

Sentido del cuidado y sobrecarga

María Fernández-Capo y Pilar Gual-García

Área de Psicología y Psiquiatría. Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona. España.

RESUMEN

Introducción: los cuidadores de enfermos de Alzheimer muestran altos grados de sobrecarga y, a menudo, también síntomas de ansiedad y/o depresión.

Objetivo: estudiar la relación existente entre la variable sentido del cuidado y el grado de sobrecarga y la presencia de morbilidad psiquiátrica (ansiedad y depresión) en familiares que tienen a su cargo el cuidado prolongado de un enfermo de Alzheimer.

Material y métodos: los sujetos de este estudio fueron 80 cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. Además de recoger las características sociodemográficas de estos cuidadores, se emplearon los siguientes instrumentos: la Escala de Sentido del Cuidado, versión castellana de la Finding Meaning Through Caregiving Scale, la Escala de SobreCarga del Cuidador y, para estudiar la morbilidad psiquiátrica, el Cuestionario de Salud General.

Resultados y conclusiones: se obtuvo una relación inversamente significativa entre la puntuación de sentido total del cuidado y las puntuaciones de sobreCarga ($p < 0,01$), ansiedad ($p < 0,05$) y depresión ($p < 0,05$) de los cuidadores. Es decir, en la medida en que los cuidadores refirieron encontrar un sentido a su tarea, su grado de sobreCarga y morbilidad psiquiátrica se redujo de manera significativa. Por tanto, es importante tener en cuenta la variable sentido en futuras evaluaciones e intervenciones con estos cuidadores.

Palabras clave

Enfermedad de Alzheimer. Cuidadores familiares. Sentido del cuidado. SobreCarga. Morbilidad psiquiátrica.

Finding meaning of caregiving and overload

ABSTRACT

Introduction: caregivers of Alzheimer patients show high levels of burden and, frequently, symptoms of anxiety and/or depression.

Objective: to analyze the relationship between finding meaning in caregiving and the degree of burden and the presence of psychiatric morbidity (anxiety and depression).

Estudio becado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS). Proyectos de Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Expediente PI/042322.

Correspondencia: M. Fernández-Capo.
Universitat Internacional de Catalunya.
Inmaculada, 22. 08022 Barcelona. España.
Correo electrónico: mariafc@csc.unica.edu

Material and method: the study sample was composed of 80 family caregivers of Alzheimer patients. The social-demographic data and characteristics of this group were gathered and the following instruments were used: the Spanish version of the Finding Meaning Through Caregiving Scale, The Burden Inventory Interview and, to assess the presence of psychiatric morbidity in the caregiver, the General Health Questionnaire was used.

Results and conclusions: a significant inverse relationship was found between the score for total meaning of care and the scores for burden ($p < 0.01$), anxiety ($p < 0.05$) and depression ($p < 0.05$) among caregivers. That is, when caregivers indicated that they found meaning in caregiving, their level of additional burden and psychiatric morbidity was significantly reduced. Therefore, the variable of meaning should be taken into account in future evaluations and interventions in the caregivers of Alzheimer's patients.

Key words

Alzheimer's disease. Family caregivers. Meaning in caregiving. Burden. Psychiatric morbidity.

INTRODUCCIÓN

La longevidad alcanzada en nuestros días hace necesario preparar a nuestra sociedad y sus individuos para el envejecimiento. Debemos enseñar y aprender a vivir con ancianos y de manera muy especial a cuidarlos cuando éstos enferman. En los últimos años los estudios epidemiológicos revelan un notable incremento de enfermos de Alzheimer. Debido a las características clínicas de esta enfermedad, a muchos de estos enfermos se los cuida en el entorno familiar. Ello se suele traducir en un impacto negativo para estas familias y más concretamente para el llamado cuidador principal, por ser él quien asume la responsabilidad esencial del cuidado de su familiar enfermo. Estos cuidadores están sometidos a una fuerte sobreCarga, por lo que se los nombra las «segundas víctimas» del Alzheimer. Esta sobreCarga se ha definido y descrito de forma amplia en las publicaciones. Al revisar los principales trabajos, observamos que el concepto no es homogéneo¹, aunque todos los estudios coinciden en señalar las repercusiones físicas y psicológicas en el cuidador²⁻⁵. Así, un cuidador sobreCargado puede presentar síntomas de insomnio, fatiga crónica, aislamiento, problemas físicos, falta de concentración y pérdida de memoria, aumento o disminución del apetito, irritabilidad, cambios frecuentes de humor, etc.

