

Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia

B. Artaso Irigoyen¹, A. Goñi Sarriés², A. Biurrun Unzué³

Resumen

Objetivo: Describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por un grupo de cuidadoras de enfermos con demencia.

Material y Método: Se estudiaron 40 cuidadoras mujeres o hijas de enfermos con demencia que permanecían en la comunidad. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas: deterioro cognitivo (MEC) y funcional (índice de Barthel), sobrecarga (“Escala de sobrecarga del cuidador”) y estrategias de afrontamiento (“Cuestionario de formas de afrontamiento”).

Resultados: La estrategia más utilizada fue la “búsqueda de apoyo social” y la menos la “huida-avoidance”. Las cuidadoras más jóvenes e hijas de los pacientes con mayor formación académica, utilizaban más estrategias centradas en los problemas y en concreto la “confrontación” y la “planificación”. La sobrecarga grave determinaba la mayor utilización de la “huida-avoidance”, la “aceptación de la responsabilidad” y la “confrontación”.

Conclusión: El afrontamiento de la tarea de cuidador varía en función del contexto vital en el que se produce y del grado de sobrecarga de los cuidadores.

Palabras clave: Cuidador. Demencia. Afrontamiento.

Summary

Purpose: To describe the coping strategies used by a group of caregivers of patients with dementia.

Materials and methods: 40 caregivers, wives and daughters of patients with dementia who remained in the community were studied. Sociodemographic and clinical variables were obtained.

¹Psiquiatra. Centro Psicogeriátrico “San Francisco Javier”

²Psicóloga Clínica. Centro Psicogeriátrico “San Francisco Javier”

³Psicóloga Clínica. AFAN (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Navarra)

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio, becado por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra

Correspondencia: Dra. Begoña Artaso Irigoyen
Centro Psicogeriátrico “San Francisco Javier”
Avda Villava, 53
31015 PAMPLONA (Navarra)

ned: cognitive (MEC) and functional impairment (Barthel Index), burden ("Caregiver burden scale") and coping strategies ("Ways of Coping Scale").

Results: The strategy used most was the "social support search", while the "avoidance-escape" strategy was used the least. The youngest caregivers and the daughters of patients with higher academic studies used more strategies focusing on problems, especially "planning" and "confrontation". Severe burden determined the extensive use of "avoidance-escape", "responsibility acceptance" and "confrontation".

Conclusion: The caregiver's coping task varies depending on the vital context in which it occurs and on the degree of burden of the caregivers.

Key words: Caregiver. Dementia. Coping

INTRODUCCIÓN

La importante contribución de los cuidados informales en la asistencia al paciente con demencia, es un hecho ampliamente constatado en la actualidad e incluso apoyado por datos económicos. Así, se ha calculado que en España, el 78% del coste del paciente con demencia en la comunidad corresponde a los cuidados informales (Boada et al, 1999). No obstante, a estas importantes cifras tendríamos que añadir el sufrimiento que entraña la tarea de cuidar a un familiar enfermo y que se traduce en una elevada morbilidad psiquiátrica entre los cuidadores familiares (Coope et al, 1995; Morris et al, 1988).

El proceso de cuidar a un anciano con demencia en su domicilio es un proceso complejo, que genera un estrés crónico y que afecta en mayor o menor medida a la salud física y mental de los cuidadores. En este proceso son múltiples los factores que intervienen dando lugar a una gran variabilidad en la capacidad de los cuidadores para hacer frente a la situación. Pearlin et al (1990) hipotetizaron un sistema que engloba de forma esquemática las relaciones entre los factores de base (características socioeconómicas, historia del cuidador), los estresores primarios (deterioro cognitivo y funcional, problemas conductuales, sobrecarga y deprivación relacional del cuidador) y secundarios (tensión intrapsíquica y tensión en el papel), mediadores (estrategias de afrontamiento, apoyo social) y los niveles de estrés. Hooker et al (1994), propusieron la inclusión de la personalidad como mediador.

