

# Análisis coste-consecuencia de un centro de día psicogeriatrico

Artaso Irigoyen, B.\*; Martín Carrasco, M.\*\* y Cabasés Hita, J.M.\*\*\*

\*Psiquiatra. Centro de Salud Mental IIB. Pamplona. \*\*Psiquiatra. Director Médico de la Clínica Psiquiátrica Padre Menni. Pamplona. \*\*\*Catedrático de Economía. Universidad Pública de Navarra. Pamplona.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Se pretende llevar a cabo una evaluación económica de un centro de día psicogeriatrico (CD), comparándolo con los cuidados comunitarios habituales (CC).

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se ha estudiado a 96 pacientes psicogeriatricos: 51 que acudían a CD y 45 que recibían CC. Para la recogida de datos se diseñó un protocolo que incluía variables sociodemográficas, clínicas y de costes, tanto del paciente como del cuidador familiar. Los dos grupos eran homogéneos en cuanto a la edad, el sexo, el deterioro cognitivo y la capacidad funcional al inicio del estudio, y se realizó un seguimiento durante un año.

**RESULTADOS:** No se encontraron diferencias en cuanto al estado de salud del paciente ni a la situación del cuidador, aunque se observó una tendencia no significativa a presentar menos trastornos conductuales entre los pacientes que acudían al CD. Únicamente la satisfacción con los cuidados era significativamente mayor entre los familiares de los pacientes atendidos en estos centros. En cuanto al coste, éste era superior en el CD, con diferencias distributivas en los componentes de los costes en ambos recursos asistenciales.

**CONCLUSIÓN:** El CD supone mayor coste que los CC sin modificar de forma significativa la salud del paciente ni la de su cuidador, con la excepción de una mayor satisfacción con los cuidados.

## Palabras clave

Centro de día. Demencia. Coste. Consecuencia.

## Cost-consequence analysis of a psychogeriatric day center

### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** The aim is to carry out a financial evaluation of a Psychogeriatric day center (DC), comparing it with the usual community care (CC).

**MATERIAL AND METHOD:** 96 psychogeriatric patients were studied, 51 who were attending a DC and 45 who were receiving CC. A protocol was designed for the collection of data which included sociodemographic, clinical and cost variables for both the patient and the family caregiver. Both groups were homogeneous in terms of age, gender, cognitive impairment and functional capacity at the start of the study, and follow-up was performed for a period of one year.

**RESULTS:** No differences were detected in terms of patient health status or situation of the caregiver although a non-significant tendency to present fewer behavior disorders among DC patients was observed. Only satisfaction with the care received was significantly higher among the relatives of patients seen at DC. In terms of cost, it was higher in DC and differences in the distribution of cost items were observed in healthcare resources.

**CONCLUSION:** The DC results in higher costs than CC with no significant changes in the patient's health or in that of his/her caregiver, with the exception of a higher degree of satisfaction regarding the level of care received.

## Key words

Day center. Dementia. Cost. Consequence.

## INTRODUCCIÓN

Durante muchos años los cuidados residenciales han sido la única alternativa asistencial para los ancianos incapacitados. No obstante, el aumento de la esperanza de vida, con el consiguiente incremento de la enfermedad psicogeriatrica, ha hecho necesario reconsiderar este planteamiento. Así, la política actual de las administraciones públicas propugna, por lo general, el cuidado del anciano enfermo en la comunidad, desarrollando una amplia gama de servicios comunitarios: hospitalización intermedia, consultas externas y ayudas a domicilio, entre otros. En este contexto surgen los servicios de día psicogeriatricos, definidos por Tester<sup>1</sup> como «recursos asistenciales que ofrecen atención grupal con personal profesional o voluntario, en un entorno localizado fuera del hogar del usuario, durante más de 4 h al día. Los sujetos acuden o son traídos al servicio, cuyos objetivos no son puramente educativos o recreativos». Los objetivos de este

Correspondencia: B. Artaso Irigoyen. Centro de Salud Mental IIB. Ermita-gaña, 20. 31008 Pamplona.