Junto a la sobrecarga, otra de las consecuencias negativas del cuidado continuado de un paciente con enfermedad de Alzheimer es la aparición de algunas alteraciones psicopatológicas en el cuidador⁶. Varios estudios observan que los cuidadores de enfermos de Alzheimer, además de una mayor carga^{7,8}, presentan mayores grados de síntomas psiquiátricos con respecto a otros grupos⁹. Martín Carrasco et al⁵ hallaron con el General Health Questionnaire¹⁰ índices de morbilidad psiquiátrica del 20,7% en cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer.

La sintomatología psiquiátrica mayoritariamente estudiada ha sido la depresión^{9,11,12}. En el estudio de revisión de Ballard et al¹³, se recogen cifras sobre prevalencia de depresión en cuidadores de pacientes con demencia que van desde el 14 hasta el 50%. Rigaud¹⁴ halló que el 50% de los cuidadores presentaban depresión pero sólo entre un 10 y un 20% se trataba médica mente. Coope et al¹⁵ reportaron prevalencias de depresión del 29% para cuidadores de demencia, Gallagher et al¹⁶, Shua-Haim et al¹⁷ y Covinsky et al¹⁸ encontraron índices de depresión clínica en el 18, el 32 y el 38% de su muestra de cuidadores de enfermos de Alzheimer, respectivamente. Esta sintomatología depresiva parece ser más frecuente en la mujer cuidadora^{11,16}.

Sin embargo, aunque la mayoría de los cuidadores llevan una gran carga de estrés, cada vez son más los autores que indican importantes diferencias individuales en el grado en que estos cuidadores experimentan las consecuencias del cuidado prolongado, según su habilidad para afrontar la enfermedad de su familiar¹⁹⁻²². El mismo proceso de enfermedad puede conllevar aspectos positivos. Cuidar a una persona mayor puede ser, a pesar de las dificultades y la dureza de la situación, una experiencia también satisfactoria para el cuidador.

Se ha estudiado una serie de factores dependientes del cuidador que pueden colaborar en aumentar la sensación de malestar o sobrecarga o, por el contrario, actuar como factores protectores de la aparición de estos sentimientos. En un estudio en el cual se comparó a las esposas y los esposos cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer²³, se observó que una cuarta parte de los varones referían que el hecho de tener que cuidar de su esposa intensificó su compromiso con respecto al matrimonio y aumentó los sentimientos de felicidad y amor. Ocurre así cuando el cuidado supone luchar por alguien a quien se quiere, a quien se desea expresar cariño e interés. Así, en ocasiones, los cuidadores descubren que poseen unas cualidades que hasta entonces no conocían y no son pocos los que manifiestan haber evolucionado como personas.

Varios trabajos publicados en los últimos años comienzan a tener en cuenta la dimensión espiritual en el cuidado global del paciente²⁴⁻²⁹. En el estudio de Montenko³⁰ se constata que el sentido del cuidado es uno de los fac-

tores más importantes para el bienestar del cuidador. Esta conclusión se ve reforzada por los resultados obtenidos por Noonan y Tennstedt³¹, quienes, en su innovador estudio, demostraron que hallar un sentido al cuidado mejoraba los índices de depresión y autoestima de los cuidadores. Paralelamente, Farran et al²⁰ realizaron un estudio que indica que hallar un sentido al cuidado puede ayudar a aceptar mejor esta experiencia y a perdurar más tiempo en el rol de cuidador.

