comporta variaciones importantes en el ámbito familiar, tanto en la organización y el esfuerzo físico como en los cambios emocionales y conductuales, que pueden generar inestabilidad en las familias^{8,9}. Además, se han descrito alteraciones físicas, psicosomáticas y emocionales en el cuidador principal que se enmarcan dentro del conocido como síndrome del cuidador⁴.

El estudio de la figura del cuidador aparece por primera vez en los trabajos de Claussen y Yarrow¹⁰ en 1955 y, posteriormente, en los de Grad y Sinsbury¹¹ y Kreitman¹², en los que se introduce el concepto de «carga del cuidador». La «carga» fue definida como el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados¹³.

La previsión para los próximos años se inclina hacia un aumento de pacientes con demencia, con el consiguiente incremento del número de cuidadores y, por tanto, de las enfermedades asociadas². En nuestro servicio ingresa una media de 250 pacientes al año con algún tipo de demencia, lo que supone al menos el mismo número de acompañantes con riesgo de padecer síndrome del cuidador. Sin embargo, su diagnóstico y tratamiento son relegados —como en la mayoría de los servicios— debido a que la carga asistencial es elevada y, por tanto, resulta imposible evaluar al cuidador además de al paciente. Sería necesario un método sencillo y rápido que detectara los posibles casos de agotamiento, que permitiera así su prevención.

Se han propuesto varias escalas para valorar la carga de trabajo que presenta el cuidador principal, como el Zarit Burden Interview¹⁴, el Caregiver Stress Test¹⁵ y la Caregiver Burden Scale¹⁶, entre otras. Se utilizan en la detección precoz del síndrome del cuidador para poder actuar antes de que se manifieste o, en el caso de que esté ya establecido, proporcionar al cuidador los medios necesarios para restablecer su equilibrio físico y mental. El objetivo final de estos índices no es otro que evitar la aparición de enfermedades en el cuidador principal y su

repercusión, tanto física como emocional (abandono, rechazo, institucionalización, etc.), sobre el paciente demente.

La mayoría de estas encuestas supone una entrevista excesivamente larga y detallada, lo que limita su uso en los abarrotados servicios de agudos. El objetivo de nuestro estudio se centra en valorar la utilidad del test Índice del Esfuerzo del Cuidador (*Caregiver Burden Scale*), una escala corta (13 ítems) con 2 únicas posibilidades de respuesta (sí o no), como herramienta útil para detectar precozmente signos o síntomas del síndrome del cuidador en acompañantes de pacientes ingresados en un hospital por una enfermedad aguda y poder actuar en consecuencia.

PACIENTES Y MÉTODO

Se trata de un estudio transversal sobre los cuidadores de pacientes con demencia de cualquier etiología, diagnosticada por el Servicio de Neurología o específicamente por la Unidad de Demencia del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, que ingresaron en la planta de agudos de Medicina Interna del Hospital USP San Carlos de Murcia en los primeros 6 meses del año 2003. Dicho centro es un hospital de primer nivel con un área de hospitalización de 40 camas concertada con el Servicio Murciano de Salud. La media de ingresos por año es de 600 pacientes, y las principales afecciones que motivaron dicho ingreso fueron: demencia y complicaciones asociadas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad cardíaca crónica reagudizada.

Se realizó una encuesta por cada paciente ingresado, seleccionando al cuidador principal del paciente. Siempre se localizó al cuidador principal, ya que la atención es de 24 h (12 de presencia y 12 de guardia). En ocasiones, la encuesta se realizó a horas inusuales para localizar al cuidador principal. Solamente en el caso de cuidados rotatorios o de pacientes con cuidadores profesionales se realizó al familiar que estaba el día de la encuesta.

