

# ARTICULO ORIGINAL

---

## EL ESFUERZO DE CUIDAR A UN SER QUERIDO Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS Y EN LA PERCEPCIÓN DE SALUD

Catalina Rodríguez Ponce.

Dpto. Enfermería. Universidad de Málaga

---

### Introducción.

La demencia es un síndrome adquirido caracterizado por un deterioro progresivo global e irreversible de la función cerebral, con mantenimiento del estado de conciencia. (Warner J, Butler R, 2002).

El DSM-IV establece que un déficit cognitivo múltiple es una demencia si cumple los siguientes criterios:

- Deterioro de la memoria y una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:
  1. Afasia
  2. Apraxia
  3. Agnosia
  4. Perturbación de las funciones ejecutivas.

Dichos déficits han de causar un deterioro significativo de las funciones sociales y profesionales y representar un declive manifiesto del nivel previo de autonomía.

Según los estudios EURODEM, investigaciones multicéntricas epidemiológicas que desde el año 1980 se vienen realizando periódicamente en 12 centros de la Unión Europea, la

prevalencia estandarizada de la demencia en Europa es de 6,4%, correspondiendo a la enfermedad de Alzheimer (en adelante EA) la más común de éstas, una tasa de 4,4%.

El Parlamento Europeo en su Declaración 0080/2008 considera que la enfermedad de Alzheimer afecta en la actualidad a 6,1 millones de europeos y que esta cifra se duplicará o triplicará de aquí a 2050, debido al envejecimiento de la población.

CEAFA (Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Alzheimer) estima que en nuestro país hay alrededor de 600.000 personas diagnosticadas.

El creciente protagonismo de las demencias en general y de la EA en particular, así como del interés por su estudio sociosanitario, se deben a varias causas:

- Es una patología de incidencia y prevalencia progresivas.
- Es una enfermedad que ocasiona gran dependencia.

- Es una enfermedad demandadora de grandes recursos.

(Sagués Amadó A et al. 2007).  
(Fernández Ballesteros R et al. 2001).

La incursión de un cuadro nosológico de estas características en una unidad familiar va a provocar una serie de reacciones en cadena que van a traer como consecuencia alteraciones en las esferas biopsicosociales de todos los afectados. Alteraciones que van a ir aumentando en número y empeorando en profundidad a medida que el proceso avanza. Alteraciones que sufren tanto el enfermo como la familia.

Son muchos los estudios que desde la década de los 80, han tratado de identificar, cuantificar y cualificar los efectos nefastos que aparecen ligados al cuidado de un paciente crónico en general y demente en particular. Son problemas que pueden repercutir, mayoritariamente de forma negativa, en la salud, en los estilos de vida, en las relaciones sociales, en la calidad de vida, etc, del enfermo/a, pero particularmente de la persona que se hace cargo de dichos cuidados.

Entre los estudios que hacen referencia a algunos de estos problemas podemos citar los realizados por:

- Morris et al (1988) que encontraron altos niveles de depresión y ansiedad en cuidadores de enfermos dementes.
- Miguel Muñoz-Cruzado y Barba (1993) que identificó las importantes necesidades de los cuidadores de enfermos

dementes así como los riesgos que conlleva el desempeño de tal rol.

- Rubio MI et al (1995) analizaron el perfil médico y social del cuidador familiar principal, al que definieron como un paciente oculto.
- Díez J (1995) refirió el malestar psíquico experimentado por los cuidadores.
- Valles Fernández et al (1998) analizaron los problemas de salud de los cuidadores familiares y señalaron, a pesar de ellos, la importancia que éstos tienen para el sistema sanitario
- Santiago P et al (1999) examinaron la morbilidad, en general, de los cuidadores domiciliarios.
- Sánchez L et al (1999) identificaron el perfil del cuidador informal y el nivel de sobrecarga que está soportando.
- Morales JA et al (2000) que profundizaron en los problemas de salud que sufren los cuidadores de enfermos incapacitados.
- Abad Lluch N et al. (2000) determinaron que la asunción de este rol se realiza prácticamente en solitario y que ello ocasiona un descuido de su aspecto social.
- Rodríguez Ponce et al (2002) se cuestionaron sobre los autocuidados de salud de las cuidadoras y si a éstas se las puede tachar de "Cuidadoras descuidadas".
- Moral MS et al (2003) hizo un análisis del riesgo de la morbilidad psíquica en cuidadores domiciliarios.
- Garrido A. (2003) defendieron que en la actualidad cuidar de otros aún hoy es una cuestión de género y que las mujeres sufren una discriminación negativa.