En nuestro trabajo, se ha estudiado esas diferencias individuales, en concreto, la relación entre la variable sentido del cuidado y el grado de sobrecarga y la morbilidad psiquiátrica (ansiedad y depresión). También se ha analizado la relación entre el sentido del cuidado y las variables sexo y relación de parentesco del cuidador principal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los sujetos de este estudio fueron 80 cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. El reclutamiento de cuidadores se llevó a cabo en distintas instituciones médicas y asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer. Todos eran cuidadores principales que cumplían los siguientes criterios de inclusión: ser cuidador familiar de un paciente con enfermedad de Alzheimer y haber tenido como mínimo en los últimos 6 meses la responsabilidad principal del cuidado.

Los cuidadores de este estudio presentaban un rango de edad entre 36 y 87 años, con una media de 62 años. El 71,3% de los cuidadores eran mujeres y el 28,7%, varones. La relación de parentesco con el paciente fue, principalmente, de cónyuges (53,3%) e hijos (41,3%), y sólo un 5,4% estaba representado por otros familiares. Este perfil es similar al hallado previamente por otros autores^{8,32-38}.

Para llevar a cabo nuestro estudio se emplearon los siguientes instrumentos:

– Escala de Sentido del Cuidado (ESC), que corresponde a la versión española de la *Finding Meaning Through Caregiving Scale*³⁹, traducida y validada en España por Fernández-Capo et al⁴⁰. Se trata de una escala autoadministrada que evalúa el sentido del cuidado en cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. Consta de 43 ítems que se agrupan en 3 subescalas. La subescala Pérdida e indefensión (PI) está formada por 19 ítems que reflejan sentimientos de pérdida con respecto al familiar enfermo, frente a uno mismo y sentimientos de indefensión y falta de control ante la situación. Las puntuaciones de esta subescala van de 19 a 95. La subescala Sentido provisional (SP) consta de 17 ítems que pretenden explorar cómo los cuidadores encuentran sentido a su día a día mediante el cuidado. Refleja los valores del cuidador en relación a los aspectos positivos de la vida y el cuidado, las decisiones personales tomadas y el modo en que los cuidadores encuentran pequeñas satisfacciones en su situa-

ción actual. Esta subescala puntuá de 17 a 85. La subescala Sentido último (SU) consta de 7 ítems que incluyen cuestiones relacionadas con aspectos religiosos o espirituales de la persona. Puntuá de 7 a 35. Cada ítem se evalúa mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (1: totalmente en desacuerdo; 2: en desacuerdo; 3: indiferente; 4: de acuerdo, y 5: totalmente de acuerdo). Completarla requiere de 10 a 15 min. El instrumento no tiene punto de corte y la puntuación total de la escala (Sentido total; ST) oscila entre 43 y 215. Cuanto más elevadas son las puntuaciones, más sentido refieren tener los cuidadores.

– Escala de sobrecarga del cuidador, que corresponde a la versión española de la escala *Caregiver Burden Inventory*⁴¹, validada por Martín Carrasco et al⁴². Consta de 22 ítems para evaluar la sobrecarga del cuidador. Cada ítem se evalúa mediante una escala tipo Likert con 5 posibles respuestas que van desde «nunca» a «casi siempre» y que puntuán entre 1 y 5. El rango de puntuaciones oscila de 22 a 110. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems con los siguientes puntos de corte: 22-46, sin sobrecarga; 47-55, sobrecarga leve, y 56-110, sobrecarga intensa.

– Cuestionario de Salud General (GHQ-28)¹⁰ en su versión española validada por Lobo et al⁴³. Es un instrumento internacionalmente utilizado para la detección de la probabilidad de un caso psiquiátrico. Está formado por ítems referidos a síntomas subjetivos de estrés psicológico, manifestaciones somáticas frecuentemente asociadas a ansiedad y depresión y dificultades de relación y en el cumplimiento de los roles sociales, familiares y profesionales. Ante cada uno de estos ítems el sujeto ha de señalar si en las últimas semanas su funcionamiento ha sido mejor de lo habitual, igual, peor o mucho peor. Se trata de una valoración mediante una escala tipo Likert de 4 puntos. En el presente trabajo ha sido empleada para evaluar los índices de ansiedad y depresión del cuidador principal.