Recibido el 5-4-02; aceptado el 9-10-02.

tipo de recursos asistenciales son: prevenir la institucionalización, potenciar las capacidades mentales y físicas de los pacientes, ofrecer cuidados personales básicos, proporcionar el tratamiento y la rehabilitación, servir de soporte a los cuidadores, y orientar y aconsejar a los pacientes y a sus cuidadores.

No obstante, a pesar de la atención que está recibiendo el centro de día psicogeriatrico, su efectividad no ha sido confirmada por estudios rigurosos<sup>2</sup>. Se han señalado funciones importantes que podrían cumplir como servir de alternativa a la institucionalización y a la hospitalización en unidades de psiquiatría o como recurso para la evaluación, rehabilitación y mantenimiento de pacientes psicogeriatricos<sup>3</sup>. Por otra parte, también se han encontrado algunas objeciones a estos centros, como la necesidad de una elevada inversión de capital para su puesta en marcha y mantenimiento, el problema del transporte al centro o el aumento relativo de la sobrecarga por parte del cuidador al tener que preparar al paciente para acudir al centro<sup>4</sup>.

De forma paralela a la evaluación de la efectividad de los recursos, en los últimos años está adquiriendo especial relevancia la consideración de los costes de la asistencia psicogeriatrica y la implicación de los clínicos en dicha consideración<sup>5</sup>. Este interés se pone de manifiesto por el número creciente de estudios sobre el coste de la demencia en diferentes países<sup>6-17</sup>. La evaluación económica puede ofrecer una valiosa información tanto de los costes como de la eficiencia de las distintas alternativas asistenciales, a pesar de que gran parte de las evaluaciones existentes en la bibliografía incurren en una serie de deficiencias metodológicas que reducen en gran medida la posibilidad de establecer conclusiones acerca del coste-efectividad de los recursos<sup>18</sup>. El objetivo de nuestro trabajo es llevar a cabo un análisis de coste-consecuencia de un centro de día psicogeriatrico (CD).

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una evaluación económica de un CD, comparándolo con los cuidados comunitarios (CC) habituales, ambos recursos dirigidos a la población de Pamplona. El CD evaluado era el único centro de estas características existente en Pamplona en el momento de la realización de este estudio (1995). Los pacientes pueden ser remitidos desde los servicios médicos de atención primaria o especializada, los servicios sociales o las asociaciones de familiares de pacientes psicogeriatricos. Los criterios de ingreso son: edad igual o superior a 65 años; trastorno psiquiatrico, y pérdida de autonomía como consecuencia del mismo. La composición de la plantilla consiste en un diplomado universitario en enfermería (DUE) responsable del funcionamiento cotidiano del servicio y cuatro auxiliares de clínica con dedicación completa, apoyados por un psiquiatra consultor, un trabajador social y un terapeuta ocupacional con una dedicación parcial.

Los componentes terapéuticos del CD son varios: utilización del medio como prótesis, atenuando las incapacidades de los pacientes, rehabilitación física y cognoscitiva, terapia de orientación en la realidad, técnicas conductuales, tratamiento farmacológico y, por otra parte, apoyo a las familias. La modalidad asistencial de los CC engloba servicios tanto sanitarios como sociales. Los primeros se basan fundamentalmente en la atención ambulatoria, incluyendo atención primaria y especializada, y los servicios sociales constan de consultas y un servicio de atención a domicilio (SAD).

Se trata de un estudio cuasiexperimental no controlado de poblaciones atendidas en dos modalidades asistenciales diferentes. Para posibilitar la comparabilidad de los grupos, a pesar de la no aleatorización, se seleccionaron poblaciones homogéneas en cuanto a las variables consideradas *a priori* influyentes en los resultados: edad, sexo, deterioro cognitivo y capacidad funcional. Se utilizó una aproximación «ascendente» o «de abajo arriba», utilizando datos primarios obtenidos directamente de las muestras estudiadas. Se realizó un estudio prospectivo, con un seguimiento durante un período de un año.