La encuesta constaba de 2 partes (anexo 1): en la primera parte de la encuesta se abordaron, además de cuestiones epidemiológicas, las variables relacionadas con la sintomatología propia del síndrome del cuidador^{1,3,17}:

1. Problemas físicos, resumidos en la variable «molestias», entre las que se consideran: cefaleas, lumbalgias, dorsalgias, cervicalgias y dolores musculares inespecíficos.
2. Problemas psíquicos, que agrupamos bajo la variable «ansiedad» y en la que se consideró la toma de algún fármaco ansiolítico o antidepresivo, de comienzo en los últimos 6 meses.

ANEXO I. Encuesta sobre el Índice del Esfuerzo del Cuidador

Paciente

Sexo:

Edad:

Tipo de enfermedad:

Tiempo de evolución:

Deterioro físico: leve moderado grave

Cuidador

Sexo:

Edad:

Molestias musculares: no sí (defínalas):
 (Se consideran: cefaleas, lumbalgias, dorsalgias, cervicalgias y dolores musculares inespecíficos)

Presencia de ansiedad: no sí (defínala):
 (Se considera la toma de algún fármaco ansiolítico o antidepresivo, de comienzo en los últimos 6 meses)

N.º de consultas al médico de familia:
 (Se descartan las visitas para obtener recetas, las relacionadas con el paciente demente o las que tenían diagnósticos clínicos específicos)

Índice del Esfuerzo del Cuidador (*Caregiver Burden Scale*)
 (Anotar sí o no)

1. Tiene trastornos del sueño (p. ej., porque el enfermo se levanta o se acuesta por la noche)
2. El cuidado de su paciente es poco práctico (porque la ayuda le consume mucho tiempo y tarda en proporcionarse)
3. Esta situación le representa un esfuerzo físico (p. ej., porque hay que sentarlo y levantarla de la silla)
4. Le supone una restricción a su vida anterior (p. ej., porque ayudar le limita el tiempo libre y no puede hacer visitas)
5. Ha habido modificaciones en su familia (p. ej., porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)
6. Ha habido cambios en los planes personales (p. ej., tuvo que rechazar un trabajo o no pudo ir de vacaciones)
7. Ha habido otras exigencias de tiempo (por parte de otros miembros de la familia)
8. Ha habido cambios emocionales (p. ej., por discusiones)
9. Algunos comportamientos del paciente le resultan molestos (p. ej., incontinencia, acusa de que le quitan cosas)
10. Le duele darse cuenta de lo mucho que ha cambiado el enfermo comparado a cómo era antes
11. Ha habido modificaciones en su trabajo
12. El enfermo es una carga económica
13. La situación se ha desbordado totalmente

Total puntuación: _____

taron las visitas para obtener recetas, las relacionadas con el paciente demente o las que tenían diagnósticos clínicos específicos).

Una segunda parte correspondía al Índice del Esfuerzo del Cuidador (IEC). Este índice, validado por Robinson en 1983¹⁶, consta de 13 ítems. Cada respuesta positiva se valora con un punto y se establece el punto de corte en 7, puntuación por encima de la cual se considera que existe un alto nivel de esfuerzo. En nuestro ámbito se ha utilizado en varios estudios como instrumento para medir la sobrecarga del cuidador al enfrentarse con determinados factores estresantes y su capacidad de respuesta a éstos^{1,3,17,18}.

Los datos fueron recogidos y procesados en una base de datos del programa SPSS 10 para Windows 98®. El análisis estadístico consta de 3 fases:

1. Análisis descriptivo. Se realizaron distribuciones de frecuencia de cada una de las variables cualitativas y las medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas.

2. Se llevó a cabo un análisis bivariante para la comparación de variables cualitativas (test de la χ^2) y se valoró la fuerza de asociación mediante la *odds ratio* (OR) y su correspondiente intervalo de confianza (IC) del 95%.