En primer lugar, se solicitó la aprobación del estudio al Comité de Ética de Investigación del Centro Investigador. Una vez obtenido, se contactó con los directores y/o responsables de cada uno de los centros que iban a participar con el fin de informarles de los objetivos y los instrumentos que se iban a utilizar y para solicitar su colaboración. A todos los cuidadores que dieron su con-

sentimiento para participar en el estudio se les entregó un sobre que contenía una carta en la que se les explicaba el objetivo de la investigación, un documento de consentimiento informado que debían firmar, un cuestionario que recogía las características sociodemográficas del cuidador y un ejemplar de cada una de las escalas que debían completar. En el sobre constaban los datos y dirección del centro investigador. Una vez completado el cuestionario y las escalas, los sujetos debían enviarlos por correo, con franqueo en destino. Un total de 125 cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer accedieron a participar en el estudio. El índice de respuesta obtenido por correo fue del 68%. Es decir, de los 125 sobres distribuidos, se recibió un total de 85. Entre ellos, uno fue considerado no válido por haberlo completado un cuidador no familiar. Otros 4 fueron devueltos sin cumplimentar. Así, la muestra definitiva quedó formada por 80 cuidadores.

Se codificó y completó todos los datos en PC mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 11.5. Se realizó el análisis inferencial en función de los objetivos planteados. En todos los tests estadísticos se fijó un intervalo de confianza del 95%. Mediante el coeficiente de correlación de Pearson se estudió la relación entre el sentido del cuidado y las variables sobrecarga y morbilidad psiquiátrica del cuidador. Se realizó análisis de la varianza (ANOVA) de las variables numéricas usando las variables categóricas como factor. En una de las relaciones bivariadas (sexo del cuidador) entre numéricas y categóricas los grupos formados eran de muy diferente tamaño, por lo que los tests paramétricos, según su robustez, podrían conducir a resultados erróneos. En este caso, se ha procedido a la comparación mediante el test no paramétrico Z de Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS

La media obtenida en la subescala ST de la ESC fue de 134,5 (valor mínimo obtenido, 80 y máximo obtenido, 180). Por lo que se refiere al resto de las subescalas, las puntuaciones obtenidas quedan recogidas en la tabla 1.

La puntuación media obtenida en la escala de sobrecarga del cuidador fue de $62,9 \pm 15,09$ (rango, 30-104). La

TABLA 1. Puntuaciones medias, desviación estándar (DE), rango, asimetría y Kurtosis obtenidos por los cuidadores en la Escala de Sentido del Cuidado

Subescalas	Media ± DE	Rango	Asimetría	Kurtosis
PI	65,3	$11,8 \pm 30-95$	-0,17	0,77
SP	62,5	$10,4 \pm 31-85$	-0,23	0,33
SU	23,2	$5,9 \pm 9-35$	-0,01	-0,31
ST	134,5	$18,5 \pm 80-180$	0,17	1,28

PI: pérdida e indefensión; SP: sentido provisional; SU: sentido último; ST: sentido total.

TABLA 2. Puntuaciones medias, desviación estándar (DE), rango, asimetría y Kurtosis obtenidos por los cuidadores en la Escala de Sobrecarga y el GHQ-28

	Media ± DE	Rango	Asimetría	Kurtosis
Sobrecarga	62,9 ± 15,09	30-104	0,10	0,05
Ansiedad	4,24 ± 2,30	0-7	-0,50	-0,87
Depresión	1,25 ± 1,84	0-7	1,37	0,74

TABLA 3. Estudio de correlación de Pearson entre las distintas subescalas de la Escala de Sentido del Cuidado y el grado de sobrecarga y morbilidad psiquiátrica de los cuidadores

Variables	PI	SP	SU	ST
Grado de sobrecarga	0,673**	-0,158	-0,133	-0,614**
Ansiedad	0,573**	0,140	0,139	-0,287*
Depresión	0,526**	0,052	0,055	-0,335**

PI: pérdida e indefensión; SP: sentido provisional; SU: sentido último; ST: sentido total.

