

## SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA EN CUIDADORES INFORMALES EN POBLACIÓN RURAL Y URBANA

**Miguel Madruga**

Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal  
Universidad de Extremadura.  
miguelmadruga@unex.es

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.557>

*Fecha de Recepción: 19 Septiembre 2016*

*Fecha de Admisión: 1 Octubre 2016*

### RESUMEN

El cuidado formal ha adquirido recientemente un mayor protagonismo por diversas razones: cambios sociodemográficos, modificación en la estructura familiar, incorporación de la mujer al mercado laboral, dispersión geográfica... Sin embargo, la cobertura de cuidados a personas con demencia u otras enfermedades se sustenta principalmente en el cuidado informal y familiar. La sintomatología que padecen los cuidadores como consecuencia de la tarea del cuidado está modulada por diferentes variables. Así, la sobrecarga del cuidador y el nivel de salud tanto física como psicológica pueden estar determinadas por factores como el estado de salud del paciente, el apoyo social, la relación con el paciente, el tiempo de cuidado, el lugar de residencia, entre otros.

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre el lugar de residencia y la sintomatología, la salud y la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con demencia.

Cuidadores residentes en zonas rurales y urbanas de Extremadura (Alzheimer Foundation Spain) participaron en el estudio. Los resultados mostraron que no existían diferencias significativas entre ambos grupos en variables relacionadas con el cuidado: recibe ayuda, nivel de independencia, tiempo de cuidado y sobrecarga, tampoco en los niveles de depresión ni en las dimensiones del cuestionario SCL-90-R. Sin embargo, los cuidadores de ámbito urbano mostraron mayores niveles de sintomatología psicológica (GSI Index) que los de ámbito rural. Algunas variables mostraron correlación significativa con ese índice: estado de salud del paciente, nivel de depresión del cuidador y sintomatología psicológica, siendo el lugar de residencia un variable que las diferencia entre ambos grupos.

El lugar de residencia es un factor importante que debe considerarse a la hora de diseñar acciones y programas de ayuda a cuidadores informales, de modo que se pueda mejorar su sintomatología psicológica y su calidad de vida relacionada con la salud.

**Palabras clave:** cuidador informal, demencia, rural-urbano, sintomatología

### ABSTRACT

#### Psychological Symptomatology In Informal Caregiver Of Rural And Urban Population

The informal caregiving has recently become a greater importance through different reasons: sociodemographic changes, modification in the family structure, access of women to the labour market, geographical dispersion... Nevertheless, caregiving coverage in people with dementia and other diseases is mainly supported by informal and family caregiving. Psychological symptomatology caregivers suffer as a consequence of caregiving tasks are influenced by several variables. Thus, burden of caregivers, physical and psychological health might be determined by factors such as health status of patient, social support received, patient relative, caring time, place of residence, among other ones.

The aim of this study was to analyse the relationship between the place of residence and psychological symptomatology, health and burden of informal caregiver of patients with dementia. Caregivers lived in rural and urban zones of Extremadura were recruited in the study.

Results showed there were not significant differences between both groups in variables related with caregiving: help support, level of dependence, caring time and perceived burden, levels of depression and in the SCL-90-R questionnaire subscales. In contrast, urban caregiver had higher levels of psychological symptomatology (GSI Index) than rural counterparts. Some variables correlated significantly with that index: health status of patient, depression level of caregiver and psychological symptomatology, being place of residence a variable that makes differences between both groups.

Place of residence is a relevant factor that should be considered in designing of actions and helpful programs to informal caregivers, in order to improve their symptomatology and health related quality of life.

**Keywords:** informal caregiver, dementia, rural-urban, symptomatology

### ANTECEDENTES DE LA TEMÁTICA A TRATAR

El incremento progresivo de la población mayor en España en los últimos años ha llevado asociado un aumento del número de personas que se encuentran en situación de dependencia y que necesitan algún tipo de cuidado (Fernández de Larrinoa et al., 2011).