Se estudió a una población de 96 pacientes ancianos con enfermedad psiquiatrica. Los criterios de selección para la muestra de CD fueron: acudir a tratamiento a uno de estos centros, cumplir criterios diagnósticos DSM-III-R<sup>19</sup> de demencia (294.10) o trastorno distímico (300.40) y contar con un cuidador principal en la familia dispuesto a participar en el estudio. Se seleccionó a aquellos pacientes que, cumpliendo estos criterios, se encontraban ingresados en el CD en enero de 1995 (n = 33), más aquellos que fueron ingresando a lo largo de dicho año (n = 18); en total fueron 51 pacientes: 43 con demencia y 8 con distimia. La detección de los posibles participantes del grupo CC se realizó basándose en la edad, el sexo y la capacidad funcional (índice de Katz), seleccionando aquellos pacientes en los cuales dichas variables eran homogéneas con la muestra de CD. Así, se seleccionaron 45 pacientes, 37 con demencia y ocho con distimia. Por otra parte, el tamaño de la muestra del grupo CD era algo mayor, en previsión de que durante el seguimiento de un año las pérdidas por derivación a un centro residencial serían superiores.

Para la recogida de datos se diseñó un protocolo que incluía variables sociodemográficas, clínicas<sup>20-26</sup> y de costes, tanto del paciente como del cuidador principal (tabla 1). La metodología utilizada en el estudio de los costes se recoge en otro artículo<sup>27</sup>. Por otra parte, la entrevista con el cuidador familiar fue la fuente de información más importante, y se realizó en tres momentos: al inicio del estudio, a los 6 meses y a los 12 meses. El autor fue el encargado de llevar a cabo la recogida de datos.

Dada la multiplicidad de variables de efectividad que se analizaron y la dificultad para elegir una más representativa, los resultados se presentarán en términos de coste-

TABLA 1. Variables estudiadas e instrumentos utilizados

Sociodemográficas	Clínicas	Costes (1995)
<i>Paciente</i>		
Edad	Deterioro cognitivo:	Gastos generales
Sexo	Minexamen	Medicación
Estado civil	Cognoscitivo <sup>20</sup>	Transporte (CD)
Escolarización	Capacidad funcional:	Pruebas
Pensión	Escala	diagnósticas
Apoyo formal e informal	Comportamental y de Adaptación (ECA) <sup>21</sup>	Uso de recursos
Corresidencia	Test de conducta: BEHAVE-AD <sup>22</sup>	
<i>Cuidador</i>		
Edad	Sobrecarga: Escala de Sobrecarga del Cuidador <sup>23,24</sup>	Cuidados informales (tiempo del cuidador)
Sexo		
Estado Civil		
Escolarización	Calidad de vida: Cuestionario de Calidad de Vida (CCV) <sup>25</sup>	Medicación
Parentesco		Uso de recursos
Relación previa		Pérdida de productividad
Número de familiares conviviendo	Satisfacción con los cuidados: Cuestionario de Satisfacción del Cliente <sup>26</sup>	
Tiempo como cuidador		
Ingresos económicos		

consecuencia, que fue definido por Russell et al<sup>28</sup> como un análisis en el que los costes y los efectos se calculan pero no se agregan en años de vida ajustados por calidad o *ratios* de coste-efectividad. Este tipo de análisis proporciona un listado de los costes más relevantes así como de los resultados o consecuencias de las alternativas evaluadas, facilitando así la tarea de toma de decisiones.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA en su versión 5 y el SPSS para Windows. Las pruebas estadísticas aplicadas fueron: el test de la t de Student y la prueba de la  $\chi^2$  para la comparación de muestras; pruebas no paramétricas para la comparación de costes, y ANOVA para medidas repetidas para el análisis de las consecuencias de las alternativas asistenciales evaluadas.

**RESULTADOS**

En el estudio se incluyó a 96 pacientes y sus respectivos cuidadores informales, constituyendo lo que denominamos «muestra inicial». A lo largo del año de seguimiento se perdieron 27 pacientes, y se realizó el análisis de

los resultados únicamente con los 69 casos restantes: 34 en el grupo CD y 35 en el CC. A ésta «muestra analizada» es a la que nos referiremos en la descripción de los resultados.