*p < 0,05. **p < 0,01.

TABLA 4. Análisis de la varianza (ANOVA) o test no paramétrico entre las distintas subescalas de la escala de sentido del cuidado y las variables sociodemográficas del cuidador

Variables	PI Media ± DE	SP Media ± DE	SU Media ± DE	ST Media ± DE
Sexo del cuidador*				
Varón	61 ± 12,1	62,9 ± 10,1	22,4 ± 5,1	137,8 ± 15,3
Mujer	66,8 ± 9,2	61,2 ± 9,3	23,3 ± 5,6	129,8 ± 16,5
p	0,08	0,34	0,86	0,01
Relación de parentesco				
Cónyuge	68 ± 11,8	62,8 ± 9,3	24,1 ± 4,8	133,2 ± 17,2
Hijos	62 ± 6,6	60,5 ± 9,3	20,4 ± 4,7	129,9 ± 15,6
p	0,35	0,31	0,001	0,42

PI: pérdida e indefensión; SP: sentido provisional; SU: sentido último; ST: sentido total.

*Prueba de la Z de Kolmogorov-Smirnov.

media de las puntuaciones obtenidas en las subescalas ansiedad y depresión del GHQ-28 fueron de 4,24 y 1,25, respectivamente (tabla 2).

Una vez realizado el análisis descriptivo de los datos, se realizó un análisis inferencial en función de los objetivos planteados. Así, por medio del coeficiente de correlación de Pearson se halló una relación directa de la subescala PI con el grado de sobrecarga medido por la escala de Zarit. Es decir, cuanto mayor fue la puntuación obtenida en la PI, mayor fue el grado de sobrecarga referido por los cuidadores. También, obtuvimos una relación inversamente significativa entre la subescala ST de la ESC y el grado de sobrecarga de los cuidadores, de modo que cuanto más alta fue la puntuación obtenida en la subescala ST, menores índices de sobrecarga se hallaron. Del mismo modo, cuanto mayores

fueron las puntuaciones obtenidas en las subescalas PI, mayor fue la puntuación obtenida por los cuidadores en las distintas subescalas del GHQ (ansiedad y depresión). También se halló una relación inversa y significativa entre la subescala ST de la ESC y las subescalas del GHQ (tabla 3).

En cuanto a la posible relación de las variables socio-demográficas del cuidador (sexo y relación de parentesco) en relación al grado de sentido del cuidado, observamos que los cuidadores varones obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en la subescala ST con respecto a las mujeres ($p = 0,01$). En cuanto a la relación de parentesco, los esposos y las esposas cuidadores obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en la subescala SU que los cuidadores hijos ($p = 0,001$) (tabla 4).

DISCUSIÓN

Respecto a la sobrecarga, medida por la entrevista de carga del cuidador, la puntuación media obtenida ha sido de 62,9. Esta puntuación se incluye en la categoría de sobrecarga intensa, según la versión utilizada en nuestro estudio⁴¹. Estos resultados confirman algo ampliamente señalado publicaciones previas, que los cuidadores de enfermos de Alzheimer están intensamente sobrecargados^{2-5,38}. Respecto a la morbilidad psiquiátrica, estudios previos^{5,44} evidencian síntomas de ansiedad y depresión en los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. En nuestra muestra, se han reflejado mayores índices de ansiedad que de depresión. En relación con el sentido del cuidado, evaluado mediante la ESC, encontramos que la puntuación media en la subescala ST (134,5) es algo inferior a la hallada por Farran et al³⁹ en una muestra de 215 cuidadores americanos (144,35).