- García, M M et al (2004) plantearon que el impacto secundario al acto de cuidar y la repercusión sobre la salud y la calidad de vida de las mujeres son mayores en éstas por el hecho de serlo.
- Badía X et al (2004) exploraron la calidad de vida, en relacionan con el tiempo que dedican a tareas de cuidar, que estimaron entre 8 y 20 hrs diarias, y con la carga percibida por el cuidador principal de un enfermo de Alzheimer.
- Ballester Ferrando D et al (2006) examinaron los cambios experimentados por los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida y relaciones, así como las alteraciones de salud mental que se producen en ellos.
- Regueiro Martínez AA, et al (2006) estudiaron la sobrecarga del cuidador principal de los pacientes dependientes, desde la perspectiva de la Atención Primaria
- Ruiz de Alegría B et al (2006) relataron las difíciles vivencias emocionales de las cuidadoras y las estrategias que éstas utilizan para gestionar las situaciones que se les van presentando.
- García Ocaña MG et al (2007) valoraron la repercusión física, psíquica, familiar y socioeconómica del cuidado de un paciente de Alzheimer en sus familiares.

## OBJETIVOS

### General

- Analizar las repercusiones que los cuidados están ocasionando en personas cuidadoras familiares de enfermos de Alzheimer y si éstas influyen en la calidad de los cuidados que dispensan.

### Específicos

- Explorar el estado de salud y la autopercepción que de ella poseen familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer y trastornos afines.
- Cuantificar el índice de esfuerzo que representa para dichos cuidadores familiares el desempeño de dicho rol.
- Evaluar la calidad de los cuidados que están recibiendo los enfermos.
- Evidenciar si el estado de salud y el índice de esfuerzo del cuidador, influyen sobre dicha calidad.

## MATERIAL Y MÉTODO.

### Diseño del estudio:

Se ha llevado a cabo un estudio analítico-descriptivo de carácter transversal

### Lugar del estudio:

La AFAA, Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer Andalucía de Málaga

### Sujetos de estudio:

La población objeto del estudio la componen dos núcleos emparejados:

De una parte cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Ser familiar y el cuidador principal de un enfermo diagnosticado de EA o de cualquier otro síndrome demencial, que se encuentre en fase moderada o severa y que conviva con el enfermo en el mismo domicilio.

- El segundo núcleo de población han sido enfermos en fase moderada-severa de la enfermedad y por tanto con necesidad de tener que ser ayudado/suplido en sus ABVD.

Para la toma de datos se han utilizado los siguientes instrumentos:

- Para la medida del **Estado de Salud** de los cuidadores se ha utilizado el cuestionario SF-12 (adaptación validada para nuestro país del SF-12 Health Survey (Ware JE Jr 1996), realizada por Alonso y colaboradores (Alonso et al 1998). Este es un instrumento de 12 items, que puede ser auto-administrado, y recoge las respuestas en escalas tipo Likert con tres o seis opciones, dependiendo del item. Estas puntuaciones se estandarizan en 50, ocurriendo que valores superiores a esta cifra deben interpretarse como una mejor situación y valores inferiores a esta como una peor salud. El instrumento proporciona un perfil genérico del estado de salud en el Componente Físico (PCS-12) y en el Componente Mental (MCS-12).

- Para la determinación del **Esfuerzo Apareado a la Tarea de Cuidar** al enfermo se ha usado el *Índice de Esfuerzo del Cuidador (IEC)*, versión castellana y validada de la "Caregiver Strain Index". Consiste en una entrevista semiestructurada que consta de 13 items con pregunta dicotómica, si – no, en la que cada item positivo es puntuado con un punto, ocurriendo que una puntuación total de 7 ó más puntos sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

- Al mismo se tomaron datos de carácter general como: edad, sexo, enfermedades que padece, fase en la que se encontraba el enfermo, parentesco con éste, tiempo que llevaba cuidándolo, necesidades básicas que debían ser cubiertas, horas que destinaba al día para los cuidados directos e indirectos del paciente, horas al día que recibían ayuda, y si esta era externa o aportada por alguien de la propia familia.