La literatura sobre el tema ha estudiado fundamentalmente la influencia en el cuidador informal de los estresores primarios, concluyendo que son

los trastornos de conducta del paciente más que el deterioro cognitivo y funcional los que determinan una mayor sobrecarga con los cuidados (Artaso et al, 2001a; Clyburn et al, 2000; Garre-Olmo et al, 2000; Harwood et al, 2000; Coen et al, 1997; Bédard et al, 1997; Grafström and Winblad, 1995). No obstante, existe una gran variabilidad en la influencia de estos estresores en la salud del cuidador, en función del sentimiento de control de la situación que tiene el cuidador, que englobaría tanto su propio control emocional como su capacidad de entender y manejar los trastornos conductuales y funcionales del paciente. (Vernooy-Dassen et al, 1996; McNaughton et al, 1995; Brashares and Catanzaro, 1994; Morris et al, 1989). Este sentimiento de control estaría mediado tanto por el apoyo social (Atienza et al, 2001) como por las estrategias de afrontamiento utilizadas por el cuidador (Gignac and Gottlieb, 1996; Saad et al, 1995; Hooker et al, 1994).

En este trabajo nos vamos a centrar en las estrategias de afrontamiento siguiendo el modelo procesual de Lazarus y Folkman (1986), el cual define el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como algo que grava o excede los recursos de la persona. Así, el objetivo de nuestro estudio es realizar un análisis descriptivo de las estrategias de afrontamiento utilizadas por un grupo de cuidadoras mujeres, y la variación de dichas estrategias en función de determinadas variables sociodemográficas y clínicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de 40 cuidadores de ancianos con demencia que permanecen en la

comunidad. La muestra se obtuvo del total de los cuidadores de pacientes que acudían a un centro de día psiquiátrico (n=30) y de aquéllos que contactaban con el centro para realizar un ingreso temporal para “descanso familiar” (n=10). Los criterios de inclusión utilizados fueron: ser mujer, esposa o hija del paciente, convivir en el mismo domicilio y ser la cuidadora principal, entendiéndose por tal, la persona de la familia que asume la mayor parte de tareas de cuidados básicos.

Para la recogida de datos se diseñó un protocolo que incluía variables sociodemográficas y clínicas, tanto del paciente como del cuidador informal (Tabla 1). Para medir el deterioro cognitivo se utilizó el “Miniexamen Cognoscitivo” (MEC) de Lobo et al (1979). Este instrumento es una versión adaptada a la población española del Mini-Mental-State de Folstein (1975), que ha demostrado su fiabilidad test-retest, con un coeficiente de correlación de 0.87 altamente significativo ($p < 0,001$), así como su validez concurrente. El deterioro funcional se midió con el índice de Barthel (Mahoney and Barthel, 1965). Este instrumento evalúa diez actividades básicas de la vida diaria y se puntúa de 0 a 100. Tiene una alta validez concurrente y un coeficiente de correlación kappa ponderado de 0,98 intraobservador y mayores de 0,88 interobservador (Baztán et al, 1993).

Tabla 1
VARIABLES ESTUDIADAS (ARTASO B, GOÑI A, BIURRUN)

| VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS | |
|--|---|
| <i>PACIENTE</i> ●Edad ●Sexo ●Estado Civil ●Edad de escolarización | <i>CUIDADOR</i> ●Edad ●Estado civil ●Edad de escolarización ●Parentesco con el paciente ●Hijos menores de 14 años ●Trabajo remunerado |
| VARIABLES CLÍNICAS | |
| <i>PACIENTE</i> ●Tiempo de evolución de la enfermedad Deterioro cognitivo Deterioro funcional | <i>CUIDADOR</i> ●Tiempo como cuidador ●Sobrecarga ●Estrategias de afrontamiento |

La sobrecarga emocional del cuidador familiar se midió con la “Escala de sobrecarga del cuidador” que es una versión del Caregiver Burden Interview (Zarit, 1980), traducida al español y validada por Martín et al (1996). Se trata de una escala de 22 ítems que mide el grado en que los cuidadores perciben como sus responsabilidades tienen efectos adversos sobre su salud, vida personal y social, finanzas y bienestar emocional. Cada ítem se puntúa según la severidad de la repercusión del 1 al 5, con un punto de corte de 46-47 que diferencia entre “no sobrecarga” y “sobrecarga” con una sensibilidad del 84,6% y una especificidad del 85,3%, mientras que el punto de corte 55-56 diferencia entre “sobrecarga leve” e “intensa” con una sensibilidad y especificidad del 89,7 y del 94,2, respectivamente. En la versión original, se obtuvieron dos subescalas que reflejan de forma fiable dos aspectos de los cuidados: tensión personal (coeficiente alpha de Cronbach=0,80) y tensión en el rol (coeficiente alpha de Cronbach=0,81).