Si bien es cierto que en los últimos años el cuidado formal ha adquirido un mayor protagonismo por diversas razones (Pérez, Abanto, & Labarta, 1996), la cobertura de cuidados a personas con demencia u otra enfermedad se sustenta principalmente en el cuidado informal y familiar (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010; Organización Mundial de la Salud, 2013), hecho que compromete la sostenibilidad del sistema nacional de dependencia a causa de los cambios sociodemográficos, cambios en la estructura familiar, incorporación de la mujer al mercado laboral entre otros factores la dispersión geográfica (Bover, 2004; Gobierno, 2006; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010)

La tarea de cuidado informal está determinada por diversos factores que proceden fundamentalmente de la interacción de variables individuales del cuidador y del receptor en un contexto social muy determinado (Roger, 2010). Las migraciones entre medio rural y urbano, la dispersión geográfica son elementos que condicionan los cuidados informales (Martínez, 2003).

El contexto, aunque en las primeras etapas de la enfermedad el cuidador mantiene su lugar de residencia y acude al domicilio para prestar los cuidados, el avance de la enfermedad conlleva inevitablemente a una situación de coresidencia en el mismo espacio (domicilio del cuidador generalmente (Domínguez, 1998), lo cual influye en la cantidad del cuidado y las consecuencias del mismo (Roger, 2010).

Además, estudios recientes, muestran que la sintomatología que padecen los cuidadores, consecuencia principalmente de la tarea del cuidado, está muy relacionada con su salud psicológica. Así la depresión y la ansiedad son los síntomas más descritos en la sintomatología del cuidador (Gustaw, Beltowska, & Makara-Studzinska, 2008; Ho, Chan, Woo, Chong, & Sham, 2009; Pinquart & Sorensen, 2003). No obstante, otros estudios referencian otros problemas asociados (stress, déficit de sueño, soledad, etc.) (Crespo, Lopez, & Zarit, 2005; Farran et al., 2008; Marquez-Gonzalez, Losada, Izal, Perez-Rojo, & Montorio, 2007; Ownby et al., 2010; P. Thomas, Hazif-Thomas, Pareault, & Vieban, 2010), que provocan un impacto negativo en la *sobrecarga del cuidador* (Canevelli et al., 2013; Allegri, 2006; Rymer et al., 2002).

Esta sintomatología que padece el cuidador puede estar condicionada en mayor o menor medida por el lugar de residencia, sea un ámbito rural o urbano los cuidadores manifiestan niveles de sobrecarga diferente (Bedard, Koivuranta, & Stuckey, 2004; Bien, Wojszel, & Sikorska-Simmons, 2007; Ehrlich, Bostrom, Mazaheri, Heikkila, & Emami, 2015) en función de diferentes factores: dificultad de acceso a diferentes ayudas o actividades (Keith, 2013; Bedard, 2004), apoyo social (Turró-Garriga et al., 2008), relación con el cuidador (Turró-Garriga et al., 2008), su propio estado de salud (Cucciare, Gray, Azar, Jimenez, & Gallagher-Thompson, 2010; Fernandez de Larrinoa et al., 2011; Keith, 2013), o el nivel de salud o dependencia del paciente (Turró-Garriga et al., 2008; Vellone, Piras, Talucci, & Cohen, 2008), entre otros. Sin embargo no siempre se producen este tipo de diferencias entre los cuidadores de zonas rurales y urbanas (Byrd, Spencer, & Goins, 2010).

Además de los niveles de sobrecarga percibida por el cuidador, el nivel de salud (tanto física como psicológica y social) se ve mermado de manera significativa, como consecuencia de ello, la calidad de vida de estas personas se va deteriorando (Arango-Lasprilla et al., 2010; Badia, Lara, & Roset 2004; Turró-Garriga et al., 2008; Vellone et al., 2008). Sin embargo, el impacto sobre la salud en los cuidadores no se produce de igual manera en unos cuidadores que en otros (Pinquart & Sorensen, 2007). Es decir, el nivel de calidad de vida y en la sintomatología psicológica de las personas que atienden a pacientes con demencia puede estar determinado por factores sociodemográficos como el género, la situación económica, el nivel educativo, vivir con el paciente, el lugar de residencia, pueden influir sobre la calidad de vida (Delgado et al., 2014; Vellone et al., 2008; Larrañaga et al., 2008; Pinquart, 2007 #450). Además, la sintomatología psicológica, salud y la sobrecarga percibida son variables interrelacionadas entre sí (Pinquart & Sorensen, 2007), por lo que resulta interesante conocer de qué manera influyen las características sociodemográficas sobre estas variables, para poder diseñar programas de apoyo y ayuda específicos y adaptados al cuidador que puedan mejorar su nivel de calidad de vida.

## OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio pretende analizar el nivel de calidad de vida, sobrecarga y sintomatología psicológica de cuidadores informales de pacientes con demencia de dos grupos de población. Además tiene por objetivo principal evaluar la relación existente entre los factores sociodemográficos, principalmente el lugar de residencia, sobre las diferentes dimensiones que determinan el estado psicológico del cuidador. También otro de los objetivos es establecer comparaciones entre los cuidadores de ámbito rural y urbano en las variables estudiadas (salud, factores relacionados con la tarea del cuidado, sintomatología psicológica y sobrecarga percibida).

## PARTICIPANTES

Cuidadores residentes en zonas rurales y urbanas de Extremadura (Alzheimer Foundation Spain) participaron en el estudio. Un total de 22 cuidadores de zonas rurales y 44 de zonas urbanas cumplen los criterios de inclusión del estudio (cuidar a un paciente con demencia al menos 20 horas a

## SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA EN CUIDADORES INFORMALES EN POBLACIÓN RURAL Y URBANA

la semana, no recibir ningún tipo de remuneración económica por realizar esa tarea). Todos los participantes, conocedores de las características del estudio, firmaron el consentimiento informado, en el que declaraban su voluntad a participar y en el que se garantizaba la privacidad de los datos obtenidos.

### METODOLOGÍA Y/O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal en zonas rurales y urbanas. Las técnicas de recogida de datos empleadas en el estudio fueron los cuestionarios SCL-90-R (Gonzalez et al., 1989) para evaluar la sintomatología del cuidador y que consta de nueve dimensiones: Somatización (Schulz et al.), Obsesión-Compulsión (Obs-Com), Sensibilidad interpersonal (Sens), Depresión (Dep), Ansiedad (Ans), Hostilidad (Hos), Ansiedad Fóbica (Fob), Ideación Paranoide (IP) y Psicoticismo, así como 3 índices: Índice Global de Severidad (GSI), Total de Síntomas Positivos (PST) e Índice Positivo de Malestar (PSDI).

También se utilizó la Escala de Zárit (Zárit y Zárit, 1982, adaptación española de (Martin et al., 1996), para evaluar la sobrecarga del cuidador. Los resultados ofrecen tres niveles de sobrecarga (no sobrecarga: 22-46, sobrecarga ligera 47-55 y sobrecarga intensa: 56-110).

Para el análisis de la salud se utilizó el cuestionario EuroQol 5D: Euro Quality of Life 5 Dimensiones. (Badia, Roset, Monserrat, Herdman, & Segura, 1999 Herdman y Segura, 1999): incluye 5 dimensiones de la salud relacionada con la calidad de vida: la movilidad, cuidado personal, actividades diarias, dolor e incomodidad y ansiedad o depresión. El resultado ofrece La yuxtaposición de los niveles de estas 5 dimensiones conforma 243 posibilidades de condiciones de salud. El EuroQol-5D nos da como resultado un índice funcional de salud cuyos valores se mueven entre el 1 y el 0 (EuroQol utility; 1 = la calidad funcional llena de vida, 0 = la muerte). Además también permite conocer cuál es la percepción subjetiva del estado de salud en una escala de 0 a 100.

La evaluación de los niveles de depresión se realizó mediante la versión española del cuestionario GDS-15 (Izal & Montorio, 1996): Global Depresión Scale (original de Yesavage, Brink, Rose y Lum (1983)). El resultado muestra tres niveles de depresión: de 0-4 no depresión; 5-8 depresión leve; 9-11 depresión moderada; y 12-15 depresión severa.

También se evaluó el nivel de dependencia del enfermo a través de la versión española del índice de Barthel (versión proxy) (Baztán, González, & Del Ser, 1994). Los resultados del cuestionario establecen diferentes niveles de dependencia (0-20 dependencia total - 21-60 dependencia severa - 61-90 dependencia moderada - 91-99 dependencia escasa - 100 independencia)

Los datos recogidos fueron analizados con el software informático SPSS v.15.0 (Headquarters, 2005). Se utilizaron las pruebas estadísticas test de T-Student, análisis de varianza y prueba de Chi-cuadrado de Pearson. También se utilizó el análisis de correlación para evaluar la relación de las variables con la sobrecarga del cuidador (variable dependiente). En todos los análisis se consideraba un nivel de significatividad de  $p < 0,05$ .