- Para la valoración de la **Calidad de los Cuidados** que recibían los enfermos, dado que por motivos obvios y asociados a su deterioro cognitivo, no podían responder a ningún cuestionario y/o entrevista en relación a su satisfacción con la atención que estaban recibiendo por parte de sus cuidadores, se diseñó un instrumento de recogida de datos teniendo como referencia el cuestionario ICUB 97 e Indicadores de los Criterios de Resultados de Enfermería (NOCs): Ambiente seguro del hogar (1910); Estado de comodidad (2008); Estado de comodidad: entorno (2009); Autocuidados: Actividades de la vida diaria (AVD) (0300); Autocuidados: Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (0306); Estado nutricional (1004); Integridad tisular: piel y membranas (1101); Higiene bucal (1100); Eliminación intestinal (0501); Eliminación urinaria (0503). (Moorhead S. 2009).

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Perfil de la muestra estudiada.-

El número total de cuidadoras incluidas en el actual estudio ha sido

de 11, ya que aunque partíamos de una previsión de 15, durante la fase de toma de datos en el domicilio se comprobó que 4 enfermos no cumplían todos los criterios de inclusión, lo que condicionó el número de cuidadoras. En 7 de los casos (63,6%) el cuidador era una mujer, siendo los 4 (36,4%) restantes hombres.

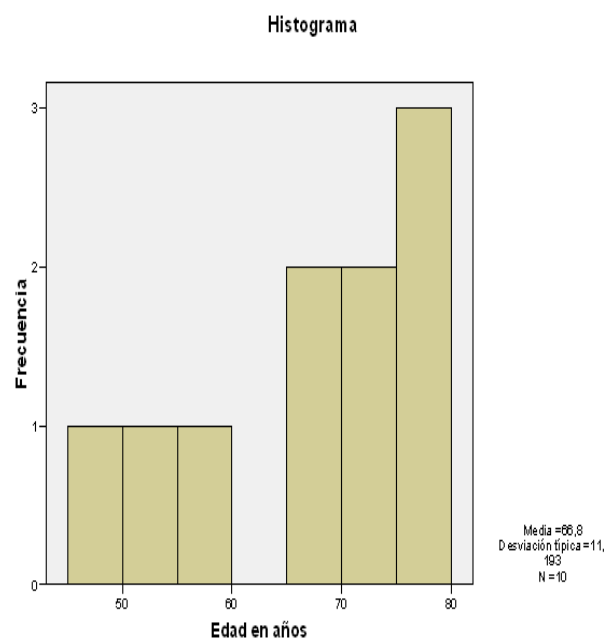
Coincidimos con la mayoría de los estudios realizados al respecto, que aseguran que en ésta, como en otras patologías que requieren cuidados prolongados, la persona que desempeña el rol de cuidador es una mujer.

En esta ocasión, no obstante, la cifra hallada discrepa de la encontrada en mayoría de los estudios al respecto, que sitúan este porcentaje por encima del 80% (Rodríguez Ponce et al 2002; Garrido A. 2003; Calvente M<sup>a</sup> M et al. 2004; Ballester Ferrando D et al 2006.).

Hemos coincidido, sin embargo, con otros autores en los que se han conjugado una serie de características especiales: la muestra, como la nuestra, era pequeña (Fernández Capó M et al 2002.); o las cuidadoras, como en nuestro caso pertenecían a una Asociación de Alzheimer (García Ocaña MG. 2007); o en el caso en que se han analizado las consecuencias cuando la enfermedad se instaura en el seno de una familia en el que la mujer trabaja extradomésticamente (La Parra D. 2001); o si se ha analizado el cuidado de enfermos más jóvenes. (Múñoz-Cruzado M. 2007).

En cuanto al parentesco el cuidador era cónyuge del enfermo en ocho caso (72,7%) e hija del mismo/a en tres (27,3%).