Las estrategias de afrontamiento se midieron con el “Cuestionario de formas de afrontamiento” de Lazarus y Folkman, en su versión de 50 ítems (1986). Se trata de una escala que permite evaluar el afrontamiento como proceso, haciendo referencia a los pensamientos, sentimientos y actos específicos, evaluando el afrontamiento en un contexto específico. Se puede evaluar de forma auto o heteroaplicada, siendo necesarios aproximadamente unos 15 minutos para su cumplimentación. Las respuestas se evalúan en una escala tipo Likert de 4 puntos y se agrupan en 8 modos de afrontamiento:

- Confrontación (P): Intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas.

- Distanciamiento (E): Intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.

- Autocontrol emocional (E): Esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

- Búsqueda de apoyo social (P, E): Acudir a otras personas (amigos, familiares...) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.

- Aceptación de la responsabilidad (E): Reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.

- Huida-evitación (E): Empleo de un pensamiento irreal improductivo.

- Planificación (P): pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.

- Reevaluación positiva (E): Percibir los posibles aspectos positivos que tengan o haya tenido la situación estresante.

A su vez, estas dimensiones de afrontamiento pueden agruparse en estrategias centradas en los problemas (P) o en las emociones (E). La consistencia interna de la versión en castellano se sitúa entre 0,60 y 0,75 (Sánchez-Cánovas, 1991).

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS en su versión 6.0 para windows. Las pruebas estadísticas empleadas fueron, el coeficiente de correlación de Pearson para estudiar la influencia de variables cuantitativas en el afrontamiento, y para las variables categoriales, se realizó una comparación de medias.

RESULTADOS

Las características de la muestra estudiada pueden verse en la Tabla 2. El perfil de paciente más habitual era el de una mujer (62,5%) de 81 años de edad, viuda (65%) y con estudios hasta los 11 años. La media de evolución de la enfermedad era de 4 años, con un deterioro cognitivo

moderado y funcional leve. En cuanto al cuidador familiar, se trataba de una mujer de 54 años de edad, casada (85%), con estudios primarios, sin hijos menores a su cargo (80%) y en más de la mitad de los casos (67,5%) dedicada a las tareas del hogar. En el 70% de los casos presentaban una sobrecarga grave con los cuidados, después de 4 años de desempeñar el papel de cuidadora.

La utilización de las distintas estrategias de afrontamiento evaluadas queda reflejada en la Tabla 3. Si ajustamos cada estrategia en función del número de ítems que corresponde a cada una de ellas, vemos como las más utilizadas fueron la búsqueda de apoyo social, la reevaluación positiva y la planificación, y la menos presente fue la huida-evitación.

En nuestro estudio la edad del cuidador era una variable significativamente asociada a la utilización de estrategias de afrontamiento. Así, las cuidadoras más jóvenes utilizaban más estrategias centradas en los problemas ($r=-0,42$; $p=0,00$) y en concreto la confrontación y la planificación. Por el contrario, las estrategias centradas en las emociones no se relacionaban con la edad del cuidador, aunque el autocontrol se correlacionaba de forma próxima a la significación con una menor edad del cuidador (Tabla 4). De forma congruente con este resultado, eran las cuidadoras hijas de los pacientes las que utilizaban significativamente más estrategias centradas en los problemas ($Z=-2,66$; $p=0,00$), y de éstas, la confrontación y la planificación (Tabla 5).

Tabla 2
Características de la muestra (Artaso B, Goñi A, Biurrun A.)

| PACIENTE | CUIDADOR |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> •Edad: 80,75 años (DE:6,55) •Sexo (varón/mujer): 15/25 •E. Civil (casado/no casado): 14/26 •Escolarización: 10,88 años (DE:6,26) •Evolución: 52,35 meses (DE:33,56) •MEC: 14,05 (DE:9,05) •Barthel: 65,50 (DE:31,50) | <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 54,20 años (DE:13,61) • E. Civil (casado/no casado). 34/6 • Escolarización: 14,57 (DE: 4,33) • Hijos < 14 años (sí/no): 8/32 • Trabajo remunerado (Sí/no): 13/27 • Tiempo como cuidador: 49,65 meses (DE: 37,62) • Sobrecarga: 63,60 (DE: 13,28) • Afrontamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Problemas: 24,53 (DE: 9,81) • Emociones: 44,30 (DE: 13,68) |