### RESULTADOS ALCANZADOS

Las características sociodemográficas de los cuidadores del estudio se muestran en la tabla 1. Los cuidadores de ambos grupos mostraron valores comparables en todas las variables. También el nivel de sobrecarga percibida era similar, así como el grado de dependencia del paciente.

Tabla 1: características sociodemográficas de los cuidadores (N=66)

|                                   | <b>Cuidador Rural<br/>(n=22)</b> | <b>Cuidador Urbano<br/>(n=44)</b> | <b>p-valor*</b> |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| <b>Edad (m, DE)</b>               | 61,6<br>(13,6)                   | 61,2<br>(11,7)                    | 0,207           |
| <b>Estado civil (n, %)</b>        |                                  |                                   |                 |
| Soltero/a                         | -                                | 4 (9,1)                           |                 |
| Casado/a                          | 21 (95,5)                        | 37 (84,1)                         | 0,310           |
| Viudo/a-Separado/a-Divorciad/a    | 1 (4,5)                          | 3 (6,8)                           |                 |
| <b>Nivel de educación (n, %)</b>  |                                  |                                   |                 |
| Sin estudios                      | 4 (18,2)                         | 5 (11,4)                          | 0,296           |
| Educ. Primaria                    | 14 (63,6)                        | 23 (52,3)                         |                 |
| Educ. Secundaria/Superior         | 4 (18,2)                         | 16 (36,4)                         |                 |
| <b>Situación laboral (n, %)</b>   |                                  |                                   |                 |
| Empleado/a                        | 1 (4,5)                          | 9 (20,5)                          |                 |
| Jubilado/a-pensionista            | 7 (31,8)                         | 11 (25)                           | 0,233           |
| Sus labores/en paro               | 14 (63,6)                        | 24 (54,5)                         |                 |
| <b>Con quien vive (n, %)</b>      |                                  |                                   |                 |
| Solo/a                            | -                                | 5 (11,4)                          |                 |
| Con esposa/a                      | 21 (95,5)                        | 35 (79,5)                         | 0,188           |
| Con hijos/hermanos                | 1 (4,5)                          | 4 (9,1)                           |                 |
| <b>Vive con el enfermo (n, %)</b> |                                  |                                   |                 |
| No                                | 7 (31,8)                         | 10 (22,7)                         | 0,426           |
| Sí                                | 15 (68,2)                        | 34 (77,3)                         |                 |
| <b>Recibe ayuda (n, %)</b>        |                                  |                                   |                 |
| No                                | 6 (27,3)                         | 16 (36,4)                         | 0,460           |
| Sí                                | 16 (72,7)                        | 28 (63,6)                         |                 |

\* p-valor; de prueba T-Student o  $\chi^2$  de Pearson

En relación a las variables relacionadas con el cuidado y el estado de salud del cuidador, no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo, en ámbito rural el nivel de sobrecarga percibida es ligero y en el caso de los de ámbito urbano la sobrecarga es moderada y tan solo en las ciudades mostraban niveles de depresión ligera. En ambos grupos el cuidador tiene un nivel de sobrecarga. También los pacientes tienen un grado de dependencia severa en ambos grupos.

En relación a la influencia del lugar de residencia sobre diferentes variables (Tabla 2), cabe destacar que los cuidadores de ámbito urbano manifiestan una sintomatología psicológica más elevada que sus homólogos de ámbito rural.

## SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA EN CUIDADORES INFORMALES EN POBLACIÓN RURAL Y URBANA

Tabla 2: Variables relacionadas con el cuidado y la salud (N=66)

|                                     | Cuidador Rural<br>(n=22) | Cuidador Urbano<br>(n=44) | p-valor* |
|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------|----------|
| <b>Sobrecarga (m, DE)</b>           | 53,7 (14,6)              | 57,55 (14,3)              | 0,523    |
| <b>Tiempo de cuidado (m, DE)</b>    | 4,5 (3,4)                | 4,8 (2,5)                 | 0,871    |
| <b>Grado dependencia (m, DE)</b>    | 39,7 (29,7)              | 33,3 (27,0)               | 0,294    |
| <b>Depresión (m, DE)</b>            | 4,23 (2,06)              | 5,11 (2,54)               | 0,163    |
| <b>Percepción salud-EVA (m, DE)</b> | 66,1 (8,15)              | 65,4 (15,38)              | 0,891    |
| <b>Estado de salud (m, DE)</b>      | 0,76 (0,15)              | 0,70 (0,20)               | 0,125    |
| <b>GSI</b>                          | 46,14 (9,83)             | 58,04<br>(12,47)          | 0,001    |
| <b>PST</b>                          | 43,17 (9,37)             | 56,78<br>(11,38)          | 0,001    |
| <b>PSDI</b>                         | 47,19 (9,09)             | 59,35<br>(10,22)          | 0,001    |

\* p-valor; de prueba T-Student

En relación a la influencia que puede tener el lugar de residencia con respecto a las diferentes variables, los resultados se muestran en la tabla 3.