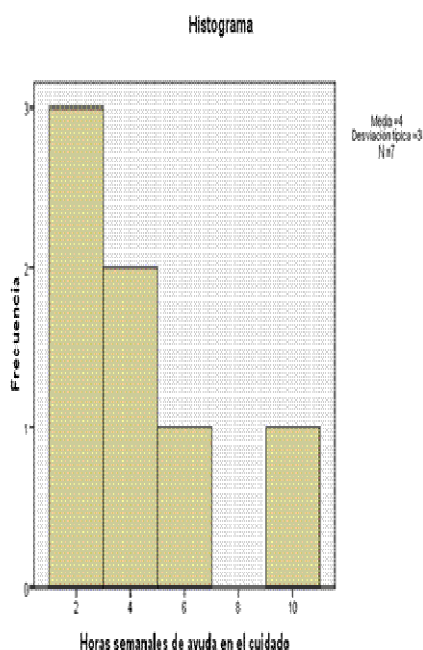
La edad de las cuidadoras oscilaba en el rango de los 47 a 80 años, con una edad media de de 66,8 años (DT=11,2) (Fig. 1).



**Fig. 1: Edad de las cuidadoras**

En cuanto a la edad y el parentesco, aunque hay variabilidad son varios los autores que como nosotros han encontrado que la edad de la cuidadora ronda los 66 años y que ésta es la cónyuge del enfermo (García Ocaña MG. 2007). Otros autores, por el contrario han encontrado predominio de menor edad (56 años) y de hijas sobre cónyuges. (Santiago y López .1999; Morales y Muñoz 2000; Muñoz Cruzado y Barba 2007).

Respecto al tiempo que las cuidadoras estudiadas dedican a los cuidados directos del paciente hemos encontrado que este era de un mínimo de 3 horas a un máximo de 24 horas, siendo la media de 11,7 (DT=7,0) horas diarias.



**Fig. 2: Horas dedicadas al cuidado**

Además emplean en tareas de cuidados indirectos una media de 1,60 horas diarias (DT=0,8), con un mínimo de 1 y un máximo de 3.

Al analizar la carga del cuidado coincidimos con bastantes estudios que consideran, como en nuestro caso, que cuidar a un enfermo de estas características supone una gran carga que trae aparejado una importante dedicación en tiempo. Desde el clásico de Mace, (Mace NL 1991) “36 Horas al día”, diferentes estudios han estimado que el tiempo dedicado a los cuidados de los pacientes de Alzheimer supone entre 8 y 20 horas diarias. (Badia X et al 2204, Bonill de las Nieves C, 2006).

En cuanto a la posible ayuda recibida hemos encontrado que aunque en 7 casos de 11 confesaron

recibir ayuda, ésta era sólo de una media de 4 horas semanales (DT = 3,0), con un máximo de 10 horas y un mínimo de 2.

Cuando se produce esta ayuda, sólo en 2 de los 7 casos (28,6%) ésta es proporcionada por familiares del núcleo próximos; en los 5 casos restantes (71,4%) ésta es proporcionada por personal externo contratado.

Hemos puesto de manifiesto que las personas cuidadoras estudiadas asumen su rol prácticamente en solitario, sin una ayuda eficaz, programada, y adaptada a sus necesidades, recibiendo a cambio poco apoyo familiar y/o social; debiendo contratar y abonar de su propia economía la ayuda que necesiten. En ese hallazgo coincidimos con estudios como los de (Badia LLach. 2005; Ruiz de Alegría Fernández de Retana B. 2006; García Ocaña MG. 2007; Muñoz Cruzado 2007),

#### **Estado de Salud - Componente Físico: PCS-12.**

El componente físico del test SF12 está diseñado para presentar sobre la población española un valor medio de 50, con desviación típica de 10. En nuestra muestra el componente físico de la salud de SF-12 (el PCS – 12), analizado mediante el test estadístico *t*-student, presentaba un valor medio de 42,87 (DT=10,805), que es significativamente inferior al medio de la población española ( $t_{10}=2,36$ ,  $p < 0,05$ )

#### **Estado de Salud - Componente Mental: MCS-12**

El componente mental del test SF12 está diseñado para presentar sobre

la población española un valor medio de 50 con desviación típica de 10. En nuestra muestra el componente mental de la salud de SF-12, (el MCS -12), analizado mediante el test estadístico *t*-student, presentaba un valor medio de 29,64 (DT=7,8), que es significativamente inferior al medio de la población española ( $t_{10}=6,75$ ,  $p < 0,001$ ).