En cuanto a los objetivos planteados, es decir, examinar la posible influencia del sentido en la reducción de los grados de sobrecarga y morbilidad psiquiátrica de los cuidadores, podemos afirmar que en la medida en que los cuidadores refieren encontrar un sentido a su tarea, el grado de sobrecarga se reduce de manera significativa. En cuanto a la morbilidad psiquiátrica, también se ha hallado una relación significativa, aunque de menor grado, con respecto al sentido del cuidado. Finalmente, en relación a las variables sociodemográficas sexo y relación de parentesco, hemos obtenido que la variable sexo del cuidador se ha relacionado significativamente con la subescala ST. Resulta interesante destacar que los cuidadores de sexo masculino han obtenido puntuaciones más elevadas en la subescala sentido total, lo que indicaría que encuentran mayor sentido a su tarea. Se podría apuntar que quizás existe un cribaje natural y sólo los cuidadores de sexo masculino que encuentran un sentido claro a su tarea toman la decisión libre de cuidar, mientras que el rol de cuidadora podría también ser impuesto por otros factores. En cuanto a la relación de parentesco, hemos hallado que los cónyuges cuidadores refirieron más sentido total del cuidado que los cuidadores hijos o hijas, hecho que podría plantearnos, aparte de la relación entre el parentesco y el sentido, también la posible relación del sentido con la variable edad de los cuidadores.

En definitiva, nuestros resultados indican que el sentido del cuidado reduce el grado de sobrecarga de los cuidadores familiares principales de enfermos de Alzheimer y que, por tanto, es importante tener en cuenta la variable sentido del cuidado en futuras evaluaciones e intervenciones con estos cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vitaliano P, Young H, Russo J. Burden: A review of measures used among caregivers of individuals with dementia. *Gerontologist*. 1991;31:67-75.
2. Reed BR, Stone AA, Neale JM. Effects of caring for a demented relative on elders' life events and appraisals. *Gerontologist*. 1990;30:200-5.
3. Roig MV, Abengozar MC, Serra E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*. 1998;14:215-27.
4. Hughes SL, Giobbie-Hurder A, Weaver FM, et al. Relationship between caregiver burden and health-related quality of life. *Gerontologist*. 1999;39:534-45.
5. Martín Carrasco M, Ballesteros J, Ibarra N, et al. Sobre carga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y estrés psíquico. Una asociación relegada en la valoración de las demencias. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30:201-6.
6. Clyburn LD, Stones MJ, Hadjistavropoulos T, et al. Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2002;55:2-13.
7. Stephens MAP, Ogracki PK, Kinney JM. Sources of stress for family caregivers of institutionalized dementia patients. *J Appl Gerontol*. 1991;10:328-42.
8. Aramburu I, Izquierdo A, Romo I. Análisis comparativo de necesidades psicosociales de cuidadores informales de personas afectadas de Alzheimer y ancianos con patología no invalidante. *Rev Mult Gerontol*. 2001;11:64-71.
9. Hooker K, Monahan DJ, Bowman SR, et al. Personality counts for a lot: predictors of mental and physical health of spouse caregivers in two disease groups. *J Gerontol*. 1998;53:73-85.
10. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9:139-45.
11. Schulz R, Visintainer P, Williamson CG. Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *J Gerontol*. 1990;45:181-91.
12. Panisello ML, Lasaga A, Mateo L. Cuidadores principales de ancianos con demencia que viven en su domicilio. *Gerokomos*. 2000;11:167-73.
13. Ballard C, Lowery K, Powell I, et al. Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia on caregivers. *Int Psychogeriatr*. 2000;12:93-105.
14. Rigaud AS. Epidemiology of depression in patients with Alzheimer's disease and in their caregivers. *Presse Med*. 2003;32:5-8.
15. Coope B, Ballard C, Saad K, et al. The prevalence of depression in the carers of dementia sufferers. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1995;10:237-42.
16. Gallagher D, Rose J, Rivera P, et al. Prevalence of depression in family caregivers. *Gerontologist*. 1989;29:449-56.
17. Shua-Haim JR, Haim T, Shi Y, et al. Depression among Alzheimer's caregivers: identifying risk factors. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2001;16:353-9.
18. Covinsky KE, Newcomer R, Fox P, et al. Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *J Gen Intern Med*. 2003;18:1058-9.
19. Haley WE, Levine EG, Brown SL, et al. Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychol Aging*. 1987;2:323-30.
20. Farran CJ, Hagerty EK, Salloway S, et al. Finding meaning: an alternative paradigm for Alzheimer's disease family caregivers. *Gerontologist*. 1991;31:483-9.
21. Peinado AI, Garcés EJ. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*. 1998;14:83-93.
22. López J, López-Arrieta J, Crespo M. Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005;41:82-94.
23. Fitting ML. Caregivers for dementia patients: a comparison of husbands and wives. *Gerontologist*. 1986;26:248-52.
24. McDowell D, Galanter M, Goldfarb L, et al. Spirituality and the treatment of the dually diagnosed: an investigation of patient and staff attitudes. *J Addict Dis*. 1996;15:55-68.
25. Weber R, Carrig KC. Spiritual care: responding to an invitation. *J Christ Nurs*. 1997;14(4):32-3.
26. Elliot H. Religion, spirituality and dementia: pastoring to sufferers of Alzheimer's disease and other associated forms of dementia. *Disabil Rehabil*. 1997;19:435-41.
27. Sandrín L. El bienestar del anciano, ¿utopía o realidad? Aspectos psicológicos y espirituales. *Gerokomos*. 1998;IX(23):7-11.
28. Wentrob DP. Pastoral care of problematic Alzheimer's disease and dementia affected residents in a long-term care setting. *J Health Care Chaplain*. 1999;8:59-76.
29. Acton CJ, Miller EW. Spirituality in caregivers of family members with dementia. *J Holist Nurs*. 2003;21:117-30.
30. Motenko AK. The frustrations, gratifications, and well-being of dementia caregivers. *Gerontologist*. 1989;29:166-72.