De los 27 casos perdidos, 17 correspondían al grupo CD y 10 al CC, sin suponer diferencias significativas. El ingreso en una residencia fue el motivo más frecuente para no seguir participando en el estudio, lo que ocurrió con mayor frecuencia en el grupo CD (13 frente a 3). Estos casos perdidos se diferenciaban de forma significativa por presentar mayor deterioro cognitivo ( $t = 2,39; p = 0,01$ ) y funcional ( $t = -3,20; p = 0,00$ ) y los cuidadores estaban más sobrecargados ( $t = 2,23; p = 0,02$ ), sin diferencias entre los dos grupos de estudio. Asimismo, no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes que fueron derivados a una institución ( $n = 16$ ) y el resto de los casos perdidos por otros motivos ( $n = 11$ ).

Las características sociodemográficas de los pacientes en el momento de iniciar el estudio, eran similares en ambas alternativas asistenciales (tabla 2). Únicamente se encontraron diferencias significativas en cuanto al estado civil

TABLA 2. Datos sociodemográficos de los pacientes

Paciente	CD (n = 34)	CC (n = 35)
Edad (años)	75,38	76,17
Sexo (%)		
Mujeres	79	71
Varones	21	29
Estado civil (%)*		
Soltero	15	11
Casado	29	60
Viudo o separado	56	29
Deterioro cognitivo (MEC)	15,88	16,82
Capacidad funcional (Katz: n.º de áreas de dependencia)	1,58	1,80
Capacidad funcional (Katz)		
No dependencia o leve:	73	74
Moderado	21	20
Grave	6	6
Escolarización (n.º años)	7,38	7,88
Pensión (euros/mes)	479,85	456,25
Apoyo (%)		
Informal:	65	57
Formal*	50	29
Vivir (%)		
Solo	6	3
Familia	94	97
Salud física (crónica)		
N.º de sistemas afectados	2	1,6
Incapacidad	1,61	1,51

\*Diferencias estadísticamente significativas. CD: centro de día psicogeriatrico; CC: cuidados comunitarios habituales.

TABLA 3. Datos sociodemográficos de los cuidadores

Cuidador	CD (n = 34)	CC (n = 35)
Edad	53,38	54,88
Sexo (%)		
Mujeres	73,5	80
Varones	26,5	20
Estado civil (%)		
Soltero:	12	20
Casado:	82	69
Otros (viudo, separado, divorciado, etc.)	6	11
Escolarización (n.º de años)	9,29	9,34
Relación (%)		
Esposo/a	23	34
Hijo/a	56	51
Otros	21	14
Relación previa (%)		
Mala o regular	29	14
Buena o muy buena	71	86
N.º de familiares	2,30	2,57
Tiempo cuidador (meses)	32,11	42,54
Ingresos familiares* (euros/mes)	1.315,92	859,36

\*Diferencias estadísticamente significativas. CD: centro de día psicogeriatrico; CC: cuidados comunitarios habituales.

( $\chi^2 = 6,52$ ;  $p = 0,01$ ), y se encontró una mayor frecuencia de casados entre los que recibían tratamiento en consulta externa (CC). La mayoría de los pacientes eran mujeres, amas de casa, con una edad media de unos 75 años y estudios primarios. El perfil del cuidador principal en los dos recursos (tabla 3) respondía al de una mujer, con una edad media de 54 años, casada e hija del paciente. Los ingresos familiares eran superiores en el grupo CD ( $t = 2,73$ ;  $p = 0,00$ ). En cuanto a las características clínicas, en el momento de iniciar el estudio no existían diferencias significativas entre los dos recursos, a excepción de la satisfacción con los cuidados. Así, los cuidadores del grupo CD manifestaban mayor satisfacción con la asistencia que había recibido su familiar ( $t = 2,63$ ;  $p = 0,01$ ). Por otra parte, los cuidadores del grupo CD tenían mejor calidad de vida, acercándose a la significación estadística ( $t = 1,96$ ;  $p = 0,05$ ).