Tabla 3
Estrategias de afrontamiento (Artaso B, Goñi A, Biurrún A.)

| Tipo de estrategia | Media (DE) | Media ajustada por n° ítems |
|--|-------------|-----------------------------|
| •.Confrontación (P) | 6,50 (3,08) | 1,08 (6 ítems) |
| •.Aceptación de la responsabilidad (E) | 4,22 (2,28) | 1,05 (4 ítems) |
| •.Planificación (P) | 8,00 (3,73) | 1,33 (6 ítems) |
| •.Reevaluación positiva (E) | 9,55 (4,33) | 1,36 (7 ítems) |
| •.Distanciamiento (E) | 7,25 (3,53) | 1,20 (6 ítems) |
| •.Autocontrol (E) | 7,75 (3,34) | 1,10 (7 ítems) |
| •.Búsqueda de apoyo social (P, E) | 9,95 (4,40) | 1,65 (6 ítems) |
| •.Huida-avoidancia (E) | 5,33 (3,63) | 0,66 (8 ítems) |

(P= afrontamiento centrado en los problemas; E: afrontamiento centrado en las emociones)

Tabla 4
Correlación de la edad del cuidador con las estrategias de afrontamiento

| Tipo de estrategia | r | P |
|------------------------------------|-------|------|
| •.Confrontación* | -0,38 | 0,01 |
| •.Aceptación de la responsabilidad | -0,24 | 0,12 |
| •.Planificación* | -0,46 | 0,00 |
| •.Reevaluación positiva | -0,07 | 0,62 |
| •.Distanciamiento | -0,00 | 0,99 |
| •.Autocontrol | -0,28 | 0,07 |
| •.Búsqueda de apoyo social | -0,25 | 0,11 |
| •.Huida-avoidancia | -0,18 | 0,26 |

(* Significación estadística)

Tabla 5
Estrategias de afrontamiento de las hijas vs esposas

| Tipo de estrategia | Hija (Media y DE) | Esposa (Media y DE) | Z | P |
|------------------------------------|----------------------|------------------------|-------|------|
| •.Reevaluación positiva | 9,89 (4,82) | 8,63 (2,58) | -0,71 | 0,47 |
| •.Planificación* | 9 (3,44) | 5,36 (3,23) | -2,81 | 0,00 |
| •.Huida-avoidancia | 5,65(3,77) | 4,45 (3,23) | -0,91 | 0,36 |
| •.Distanciamiento | 7,41 (3,79) | 6,81 (2,82) | -0,23 | 0,81 |
| •.Confrontación | 7,06 (2,93) | 5,00 (3,06) | -1,86 | 0,06 |
| •.Búsqueda de apoyo social | 10,65 (4,61) | 8,09 (3,23) | -1,37 | 0,17 |
| •.Autocontrol | 8,24 (3,32) | 6,45 (3,17) | -1,60 | 0,10 |
| •.Aceptación de la responsabilidad | 4,41 (2,16) | 3,72 (2,61) | -0,79 | 0,42 |

(* significación estadística)

De igual manera, los años de escolarización del cuidador principal se asociaban significativamente con una mayor utilización de estrategias centradas en los problemas ($r=0,39$; $p=0,01$), sin

influir esta variable en la utilización de estrategias centradas en las emociones consideradas en su conjunto, que tienden a utilizarse por las cuidadoras con menor escolarización. Sin embargo,

si consideramos los distintos modos de afrontamiento evaluados vemos como los cuidadores con mayor nivel académico, utilizaban con mayor frecuencia la confrontación, la planificación y la búsqueda de apoyo social y entre las estrategias centradas en las emociones, la reevaluación positiva (Tabla 6).