3. Adicionalmente, se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística de los factores asociados a la aparición de una mayor puntuación en el IEC y, por tanto, de «alto nivel de esfuerzo» en el estudio bivariante ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Se realizaron 80 encuestas en los primeros 6 meses de 2003. En el apartado relacionado con el enfermo, encontramos que 60 eran mujeres y 20 varones, con una edad media ± desviación estándar (DE) de $82,4 \pm 7,47$ años y diagnosticados principalmente de demencia no especificada o Alzheimer (33%, respectivamente). Respecto al grado de deterioro del paciente, el 60% ($n = 48$) presentaba un deterioro psíquico grave y el 65% de los pacientes ($n = 52$) deterioro físico grave, con una evolución superior a 4 años en el 55% de ellos ($n = 44$).

Asimismo, se entrevistó a 80 cuidadores (tabla 1), de los cuales el 53% ($n = 42$) era el cuidador principal del enfermo; del 47% restante ($n = 38$) había turno rotatorio en el 63%, con un bajo porcentaje de cuidadores profesionales (37%; $n = 14$). Respecto al parentesco con el enfermo, el 60% ($n = 48$) era su hijo y el 15% su pareja.

Las características del cuidador fueron: un 73% ($n = 58$) mujeres con edades comprendidas entre los 40 y los 50

3. Problemas de índole social, recogidos bajo el término «consultas», en los que se valoró la necesidad de mayor atención social canalizada a través de consultas variadas e inespecíficas al médico de familia (se descar-

TABLA 1. Descripción del paciente y su cuidador

<i>Características del enfermo</i>	<i>Características del cuidador</i>
Edad (años)	82,4 ± 7,47
Sexo (mujer)	60 (75%)
Tipo de demencia	
Enfermedad de Alzheimer	26 (33%)
No especificada	26 (33%)
Vascular	8 (10%)
Enfermedad de Parkinson	8 (10%)
Mixta	12 (15%)
Tiempo de evolución (años)	
< 1	7 (12%)
1-4	26 (33%)
> 4	44 (55%)
Deterioro físico	
Leve	8 (10%)
Moderado	20 (25%)
Grave	52 (65%)
Deterioro psíquico	
Leve	8 (10%)
Moderado	24 (30%)
Grave	48 (60%)
Relación con el enfermo	
Hijos	48 (60%)
Pareja	12 (15%)
Sobrinos	8 (10%)
Otros	12 (15%)
Molestias musculares	56 (70%)
Depresión	42 (53%)
Consultas al médico de familia	
< 6	18 (22%)
> 6	62 (78%)
Puntuación IEC	
Media	9,28 ± 3,12
> 7	60 (75%)

IEC: índice de esfuerzo del cuidador.

años y un 70% ($n = 56$) no trabajaban fuera del domicilio. De los posibles varones/cuidadores ($n = 62$), sólo se responsabilizaban del cuidado del enfermo en un 17% ($n = 4$); del 73% restante, un 48% no cuida al familiar, en un 15% lo hacen sus esposas y en un 10% no hay varones en esa familia.

En las cuestiones relacionadas con el síndrome del cuidador, un 70% ($n = 56$) presentaba molestias musculares variadas, un 53% ($n = 42$) tomaba fármacos ansiolíticos, sedantes o antidepresivos de forma periódica en los últimos 6 meses y un 78% ($n = 62$) había acudido a su centro de salud más de 6 veces en los últimos 6 meses (un 35% [$n = 28$] había acudido más de 10 veces en ese período), con una media de $5,34 \pm 1,2$ consultas. La media de puntuación del IEC fue de $9,28 \pm 3,12$, con un 75% ($n = 60$) de cuidadores con una puntuación superior a 7.

En el estudio bivariante (tabla 2) encontramos que, de forma significativa ($p < 0,001$), los pacientes con una puntuación superior a 7 en el IEC (alto nivel de esfuerzo) presentaban mayor frecuencia de molestias musculares,

ansiedad y mayor número de consultas al médico de familia. Al analizar la asociación independiente de estas variables (las categorías y valores asignados se muestran en la tabla 3) en el análisis multivariable, sólo se encontró una relación estadísticamente significativa con la presencia de molestias musculares ($p < 0,001$) y ansiedad ($p < 0,05$); sin embargo, no se encontró ninguna relación entre el número de consultas al médico de familia y el alto nivel de esfuerzo (tabla 4).