La evolución durante el seguimiento de las variables clínicas estudiadas queda reflejada en la tabla 4. Como puede observarse, se producía un empeoramiento lineal significativo tanto de la capacidad cognitiva ( $F = 9,55$ ;  $p = 0,00$ ) como de la capacidad funcional ( $F = 34,48$ ;  $p = 0,00$ ) del paciente, sin diferencias entre ambos recursos. Los pacientes del grupo CC presentaban más trastornos de conducta sin significación estadística, y éstos tienden a disminuir en ambos grupos a lo largo del seguimiento. Por otra parte, la calidad de vida del cuidador sufre un deterioro global a lo largo del año ( $F = 4,84$ ;  $p = 0,00$ ) en los dos grupos, y sin embargo la sobrecarga con

TABLA 4. Características clínicas

	CD		CC	
	Media	DE	Media	DE
<i>Paciente</i>				
Deterioro cognitivo (MEC), meses				
0	15,88	7,57	16,82	8,11
6	15,67	8,01	15,80	15,80
12	13,35	8,26	15,11	9,07
Test conductual (BEHAVE), meses				
0	6,47	5,07	8,17	5,02
6	6,17	4,36	7,28	3,80
12	5,70	4,54	7	4,31
Capacidad funcional (RITCHIE), meses				
0	123,02	24,68	123,57	23,15
6	116,55	29,04	112,34	28,34
12	104,44	36,86	104,71	32,51
<i>Cuidador</i>				
Calidad de vida (CCV), meses				
0	145,26*	25,92	135,22	14,91
6	141,64	25,80	132,60	19,76
12	139,82	25,61	132	17,50
Sobrecarga (ZARIT), meses				
0	51,82	12,39	50,42	12,68
6	51,55	14,40	52,28	14,33
12	53,55	15,44	50,05	11,44
Satisfacción (ATTKISSON), meses				
0	28,70*	2,69	26,22	4,86
6	29,32*	2,63	26,57	5,13
12	29,20*	2,38	26,97	4,87

\*Diferencias estadísticamente significativas. CD: centro de día psicogeriatrico; CC: cuidados comunitarios habituales.

los cuidados se mantenía sin cambios durante el seguimiento en ambos recursos asistenciales. De igual manera, la satisfacción con los cuidados no sufría cambios significativos durante el año evaluado, siendo en todo momento superior en el grupo CD ( $F = 8,20$ ;  $p = 0,001$ ).

Con el objeto de aproximarnos a la posible influencia en los resultados del momento de instauración del recurso, diferenciamos entre «casos incidentes» (ingreso en CD inferior a un mes) y «casos prevalentes» (ingreso en CD superior a un mes). No se encontraron diferencias significativas (número de casos pequeño), y se observó una tendencia de los casos prevalentes a tener peor calidad de vida, mayor sobrecarga emocional y estar más satisfechos con el recurso (tabla 5).

TABLA 5. Casos prevalentes (P) frente a casos incidentes (I) en CD

	P (0 meses) (n = 25)	I (0 meses) (n = 9)	P (6 meses)	I (6 meses)	P (12 meses)	I (12 meses)
Calidad vida (CCV)	143,44	150,33	140,24	145,55	138,88	142,44
Apoyo social	49,8	52,11	48,96	49,66	47,80	49,77
Satisfacción general	44,76	47,44	44,48	46,00	43,88	44,22
Bienestar físico/psíquico	26,84	29,00	25,08	28,22	25,68	27,00
Sobrecarga laboral	22,36	21,44	21,72	21,66	21,52	21,44
Sobrecarga (ZARIT)	52,00	51,33	51,44	51,88	54,56	50,77
Tensión personal	27,00	29,00	27,00	28,44	28,72	28,22
Tensión en el papel	15,08	13,55	14,80	14,00	16,12	13,44
Satisfacción (ATTKISSON)	29,08	27,66	29,76	28,11	29,64	28,00

CD: centros de día psicogerítricos.

En lo que se refiere a los costes, éstos eran superiores en el grupo CD, y dicha diferencia se sustenta fundamentalmente por los costes correspondientes al uso de los recursos asistenciales y, en este caso, al del propio CD. Por otra parte, los costes de los cuidados informales eran mayores en los pacientes atendidos en los CC, aunque dicha diferencia, considerando los cuidados informales en su conjunto no adquiriría significación estadística. En la tabla 6 se exponen de forma resumida los costes y las consecuencias de las alternativas asistenciales evaluadas.