Tabla 6
Afrontamiento según el nivel de escolarización
(Artaso B, Goñi A, Biurrún A.)

| Tipo de estrategia | r | p |
|------------------------------------|-------|------|
| •.Confrontación | 0,29 | 0,06 |
| •.Aceptación de la responsabilidad | -0,13 | 0,40 |
| •.Planificación* | 0,36 | 0,02 |
| •.Reevaluación positiva* | 0,34 | 0,02 |
| •.Distanciamiento | 0,20 | 0,20 |
| •.Autocontrol | -0,05 | 0,74 |
| •.Búsqueda de apoyo social* | 0,34 | 0,02 |
| •.Huida-evitación | -0,10 | 0,49 |

(* significación estadística)

Otras variables sociodemográficas como la existencia de un trabajo remunerado fuera del hogar o el tener hijos menores de 14 años a su cargo, no influían en la utilización de estrategias centradas en los problemas o en las emociones. No obstante, las cuidadoras que trabajaban fuera del hogar utilizaban más de forma significativa la planificación como estrategia de afrontamiento ($Z=-2,52$; $p=0,01$).

En cuanto a las variables clínicas estudiadas, la gravedad de la demencia no se relacionaba con la utilización de distintas estrategias de afrontamiento, tanto si se valoraba la severidad de la enfermedad en términos de deterioro cognitivo medido con el minexamen cognoscitivo, como si se consideraba en deterioro funcional según el índice de Barthel. Sin embargo, en este último caso el uso del autocontrol se correlacionaba de forma próxima a la significación con un mayor deterioro funcional ($r=-0,30$; $p=0,05$). La duración de la relación de cuidados tampoco era una variable que determinaría diferencias en la utilización de estrategias de afrontamiento. Por otra parte, el grado de sobrecarga del cuidador principal no se asociaba con la focalización del afrontamiento

en las emociones o en los problemas, aunque sí determinaba el uso de determinados modos de afrontamiento. Así, los cuidadores con una sobrecarga grave, utilizaban con mayor frecuencia dos estrategias centradas en las emociones que eran la huida-evitación ($Z=-2,61$; $p=0,00$) y la aceptación de la responsabilidad ($Z=-2,38$; $p=0,01$) y la confrontación como estrategia centrada en los problemas ($Z=-2,08$; $p=0,03$).

DISCUSIÓN

El proceso de cuidar a un anciano con demencia es una experiencia crónicamente estresante, y podemos considerar que el afrontamiento, juega un papel importante como componente mediador entre el estrés y la salud del cuidador. No obstante, el afrontamiento depende del contexto en el que se produce y varía dependiendo de la existencia de otras fuentes de estrés (Sandín, 1995). Los resultados de nuestro estudio corroboran esta variabilidad contextual de los modos de afrontamiento, así encontramos que las mujeres más jóvenes e hijas de los pacientes, dos variables por otra parte relacionadas, utilizan más estrategias centradas en los problemas, fundamentalmente la planificación y la confrontación, al igual que los resultados encontrados por otros autores (Abengozar y Serra, 1997). El contexto vital en el que se desarrolla el rol de cuidadora en las mujeres de menor edad, determina la necesidad de compaginar un mayor número de roles como el tener hijos menores a su cargo o desempeñar un trabajo fuera del domicilio, lo que les obliga a adoptar una actitud más activa en la resolución de los problemas que conllevan la relación de cuidados. Así, la existencia de un trabajo remunerado determina la mayor utilización de la planificación como estrategia para poder compaginar ambos roles. Por otra parte, el cambio cultural en las nuevas generaciones de mujeres, les permite poder compartir los cuidados con otras personas. Sin embargo, algunos autores han señalado cómo no existe una influencia cultural en la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento, pero sí en el resultado de las mismas (González, 1997; Shaw et al, 1997).

De igual manera la mayor formación académica se asociaba a las estrategias previamente

mencionadas en las cuidadoras hijas jóvenes, añadiéndose la búsqueda de apoyo social y la reevaluación positiva. Así, un mayor nivel académico en la cuidadora, puede permitir un mejor conocimiento de los recursos disponibles y la utilización de los mismos, al mismo tiempo que en aquellos problemas que consideren irreversibles intentar encontrar una vivencia positiva y que les reporte un aprendizaje. En el estudio de Abengozar y Serra (1997), este grupo de cuidadoras utilizaban más "Estrategias de Entrenamiento Cognitivo", habilidades muy relacionadas con las actividades académicas y que requieren una formación.