DISCUSIÓN

El 73% de los cuidadores de nuestro trabajo era mujer, dato que coincide con la revisión de trabajos realizada por Abengozar y Serra¹⁹. En nuestro país, el cuidado de los ancianos y/o enfermos sigue recayendo en la mujer, bien esposa o hija del afectado. A pesar del estado del bienestar y de la incorporación de la mujer al ámbito laboral, la sociedad no consiente que la mujer adulta o en su primera vejez no se ocupe de los incapacitados de su familia, ya que se considera impropio de su condición²⁰.

TABLA 2. Análisis bivariante

	IEC > 7		R (Pearson χ^2)	p
	No	Sí		
Molestias	5,92 (4,52-6,80)	10,71 (10,30-11,13)	0,518	0,000
Ansiedad	6,85 (5,79-6,91)	10,63 (9,92-11,35)	0,416	0,000
Consultas	5,78 (4,16-6,89)	10,29 (9,72-10,82)	0,756	0,000

IEC: índice de esfuerzo del cuidador.

TABLA 3. Variables independientes: categorías y valores de referencia

	Valor 0	Valor 1
Molestias	No presentar problemas físicos ni molestias musculares varias	Presentar problemas físicos: molestias musculares varias
Ansiedad	No presentar problemas psíquicos	Presentar problemas psíquicos
Consultas	No haber consultado más de 6 veces en los últimos 6 meses	Más de 6 consultas en los últimos 6 meses

TABLA 4. Factores relacionados con un alto nivel de esfuerzo

Alto nivel de esfuerzo (IEC > 7)	Variable independiente	B	OR (IC del 95%)	p
	Molestias	-9,98	0,00 (0,00-5,3 E + 33)	0,0001
	Ansiedad	-2,39	0,09 (0,01-0,08)	0,0333
	Consulta	-4,10	0,01 (0,002-0,1212)	0,8234
	Constante	7,61		0,7494

El papel masculino en este sentido ha sido tradicionalmente la toma de decisiones sobre aspectos fundamentales de la vida del enfermo que luego recaerían sobre la mujer/cuidadora. Sin embargo, son cada vez más los varones de la familia que se responsabilizan de cuidar de forma paritaria a la mujer.

Respecto al efecto de cuidar, los resultados obtenidos en nuestro estudio no difieren en gran medida de los alcanzados por otros estudios similares^{2,21,22}, en los que más del 50% de los cuidadores presentaba molestias musculares o ansiedad. En la mayoría de los estudios valorados²³⁻²⁶, la aparición de síntomas se relaciona con la carga de trabajo que sufre el cuidador (soporte social/familiar, salud del cuidador, deterioro cognitivo y psíquico del paciente, etc.) y, aunque no se ha encontrado una relación directa con la situación evolutiva de la demencia²⁷, sí se ha relacionado con la aparición de alteraciones en la conducta en el enfermo^{28,29}. Estos cambios conductuales tienen lugar habitualmente en las primeras fases de la demencia^{30,31}, por lo que los cuidadores presentarán elevados índices de carga durante muchos años⁶ y, por tanto, una mayor proporción de aparición de trastornos psíquicos y somáticos respecto a los no cuidadores. No es de extrañar que nos encontremos con que los cuidadores con síntomas físicos y psíquicos derivados del acto de

cuidar al paciente demente sean los que presenten un alto índice de esfuerzo (> de 7 puntos) y que dicha relación sea estadísticamente significativa.