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio hemos encontrado un elevado porcentaje de casos perdidos en el seguimiento, lo que suele ser un hecho habitual cuando se trabaja con poblaciones geriátricas. La causa más frecuente de pérdida ha sido el ingreso del paciente en una residencia, y estos casos se diferencian por estar en una fase más avanzada de su enfermedad y por la mayor sobrecarga de sus cuidadores. Estos resultados son similares a los encontrados en la bibliografía, en la que se señala que la decisión de la institucionalización no sólo se relaciona con la gravedad de la enfermedad sino también con variables del cuidador<sup>29,30</sup>. Este ingreso residencial ocurría en un mayor porcentaje de casos entre los pacientes del grupo CD, lo que podría explicarse por dos motivos: por una parte, el hecho de que un cuidador decida llevar a su familiar enfermo a un CD, muestra una determinada actitud hacia la utilización de los recursos formales, que podría considerarse como un paso previo a la institucionalización, y por otra, el contacto con dichos recursos formales facilita la información y el acceso a los recursos residenciales.

En cuanto a la efectividad clínica del CD, los resultados no permiten afirmar que dicho recurso modifique la evolución natural de la enfermedad, con lo que se produce un deterioro cognitivo y funcional progresivo a lo largo del año de estudio, al igual que en el grupo CC. Estos resultados son congruentes con los de otros trabajos de la bi-

TABLA 6. Análisis de coste-consecuencia

Costes (euros/mes)	CD		CC	
Costes generales	82,94		82,57	
Medicación	64,91		61,19	
Transporte	74,52			
Uso de recursos asistenciales*	731,89		81,27	
Pruebas diagnósticas	3,08		8,77	
Cuidados informales	696,1		874,2	
Cuidadores	101,1		130,01	
Total	1.754,53		1.238,02	
Consecuencias	Meses		Meses	
	0	12	0	12
Paciente				
Deterioro cognitivo (MEC)	15,88	13,35	16,82	15,11
Tests conductuales (BEHAVE)	6,47	5,70	8,17	7
Capacidad funcional (RITCHIE)	123,02	104,44	123,57	104,71
Cuidador familiar				
Calidad de vida (CCV)	145,26*	139,82	135,22	132
Sobrecarga (ZARIT)	51,82	53,55	50,42	50,05
Satisfacción (ATTKISSON)	28,70*	29,20*	26,22	26,97

\*Diferencias estadísticamente significativas. CD: centro de día psicogerítrico; CC: cuidados comunitarios habituales.

bliografía<sup>31-38</sup>. No obstante, algunos autores han encontrado una mejoría en el estado afectivo de los pacientes que acuden a un CD<sup>2,36,38,39</sup>, en comparación con otros recursos comunitarios. Esta mejoría afectiva, podría tener su repercusión sobre el funcionamiento cognitivo de los pacientes, aunque no quede reflejado en las pruebas psicométricas. Así, la mejoría del estado de ánimo probable-

mente aumente la flexibilidad cognitiva, indicando que los procesos cognitivos y emocionales no son funciones cerebrales independientes<sup>40</sup>.

En nuestro estudio no se ha podido constatar una mejoría emocional en los pacientes atendidos en CD. No obstante, los trastornos afectivos se han evaluado englobándose en las alteraciones conductuales, y para ello se han utilizado dos ítems de la escala BEHAVE, lo que aporta una información muy grosera sobre el estado emocional de los pacientes y sus cambios. Por otra parte, los trastornos conductuales no se han modificado de forma significativa a lo largo del seguimiento, aunque desde el inicio del estudio, y a lo largo del período evaluado, puede observarse una menor intensidad y frecuencia de los trastornos conductuales en el grupo CD, lo que apunta la efectividad del tratamiento farmacológico en este tipo de alteraciones psicopatológicas.