31. Noonan AE, Tennstedt SL. Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. *Gerontologist*. 1997;37:785-94.
32. Millan JC, Gando M, Cambeiro J, et al. Perfil del cuidador familiar del enfermo de Alzheimer. *Geriatría*. 1998;14:4-49.
33. Boada M, Peña-Casanova J, Bermejo F, et al. Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorios diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en España. *Med Clin (Barc)*. 1999;113:690-5.
34. Flórez Lozano JA. Enfermedad de Alzheimer: aspectos psicosociales. Barcelona: EdikaMed; 2001.
35. Tárraga LL, Cejudo JC. El perfil del cuidador del enfermo de Alzheimer. En: Fernández-Ballesteros R, Díez Nicolás J, editores. *Libro Blanco sobre la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines*, vol. 1. Madrid: Médica Panamericana; 2001.
36. Espinas J, Caballe E, Blay C, et al. Las demencias en el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria*. 1997;9:419-22.
37. Panisello ML, Lasaga A, Mateo L. Cuidadores principales de ancianos con demencia que viven en su domicilio. *Gerokomos*. 2000;11:167-73.
38. Alonso Babarro A, Garrido Barral A, Diaz Ponce A, et al. Perfil y sobre-carga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria*. 2004;15:61-6.
39. Farran CJ, Miller BH, Kaufman JE, et al. Finding meaning through caregiving: development of an instrument for family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *J Clin Psychol*. 1999;55:1107-25.
40. Fernández-Capo M, Gual P, Farran CJ. Validación de la versión castellana de la (Finding Meaning Through Caregiving Scale, Farran et al, 1999) [en prensa]. *Informaciones Psiquiátricas*.
41. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist*. 1980;20:649-55.
42. Martín Carrasco M, Salvadó I, Nadal S, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobre-carga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996;6:338-46.
43. Lobo A, Pérez-Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled versión of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med*. 1986;16:135-40.
44. Ribas J, Castel A, Escalada B, et al. Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*. 2000;27:131-4.