El tercer factor en estudio, el número de consultas al médico de familia, aunque es significativamente mayor en el grupo con IEC > 7, no tiene influencia como variable independientemente asociada. Este dato coincide con los resultados de otros estudios consultados, en los que la mayor incidencia de enfermedades (físicas o psíquicas) no generaba mayor demanda que en los no cuidadores², lo que llevó a diversos autores³ a acuñar el término víctimas o pacientes ocultos (*hidden patients*) para designar el síndrome del cuidador. Que sea oculto no significa que no sea grave o que no influya en las vidas del cuidador y del paciente demente. Algunos autores lo relacionan directamente con el precoz internamiento del paciente⁶, y, en el caso del cuidador, se relaciona con numerosas enfermedades^{2,5}, así como trastornos en su entorno familiar³, social y laboral⁶. Todo ello contribuye tanto a un aumento del gasto sanitario (medicación, servicios, bajas laborales, etc.) como a una pérdida de individuos sanos y activos dentro de la sociedad.

Con los datos obtenidos en nuestro estudio observamos 2 hechos: en primer lugar, que los pacientes y fami-

liares estudiados no difieren de los de otros artículos nacionales o extranjeros y que, por tanto, sus datos se pueden cotejar; y en segundo lugar, que de los tres factores analizados, 2 se relacionan directamente con un alto índice de esfuerzo del cuidador y, por tanto, con el riesgo de presentar trastornos relacionados con el hecho de cuidar a un paciente demente o de estar sufriendo en este momento. En cualquier caso, este estudio demuestra la idoneidad del test índice de esfuerzo del cuidador para reconocer a estas posibles víctimas ocultas y aportarles ayuda, incluso antes de que comiencen a presentar la enfermedad.

La utilidad real de esta información, es decir, qué ayudas ofertan la sanidad y la asistencia social para la mejora de la calidad de vida de estas víctimas ocultas debería ser el objetivo de un estudio posterior. Sin embargo, ya apuntamos como primera medida la de promover entre los cuidadores programas de formación para poder afrontar activamente la situación, comprender mejor la enfermedad, y planificar cuidados y descansos, sabiendo utilizar los recursos sociosanitarios existentes^{6,32}. En este apartado cabe destacar la tarea que realizan las distintas asociaciones de familiares de Alzheimer en la formación, asesoramiento y ayuda a las familias afectadas. Otro punto podría ser la creación local (barrios, pueblos o asociaciones vecinales) de grupos de autoayuda destinados a conocer otras experiencias, a comprender que esta enfermedad afecta a otras muchas personas y sus familias y, sobre todo, a disminuir la carga psicológica del hecho de cuidar. Y, por último, coordinar nuestro trabajo con la atención primaria informándoles de los posibles casos para garantizar su seguimiento.