Con respecto a la efectividad clínica sobre el cuidador, el CD no modifica de forma significativa la calidad de vida ni la sobrecarga del cuidador. Sin embargo, la satisfacción con los cuidados era mayor entre los familiares de los pacientes de CD, al igual que los resultados encontrados por otros autores<sup>2,37,41</sup>. No obstante, es posible que el mayor efecto del CD sobre los cuidadores se produzca en un primer momento del ingreso<sup>33</sup>.

En lo que se refiere a los costes, el CD supone significativamente mayores costes que los CC, coincidiendo con los resultados de otros autores<sup>38,42-44</sup>. La distribución de los costes varía en los dos grupos; así, en los CD el mayor coste se debe al propio centro, y sin embargo, en los CC el 71% del coste total es debido a los cuidados informales.

En resumen, se puede concluir que los CD suponen mayores costes; no obstante, no mejoran de forma significativa el estado de salud de los pacientes ni la situación del cuidador. Únicamente la satisfacción con los cuidados es mayor entre los familiares de los pacientes que acuden a este tipo de recursos intermedios. Estos resultados pudieran estar mediatizados por las características de la muestra de cuidadores estudiada y por la heterogeneidad del momento de instauración del recurso.

## AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestro agradecimiento a la Clínica Psiquiátrica Padre Menni de Pamplona por haber facilitado los datos necesarios para la realización de este trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tester S. Definitions and objectives of day care services. In: *Caring by day: a study of day care services for older people. Policy studies in ageing n.º 8*. London: Centre for Policy on Ageing, 1989; p. 34-47.
2. Zarit SH, Gaugler, Jarrott S. Useful services for families: research findings and directions. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:165-81.
3. Howard R. Day hospitals: the case in favour. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;9:525-9.
4. Fasey C. The day hospital in old age psychiatry: the case against. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994;9:519-23.
5. Eisenberg JM. Clinical economics: a guide to the economic analysis of clinical practices. *JAMA* 1989;261:2840-1.
6. Gray A, Fenn P. Alzheimer's disease: the burden of the illness in England. *Health Trends* 1993;25:31-7.
7. Rice DP, Fox PJ, Max W, Webber PA, Lindeman DA, Hanck WW, et al. The economic burden of Alzheimer's disease care. *Health Aff* 1993;12:165-76.
8. Ernst RL, Hay JW. The US economic and social costs of Alzheimer's disease revisited. *Am J Public Health* 1994;84:1261-4.
9. Ostbye T, Crosse E. Net economic costs of dementia in Canada. *Can Med Assoc J* 1994;151:1457-64.
10. Wimo A, Karlsson G, Sandman PO, Corder L, Winblad B. Cost of illness due to dementia in Sweden. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:857-61.
11. Koopmanschap MA, Polder JF, Meerding WJ, Bonneux L, Van der Maas PJ. Cost of dementia in the Netherlands. In: Wimo A, Jönsson B, Karlsson G, Winblad B, editors. *Health economics of dementia*. London: John Wiley & Sons, 1998; p. 207-17.
12. Boada M, Peña-Casanova J, Bermejo F, Guillén F, Hart VM, Espinosa C. Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en España. *Med Clin (Barc)* 1999;113:690-5.
13. Leon J, Neumann PJ. The cost of Alzheimer's disease in managed care: a cross-sectional study. *Am J Manag Care* 1999;5:867-77.
14. Souetre E, Thwaites R, Yeardeley. Economic impact of Alzheimer's disease in the United Kingdom. *Br J Psychiatry* 1999;174:51-5.
15. Trabucchi M. An economic perspective on Alzheimer's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1999;12:29-38.
16. O'Shea E, O'Reilly S. The economic and social cost of dementia in Ireland. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:208-18.
17. McNamee P, Bond J, Buck D. Costs of dementia in England and Wales in the 21st century. *Br J Psychiatry* 2001;179:261-6.
18. Martín M, Artaso B. Evaluación económica del centro de día psicogeriatrico: aspectos metodológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31:29-36.
19. American Psychiatric Association. *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1988.
20. Lobo A, Esquerra J, Gomez Burganda F, Sala JM, Seva Díaz A. El minixamen cognoscitivo (un «test» sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos). *Actas Luso-Espa Neurol Psiquiatr* 1979;7:189-202.
21. Ritchie K, Ledéser B. The measurement of incapacity in the severely demented elderly: the validation of a behavioural assessment scale. *Int J Geriatr Psychiatry* 1991;6:217-26.
22. Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E, Georgotas A. Behavioural pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale. *J Clin Psych* 1987;48:9-15.
23. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist* 1980;20:649-55.
24. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol* 1996;6:338-46.
25. Ruiz MA, Baca E. Design and validation of the «Quality of Life Questionnaire» («Cuestionario de Calidad de Vida», CCV): a generic health-related quality of life instrument. *Eur J Psychol Assess* 1993;9:19-32.
26. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning* 1979;2:197-207.
27. Artaso B, Martín M, Cabasés JM. EL coste del paciente anciano con patología psicogeriatrica en la comunidad. *Actas Esp Psiquiatria* 2002 [en prensa].
28. Russell LB, Gold MR, Siegel JE, Daniels N, Weinstein MC. The role of cost-effectiveness analysis in health and medicine. *JAMA* 1996;276:1172-7.
29. Woods JP, Phanjo AL. A follow-up study of psychogeriatric day hospital patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 1991;6:183-8.
30. Wimo A, Gustafsson L, Mattson B. Predictive validity of factors influencing the institutionalization of elderly people with psychogeriatric disorders. *Scand J Prim Health Care* 1992;10:185-91.
31. Woodford-Williams E, McKeon JA, Trotter IS, Watson D, Bushby C. The day hospital in the community care of the elderly. *Gerontol Clin* 1962;4:241-56.