Hemos encontrado que nuestra muestra presenta una mala salud, particularmente en su componente mental, en clara coincidencia con diferentes estudios que han determinado que las personas cuidadoras presentan un empeoramiento de su estado de salud (Moreno M et al. 2004); o serios problemas de salud Morales JA et al (2000); o que un tercio de los cuidadores informales que habían estudiado precisaban tratamiento por problemas derivados de la salud mental (Ballester Ferrando D et al. 2006); o que el hecho de desempeñar el rol de cuidador de un enfermo crónico se presenta asociado al padecimiento de enfermedades psicosomáticas, pero que si además el enfermo está afecto de Enfermedad de Alzheimer se considera que existe un riesgo añadido (Múñoz-Cruzado y Barba M. 2007)..

### Índice de esfuerzo del cuidador

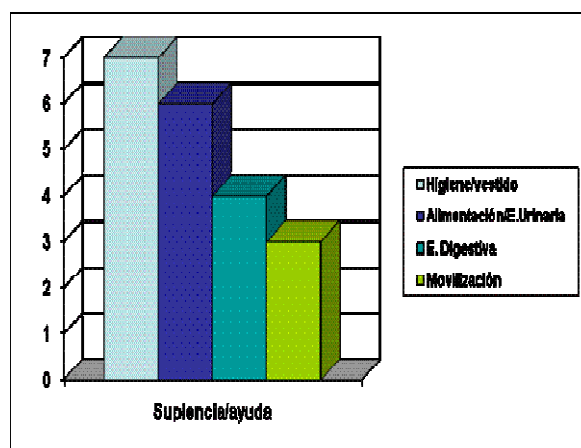
Este índice está diseñado para evaluar el esfuerzo que supone para las personas cuidadoras el cuidar de un paciente crónico, estimándose que por encima de 7 se considera que hay sobreesfuerzo. En nuestra muestra el 100% presenta un valor por encima de 7, con una media de 9,80 (DT=1,3).

El concepto de padecimiento asociado al cuidado de un enfermo de Alzheimer bajo las acepciones de sobrecarga, sobreesfuerzo, estrés,... queda patente, con mayor o menor nivel de explicitación en la totalidad de los estudios analizados.

### Resultados del Enfermo.

En cuanto a los resultados acerca del enfermo hemos obtenido que se trata de una persona que:

- En 5 de 11 casos (45,5%) se encuentra en fase III o severa y en los 6 restantes (54,5%) en fase II-III o moderada-severa de la enfermedad.
- Precisa de suplencia o ayuda total para:
- Higiene y vestido en 7 casos (63,6%).
- Alimentación y eliminación urinaria en el 6 casos (54,5%).
- Favorecer la eliminación digestiva 4 casos (36,4%).
- Movilización 3 casos (27,3%).



**Fig. 3: Áreas de suplencia/ayuda**

Tras cumplimentar el instrumento diseñado, la ficha FORICC, in situ en el domicilio que comparten enfermo y cuidador, se han obtenido

los resultados que se detallan en la Tabla 1.

**Tabla 1: Resultados indirectos de la calidad de los cuidados**

INDICADOR	Inadecuado	Adecuado	Muy Adecuado
Adaptaciones del entorno orientadas a la seguridad		8 casos (72,7%)	3 casos (27,3%)
Existencia de objetos peligrosos		6 casos (54,5%)	5 casos (45,5%)
Olor ambiental		7 casos (63,6%)	4 casos (36,4%)
Temperatura ambiental		8 casos (72,7%)	3 casos (27,3%)
Orden/limpieza en el dormitorio del enfermo.		6 casos (54,5%)	5 casos (45,5%)
Orden en el botiquín del paciente	1 caso (9,1%)	6 casos (54,5%)	4 casos (36,4%)
Orden/limpieza de enseres de uso del paciente.		5 casos (45,5%)	6 casos (54,5)
Orden/limpieza en la cama del paciente		3 casos (27,3%)	8 casos (72,7%)
		3 casos	8 casos