En nuestro trabajo no se producen cambios en las estrategias de afrontamiento con el paso del tiempo, a diferencia de los resultados encontrados por Abengozar y Serra (1997), quienes encuentran que a los 7-9 años de evolución de la enfermedad es cuando se produce una mayor aceptación y adaptación a la enfermedad, empleando con menos frecuencia el razonamiento y el enfado con el paciente. El hecho de que los pacientes de nuestra muestra tengan una media de 4 años de evolución podría explicar la estabilidad del afrontamiento en este periodo de enfermedad, al igual que Vedhara et al (2000) quienes estudiaron la estabilidad de los factores estresantes y las variables mediadoras en un periodo de 6 meses, no encontrando cambios significativos.

Por otra parte, la sobrecarga grave del cuidador se asociaba con la utilización de estrategias centradas en las emociones, resultados similares a los encontrados por otros autores (Hooker et al, 1994; Reis et al, 1994; Monahan and Hooker, 1995), quienes a su vez observaron un mayor nivel de neuroticismo en este grupo de cuidadores. En concreto, en nuestro estudio las estrategias más utilizadas por estos cuidadores muy sobrecargados eran la aceptación de la responsabilidad, la confrontación y la huida-avoidancia, coincidiendo en estos dos últimos modos de afrontamiento con los descritos por Matsuda (1995). De igual manera la huida-avoidancia se ha descrito como el mecanismo de afrontamiento que utilizan los cuidadores cuando se plantean ingresar temporalmente a su familiar para "descanso familiar" (Strang and Haughey, 1999), lo que podría ser aplicable a gran parte de los ingre-

sos en Centro de Día, sin olvidarnos, de que precisamente estos cuidadores que recurren a los recursos formales son los que experimentan mayor sobrecarga (Artaso, 2001b)

En resumen, podemos concluir que el afrontamiento de la tarea de cuidar a un anciano con demencia varía dependiendo del contexto en el que se produce, ya que éste condiciona la valoración cognitiva de la situación por parte del cuidador, así como la existencia de otros factores estresantes simultáneos. Esta variabilidad habrá que tenerla en cuenta en el diseño de los programas educativos dirigidos a este grupo de población.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Abengozar Torres MC, Serra Desfilis E.:** Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadoras familiares de ancianos con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 32 859. 257-69, 1997.
2. **Artaso Irigoyen B, Goñi Sarriés A, Gómez Martínez AR.:** Factores influyentes en la sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia. *Revista de Psicogeriatría*, 1(1): 18-22, 2001.
3. **Artaso Irigoyen B, Goñi Sarriés A, Gómez Martínez AR.:** Sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia: demanda en un Centro de Día Psicogeriátrico. *Geriatrka*, 17 (2): 39-43, 2001.
4. **Atienza AA, Collins R, King AC.:** The mediating effects of situational control on social support and mood following a stressor: a prospective study of dementia caregivers in their natural environments. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 56 (3): S129-39, 2001.
5. **Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitía J.:** Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 28: 32-40, 1993.
6. **Bédard M, Molloy DW, Pedlar D, Lever JA, Stones MJ.:** Associations between dysfunctional behaviors, gender, and burden in spousal caregivers of cognitively impaired older adults. *Int Psychogeriatr*, 9: 277-90, 1997.
7. **Boada M, Peña-Casanova J, Bermejo F et al.:** Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en España. *Med Clin (Barc)*, 113: 690-5, 1999
8. **Brashares HJ, Catanzaro SJ.:** Mood regulation expectancies, coping responses, depression, and