32. Weisvert WG, Wan T, Livieraton B, Katz S. Effects and costs of day care services for the chronically ill. *Med Care* 1980;18:567-84.
33. Tucker MA, Davison JG, Ogle SJ. Day hospital rehabilitation effectiveness and cost in the elderly: a randomized controlled trial. *BMJ* 1984;289:1209-12.
34. Cummings V, Kerner JF, Arones S, Steinbock C. Day hospital service in rehabilitation medicine: an evaluation. *Arch Phys Med Rehabil* 1985;66:86-91.
35. Engedal K. Day care for demented patients in general nursing homes. Effects on admissions to institutions and mental capacity. *Scand J Prim Health Care* 1989;7:161-6.
36. Eagle DJ, Guyatt GH, Patterson C, Turpied I, Sackett B, Singer J. Effectiveness of a geriatric day hospital. *Can Med Assoc J* 1991;144:699-704.
37. Hedrick SC, Rothman ML, Chapko M, Ehreth J, Diehr P, Invi TS. Summary and discussion of methods and results of the Adult Day Health Care evaluation study. *Med Care* 1993;31:S94-103.
38. Wimo A, Mattsson B, Krakau Y, Eriksson T, Nelvig A. Cost-effectiveness analysis of day care for patients with dementia disorders. *Health Econ* 1994;3:395-404.
39. Weiler PG, Kim P, Pickard LS. Health care for elderly americans: evaluation of an Adult Day Health Care Model. *Med Care* 1976;14:700-8.
40. Ermini-Fünfschilling D, Hendriksen C, Meier D, Regard M, Stähellen H. Entrenamiento cognitivo en pacientes con demencia leve: efectos sobre el estado de ánimo y las funciones cognitivas. En: Fiften I, Frisoni G, Vellas B, editores. *Investigación y práctica en la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: Glosa, 1998; p. 221-32.
41. Weisvert WG. Seven reasons why it is so difficult to make community-based long-term care cost-effective. *Health Serv Res* 1985;20:423-33.
42. Wimo A, Wallin JO, Lundgren K, Ronnback E, Asplund K, Mattson B. Impact of day care on dementia patients costs, well-being and relatives' views. *Fam Pract* 1990;7:279-87.
43. Ehreth J, Chapko M, Hedrick SC. Comparison of utilization and cost among contract Adult Day Health Care, VA Adult Day Health Care, and customary care. *Med Care* 1993;31:S84-93.
44. Livingston G, Manela M, Katona C. Cost of community care for older people. *Br J Psychiatry* 1997;171:56-69.