Orden/limpieza en la ropa del paciente	(27,3%)	(72,7%)
	3 casos	8 casos
Orden/limpieza en los dispositivos de ayuda	(27,3%)	(72,7%)
	3 casos	8 casos
Limpieza corporal del paciente	(27,3%)	(72,7%)
	3 casos	8 casos
Estado del cabello	(27,3%)	(72,7%)
	3 casos	8 casos
Estado de las uñas.	(27,3%)	(72,7%)
	3 casos	8 casos
Estado de boca	(27,3%)	(72,7%)
Estado de prótesis	3 casos	7 casos
(# En un caso no procede)	(27,3%)	(63,6%)
	6 casos	5 casos
Estado nutricional aparente	(54,5%)	(45,5%)
Estado de los pañales	7 casos	3 casos
(# En un caso no procede)	(63,6%)	(27,3%)
	5 casos	6 casos)
Estado de la piel del paciente	(45,5%)	(54,5)
	6 casos	5 casos
Integridad de la piel del paciente	(45,5%)	(54,5%)

Como podemos observar los indicadores indirectos que elegimos para evaluar la calidad de los cuidados dispensados, alcanzan, prácticamente en la totalidad de las ocasiones, valores correspondientes a las opciones moderadamente

adecuado y adecuado, con lo que podemos deducir que dicha calidad es buena. No obstante, al no tener variabilidad no podemos determinar si ésta está relacionada con una mejor o peor salud de los cuidadores

o con un índice de mayor o menor esfuerzo.

Tenemos que contemplar que en nuestro estudio se ha podido producir un sesgo importante, ya que por razones obvias nuestra visita era anunciada con anterioridad, con lo que las cuidadoras podrían haber planeado preparar y adecuar algunos de los indicadores indirectos; aunque este hecho no se podría haber producido en todos; hechos como la ausencia de úlceras, o la adecuada adaptación del entorno cuidador, no son situaciones que se improvisan fácilmente.

Por último expresar que no podemos presentar ningún resultado de carácter cualitativo porque no se planteó que algunos aspectos de este estudio fueran investigados mediante esa metodología. No obstante hemos sido conscientes de que el acto de la visita domiciliaria para la valoración del enfermo hubiera sido un momento idóneo para obtener información acerca de aspectos subjetivos, de percepciones individuales, de sentimientos personales,... que afloraban pero que con los instrumentos cuantitativos no hemos sido capaces de captar.

Para una investigación posterior sería necesario contemplar esta carencia y plantear sesiones en las que mediante alguna técnica de observación participante, de entrevista en profundidad o de grupo focal, podamos captar esta dimensión que ahora se nos ha esfumado.

## CONCLUSIONES

Las conclusiones más relevantes que hemos obtenido han sido:

1. En cuanto a la exploración del estado de salud, que hemos evaluado con el SF-12, hemos encontrado que es peor al de la población española, ya que el componente físico y particularmente el mental presentan valores significativamente inferiores a los valores medios de la población española.
2. En cuanto a la cuantificación del índice de esfuerzo asociado al desempeño de tareas propias del rol de cuidadora, hallamos que el 100% de nuestra muestra, presenta sobreesfuerzo.
3. En cuanto a la evaluación de la calidad de los cuidados que están recibiendo los enfermos, hemos encontrado que los indicadores indirectos que hemos seleccionado para ello nos indican que es muy adecuada.
4. En referencia a evidenciar si el deterioro en el estado de salud y el sobreesfuerzo asociados al rol de cuidador familiar influyen en dicha calidad, no podemos concluir que esto sea así ya que al no tener variabilidad no podemos determinar si existe relación entre ambas. Visto la poca frecuencia con la que se presentan los cuidados inadecuados, seguramente un diseño de casos y controles hubiese sido más adecuado para el estudio de la mencionada relación.