Como resumen, anotaremos que en el marco de un servicio de medicina interna encargado del tratamiento del paciente demente y en el que las posibles enfermedades del cuidador no son una prioridad asistencial, el IEC demuestra ser un test rápido y fiable para detectar a los cuidadores con un alto nivel de esfuerzo y, por tanto, con mayor posibilidad de presentar síndrome del cuidador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lago Canzobre S, Debén Sánchez M. Cuidados del cuidador del paciente con demencia. Actividad de formación continuada «Procesos clínicos en salud mental». Guías Clínicas 2001;1:1-5.
2. López Mederos O, Lorenzo Riera A, Santiago Navarro P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. Aten Primaria 1999;24:404-10.
3. Biurrun Unzúe A. La asistencia a los familiares cuidadores de la enfermedad de Alzheimer. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001;36:325-30.
4. Segura Noguera JM, Bastida Bastús N, Martí Guadaño N, Riba Romeva M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Aten Primaria 1998;22:431-6.
5. Caballé E, Megido MJ, Espinás J, Carrasco RM, Copetti S. La atención de los cuidadores con demencia. Aten Primaria 1999;23:493-5.
6. Gómez Bustó F, Ruiz de Alegria L, Martín AB, San Jorge B, Letona J. Perfil del cuidador, carga familiar y severidad de la demencia en tres ámbitos diferentes: domicilio, centro de día y residencia de válidos. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999;34:141-9.
7. La tercera edad en España: aspectos cuantitativos. Proyecciones de la población española de 60 y más años para 1996-2010. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales 1991; p. 1-210.
8. Baker L. Families and illness. En: Crouch MA, Roberts L, editors. The family medical practice. New York: Springer-Verlag, 1987; p. 97-111.
9. Olsen EH. The impact of serious illness on the family system. Postgrad Med 1979;47:169-74.
10. Claussen J, Yarrow M. The impact of mental illness on the family. J Social Issues 1955;11:3-64.
11. Grad J, Sinsbury P. Mental illness and the family. Lancet 1963;1:544-7.
12. Kreitman N. The patient is spouse. Br J Psychiat 1964;110:159-73.
13. George LK, Gwiter LP. Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. Gerontologist 1986;26: 253-9.
14. Zarith SH, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. Gerontologist 1980;20:649-55.
15. San Diego Country Mental Health Services. The caregivers hand book. San Diego: San Diego Country Mental Health Services, 1990; p. 7-12.
16. Robinson BC. Validation of caregiver strain index. J Gerontol 1983; 38:344-8.
17. Rubio Montañés ML, Sánchez Ibáñez A, Ibáñez Estella JA, Galve Royo F, Martí Talens N, Mariscal Bernal J. Perfil medicosocial del cuidador crucial, ¿se trata de un paciente oculto? Aten Primaria 1995;16:181-6.
18. Moral Serrano MS, Juan Ortega J, López Matoses MJ, Pellicer Magraner P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. Aten Primaria 2003;32:77-83.
19. Abengozar MC, Serra E. Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadoras familiares de ancianos. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997;32:257-69.
20. Marín G, Varó Peral A. Las mujeres y el cuidado de las ancianas. Elche: Assemblea de Dones d'Elx, 1994; p. 1-4.
21. Díez J, Redondo JL, Arróniz G, Giacchi M. Malestar psíquico en cuidadores de familiares de personas confinadas en su domicilio. Medifam 1995;3:124-30.
22. Rubio ML, Sánchez A, Ibáñez JA, Galve F. Perfil médico-social del cuidador crucial. ¿Se trata de un paciente oculto? Aten Primaria 1995;16:181-5.
23. Harper S, Wives LD. Husbands and daughters caring for institutionalized and non institutionalized dementia patients: toward a model of caregiver burden. Int J Aging Human Development 1990;30:241-62.
24. Stull D, Koloski K, Kercher K. Caregiver burden and generic well-being: opposite sides of the same coin? Gerontologist 1994;34:88-94.
25. Walter PG, Chiriboga DA, Black SA. Comparison of mental status tests: implications for Alzheimer's patients and their caregivers. J Gerontol 1994;49:44-51.
26. García Tirado MC, Torío J. Repercusiones de la demencia en la familia y en el cuidador principal del paciente. Medifam 1996;6:47-55.
27. Vitiliano P, Young H, Russo J. Burden: a review of measures used among caregivers of individuals with dementia. Gerontologist 1991;31:67-75.
28. Gilley DW, Wilson RS, Beckett LA, Evans DA. Psychotic symptoms and physically aggressive behavior in Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc 1997; 45:1074-9.
29. Knopman DA, Kitto J, Beinard S, Heiring J. Longitudinal study of death and institutionalization in patients with primary degenerative dementia. J Am Geriatr Soc 1988;36:108-12.
30. Teunisse S, Derix M, Van Crevel H. Assessing the severity of dementia. Patient and caregiver. Arch Neurol 1991;44:61-71.
31. Hornillos M, Martín B, Robledillo R. Demencia, manejo diagnóstico y terapéutico. Medicine 1995;6:3910-8.
32. Cohen CA, Gold DP, Shulman KI, Wortley JT, McDonald G, Wargon M. Factors determining to institutionalize dementing individuals: a prospective study. Gerontologist 1993;33:714-20.