- sense of burden in female caregivers of Alzheimer's patients. *J Nerv Ment Dis*, 182: 437-42, 1994.
9. **Coen RF, Swanwick GRJ, O'Boyle CA, Coakley D.:** Behaviour disturbance and other predictors of carer burden in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*, 12: 331-6, 1997.
 10. **Coope B, Ballard C, Saad K et al.:** The prevalence of depression in the carers of dementia sufferers. *Int J Geriatr Psychiatry*, 10: 237-42, 1995.
 11. **Clyburn LD, Stones MJ, Hadjistavropoulos T, Tuokko H.:** Predicting Caregivers burden and depression in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B (1): S2-S13, 2000.
 12. **Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A y Gruen RJ.:** Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes" *Journal of Personality and Social Psychology*, 50: 992-1003, 1986.
 13. **Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR.:** Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12: 189-98, 1975.
 14. **Garre-Olmo J, Hernández-Ferrández M, Lozano-Gallego M et al.:** Cara y calidad de vida en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*, 31 (6):522-7, 2000.
 15. **Gignac MAM, Gottlieb BH.:** Caregiver's appraisals of efficacy in coping with dementia. *Psychol Aging*, 11 (2): 214-25, 1996.
 16. **González EW.:** Resourcesfulness, appraisals, and coping efforts of family caregivers. *Issues Ment Health Nurs*, 18 (3): 209-27, 1997.
 17. **Grafström M, Winblad B.:** Family burden in the care of the demented and nondemented elderly: a longitudinal study. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 9 (2): 78-86, 1995.
 18. **Harwood DG, Barker WW, Ownby RL, Bravo M, Agüero H, Duara R.:** Predictors of positive and negative appraisal among cuban american caregivers of Alzheimer's disease patients. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15: 481-7, 2000.
 19. **Hooker K, Frazier LD, Monahan DJ.:** Personality and coping among caregivers of spouses with dementia. *Gerontologist*, 34 (3): 386-92, 1994.
 20. **Lobo A, Esquerra J, Gómez Burganda F, Sala JM, Seva Díaz A.:** El miniexamen cognoscitivo (un "test" sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos). *Actas Luso-Espa Neurol, Psiquiatr*, 7 (3): 189-202, 1979.
 21. **Mahoney FI, Barthel DW.:** Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*, 14: 61-5, 1965.
 22. **Martín M, Salvadó I, Nadal S et al.:** Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*, 6: 338-46, 1996.
 23. **Matsuda O.:** The effect of coping on the caregiver of elderly patients with dementia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 49 (5-6): 308, 1995
 24. **McNaughton ME, Patterson TL, Smith TL, Grant I.:** The relationship among stress, depression, locus of control, irrational beliefs, social support, and health in Alzheimer's disease caregivers. *J Nerv Ment Dis*, 183: 78-85, 1995.
 25. **Monahan DJ, Hooker K.:** Health of spouse caregivers of dementia patients: the role of personality and social support. *Soc Work*, 40 (3): 305-14, 1995.
 26. **Morris RG, Morris LW, Britton PG.:** Factors affecting the emotional wellbeing of the caregivers of dementia sufferers. *Br J Psychiatry*, 153: 147-56, 1988.
 27. **Morris LW, Morris RG, Britton PG.:** Cognitive style and perceived control in spouse caregivers of dementia sufferers. *Br J Med Psychol*, 62: 173-9, 1989.
 28. **Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM.:** Caregiving and stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30 (5): 583-94, 1990.
 29. **Reis MF, Gold DP, Andres D, Markiewicz.:** Personality traits as determinants of burden and health complaints in caregiving. *Int J Aging Hum Dev*, 39 (3): 257-71, 1994.
 30. **Shaw WS, Patterson TL, Semple SJ et al.:** A cross-cultural validation of coping strategies and their associations with caregivers distress. *Gerontologist*, 37 (4): 490-504, 1997.
 31. **Saad K, Hartman J, Ballard C, Kurian M, Graham C, Wilcock G.:** Coping by the carers of dementia sufferers. *Age Ageing*, 24: 495-8, 1995.
 32. **Sánchez-Cánovas J.:** Evaluación de las estrategias de afrontamiento. En. Buela-Casal, Caballo VE. *Manual de psicología clínica aplicada*. Ed Siglo XXI, 247-70, 1991.
 33. **Sandín B.:** El estrés. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F. *Manual de psicopatología*. Madrid. Ed McGraw Hill, Volumen 2, 4-48, 1995.
 34. **Strang VR, Haughey M.:** Respite- a coping strategy for family caregivers. *West J Nurs Res*, 21 (4): 450-71, 1999.
 35. **Vedhara K, Shanks N, Anderson S, Lightman S.:** The role of stressors and psychosocial variables in the stress process: a study of chronic caregiver stress. *Psychosom Med*, 62 (3): 374-85, 2000.
 36. **Vernooij-Dassen MJF, Persson JMG, Fellin AJA.:** Predictors of sense of competence in caregivers of demented persons. *Soc Sci Med*, 43 (1): 41-9, 1996.
 37. **Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J.:** Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 20: 649-55, 1980.