**BIBLIOGRAFIA.**

1. Abad Lluch N et al Llopis Rocher A, Pérez Cuesta S, Serrano Moragues A, Tomás Fort V. El cuidador principal en la enfermedad de Alzheimer. *Enfermería Integral*. 2000; 55:31-5.
2. Alonso G, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C y de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin Barc*. 1998; 111:410-16.
3. Badía LLach X, Lara Suriñach N, Rosert Gamisans MR. Calidad de vida, tiempo que dedicación y carga percibida por el cuidador principal del enfermo de Alzheimer. *Aten. Primaria*. 2004; 34 (4): 170-7.
4. Ballester Ferrando D, Juvinyá Canal D, Brugada Motje N, Doltra Centellas J, Domingo Roura A. Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. *Rev Presencia* 2006 jul – dic 2 (4).
5. Berguero Miguel T, Gómez Banovio M, Cano Oncalo G, Mayoral Cleries F. El cuidador familiar en la enfermedad crónica. *Atención Sociosanitaria y Bienestar* 2000. sept. (3):17-20.
6. Bonill de las Nieves C. Vivir al día. Experiencia de Carmen, cuidadora de su marido enfermo de Alzheimer. *Index Enfermería*. 2006;52-53: 64-8.
7. Calvente M<sup>a</sup>M y Mateo Rodríguez I. El cuidado de la salud ¿quién hace qué?. *Index de Enfermería*. Verano - Otoño. 1993, Año II; 6:16.
8. Colliere MF. *Promover la Vida*. Interamericana. Madrid. 1993: 5.
9. Coope B, Ballard C Saad K et al. The prevalence of depresión in the carers of dementia sufferers. *Int J Geriatry Psychiatry*. 1995; 10: 237-242.
10. De la Cuesta Benjumea C. Familia y cuidados a pacientes crónicos: el papel de la enfermera en el cuidado familiar. *Index Enfermería*. 2001; 10 (34):20-26.
11. De la Cuesta Benjumea C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería*. Medellín. 2009; XXVII (1):97-112.
12. Díez J. Malestar psíquico en cuidadores familiares de personas confinadas en su domicilio. *Medifam*. 1995; 5:124-30.
13. Eagle JM, Craig A, Rawlinson F, Restall DB, Beatties JAG, Besson JAO. The psychological well-being of supporters of the demented elderly. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 293-298.
14. Hofman A, Rocca WA, Brayne C, Breteler MM, Clarke M, Cooper B et al. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. Eurodem Prevalence Research Group. *Int J Epidem*. 1991; 20(3):736-748.
15. Fernández Ballesteros R, Díez Nicolás J. Libro Blanco sobre la Enfermedad de Alzheimer y trastornos afines. Madrid. Obra Social de Caja Madrid. 2001.
16. Fernández Capó M, Roqué MV, Gual P, Cruz F. Diseño de un cuestionario para cuidadores principales familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Mult. Gerontol*. 2002; 12 (4): 190-6.
17. García Calvente M<sup>a</sup> M, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez P. *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie Monografías, nº 27; 1999.
18. García Caliente M<sup>a</sup> M, Mateo-Rodríguez, I, Maroto-Navarro, G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18(2): 83-92.
19. García Ocaña MG, Gómez Robles R, Saiz Vinuesa MD, López de Castro F Repercusión familiar de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Rol Enf*. 2007; 30 (3): 219-24.
20. Garrido A. La distribución del trabajo generado por el cuidado de otras personas. *Emakunde SARE*. 2003: 1-13
21. Grupo en Demencias SEEGG (Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológico) Rodríguez Ponce C, Toronjo Gómez A M, Moreno Gutiérrez MA, Rojas Ocaña MJ, Morales Luque F, Navas Moreno J, Astorga Sánchez JA, Bonill de las Nieves C. *Guía de cuidados enfermeros a pacientes de Alzheimer y otros síndromes demenciales y a sus cuidadoras*. Madrid. SEEGG. 2007.
22. Heierle C. *Cuidando entre cuidadores: intercambio de apoyo en la familia*. Cuadernos Index 3. 2004.
23. Henderson V. *Basic Principles of nursing care*. London: ICN House; 1961

24. Livingston G, Manela M, Katona C. Depression and other psychiatric morbidity in carers of elderly people living at home. *BMJ* 1996; 312 (20): 153-156.
25. La Parra D. La contribución de las mujeres y hogares más pobres a la producción de cuidados informales. *Gaceta sanitaria*. 2001; 15: 498-505.
26. Mace NL y Rabins PV. 36 Horas al día. Guía para los familiares de los pacientes de Alzheimer. Barcelona: Ancora; 1991.
27. Martín M, Salvado I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, Taussig MI. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador. (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996; 6:338-46.
28. Moorhead S, Jonson M, Maas M L Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Elsevier. 2009.
29. Morales JA, Muñoz T. Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados. *Centro de Salud*. 2000. 8: 714-8.
30. Moreno ML, Nader A, López de Mesa C. Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud. *Avances de Enfermería*. 2004; 22 (1): 27-38.
31. Montorio I, Izal M, López A, Sánchez M. La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*. 1998; 14(2):229-48.
32. Moral MS, Ortega J, López MJ, Pellicer P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención Primaria*. 2003; 32 (2): 77-87.
33. Morales JA, Muñoz T. Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados. *Centro de Salud*. 2000; 8:714-8.
34. Morris RG, Morris LW, Britton PG, Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 147-156.
35. Muñoz—Cruzado Barba M. Necesidades y riesgos de los cuidadores de ancianos dementes. *Geriatrka* 1993; 9 (9): 407-410.
36. Muñoz—Cruzado Barba M. La enfermedad de Alzheimer como factor de riesgo psicosomático para los familiares cuidadores de enfermos crónicos discapacitados. Tesis Doctoral. UMA. 2007.
37. Ory MG; Hoffman RR, Yee JL et all. (1999). Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *Gerontologist*; 39:177-85.
38. Philip I, McKee KJ, Meldrum P et al. Community care for demented and non-demented elderly people: a comparison study of financial burde, service use, and unmet needs in family supporters. *BMJ* 1995; 310 (10): 1503-1506.
39. Poulshock SW, Deimling GT. Families caring for elders in residence: issues in the measurement of burden. *J Gerontol*. 1984; 39: 230-239.
40. Reese DR, Gross AM, Smalley DL, Mecser SC. Caregivers of Alzheimer's Disease and stroke patients: immunological and psychological considerations. *Gerontologist* 1994; 34 (4): 534-540.
41. Regueiro Martínez AA, Ferreiro Cruz MC, Gomara Villabona SM, Pérez Vázquez Sobrecarga del cuidador principal del paciente dependientes en Atención Primaria. *Atención Primaria*. 2006; 38 (3): 183.
42. Rodríguez Ponce C, De Domingo Ruiz de Mier MJ. EL ALZHEIMER. Claves para identificarlo, comprenderlo y vivir con ÉL. Ed. Arguval .Málaga 2005.
43. Rodríguez Ponce C, Moreno Gutiérrez MA, Bonill de las Nieves C. Procesos cognitivos. En *Enfermería del anciano*. Enfermería S21. 2ª Ed. Madrid. Ediciones DAE. 2009: 187-241.
44. Rubio MI, Sánchez A, Ibáñez JA, Galve F, Martí N, Mariscal J. Perfil medico social del cuidador crucial. ¿Se trata de un paciente oculto? *Atención Primaria*. 1995; 16: 181-86.
45. Ruiz de Alegría B, de Lorenzo E, Basurto S. Estrategias de afrontamiento beneficiosas para las mujeres que cuidan de un progenitor con Alzheimer. *Index Enfermería*. 2006; XXV (54): 10-14.
46. Sagués Amadó A, Garcia Borja JM, Suarez Canal R, Espinosa Almendro JM, Balbuena Fernández EM, Ruiz Loaiza I, López García JM, Martín Larrea A, Torro García Morato C. Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010. Consejería de Salud. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía, Sevilla; 2007.
47. Sánchez L, Estruch M. El cuidador informal: su perfil y nivel de sobrecarga. *Atención Primaria*. 1999; 24 (2): 403.

48. Santiago P, López O. Morbilidad de pacientes confinados en su domicilio. Atención Primaria. 1999; 24: 404-10.
49. Valles Fernández MN, Gutiérrez Cillan V, Luquin Jauría AM, Martín Gil MA, López de Castro F. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de pacientes con demencia. Atención Primaria. 1998; 22(8): 481-5.
50. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care. 1996; 34:220-33.
51. Warner J, Butler R. Enfermedad de Alzheimer. Evid. Clin 2002; 1:829-43.
52. Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of impaired Elderly: Correlates of feelings of burden. The Gerontologist. 1980; 20 (6): 649-55