Tabla 3: Correlación de variables y lugar de residencia (N=66)

|                              | Coef. Correlación | p* valor          |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Sobrecarga</b>            | 0,12              | 0,31              |
| <b>Depresión</b>             | 0,17              | 0,04 <sup>#</sup> |
| <b>Estado salud paciente</b> | 0,24              | 0,04 <sup>#</sup> |
| <b>Tiempo cuidado</b>        | 0,02              | 0,81              |
| <b>Recibe ayuda</b>          | -0,09             | 0,46              |
| <b>Nivel de dependencia</b>  | -0,11             | 0,37              |
| <b>GSI</b>                   | 0,42              | 0,00 <sup>#</sup> |
| <b>PST</b>                   | 0,51              | 0,00 <sup>#</sup> |
| <b>PSDI</b>                  | 0,48              | 0,00 <sup>#</sup> |
| <b>Estado Salud</b>          | 0,10              | 0,42              |
| <b>Percepción Salud</b>      | -0,01             | 0,89              |

p\* valor: correlación de Pearson

# p < 0,01

## CONCLUSIONES

La figura del cuidador juega un papel fundamental en la tarea del cuidado de los pacientes con demencia. Generalmente, y coincidiendo con los resultados de estudios previos, suele ser una persona casada, con nivel educativo medio-bajo, que vive en el domicilio familiar y acompañado del paciente (Arango-Lasprilla et al., 2010; Fernandez de Larrinoa, 2011; Badia et al., 2004). También es frecuente que los cuidadores asuman esta tarea durante un periodo de tiempo largo (Fernandez de Larrinoa et al., 2011).

Los resultados de este estudio, en concordancia con estudios previos, muestran que esta situación de atención informal hacia el paciente provoca un deterioro del nivel de calidad de vida en general del cuidador, y en su salud tanto física como psicológica en particular (Arango-Lasprilla et al., 2010; Badia et al., 2004; Larrañaga et al., 2008; Schulz & Sherwood, 2008). Además los cuidadores mostraban niveles de depresión moderados y alteraciones en la percepción subjetiva de la salud y similares a los citados en otras investigaciones (Badia et al., 2004; Fernandez de Larrinoa et al., 2011; P. Thomas, Lalloue, F., Preux, P.M., Hezif-Thomas, C., Pariel, S., Inscale, R., Belmin, J., Climent, J.P., 2006). Al mismo tiempo, el cuidador padece una sobrecarga añadida como consecuencia de la tarea del cuidado y de otros factores que forman parte de su contexto personal y familiar (Turró-Garriga et al., 2008; Delgado, 2014). Además de estas alteraciones, los resultados indicaban que los cuidadores sufren otros síntomas psicológicos: somatización, ideación paranoide, ansiedad, que se suman a los citados en otros estudios (alteraciones del sueño, síntomas psiquiátricos, etc.) (Thomas, 2010; Siri, 2010; Ownby et al., 2010).

No solo es importante conocer qué síntomas padece el cuidador, por ello algunos estudios han evaluado la influencia de diferentes factores sobre la sobrecarga y el malestar psicológico de los cuidadores. Así, factores personales, relacionados con el cuidado o factores contextuales, pueden tener relación con estas variables (Bedard et al., 2004; Bien et al., 2007; Ehrlich et al., 2015). En el presente estudio, los cuidadores de ámbito urbano manifestaban un malestar psicológico más elevado que sus homólogos de ámbito rural. Sin embargo, otras variables como la sobrecarga, el estado de salud del cuidador y la sobrecarga percibida no mostraban relación con el lugar de residencia (Ehrlich, 2015; Byrd, 2010). En cualquier caso, es difícil determinar qué variable o factor tiene mayor influencia sobre la calidad de vida y sobre la sintomatología del cuidador informal, es más bien la conjunción de muchas de ellas. Por esta razón el lugar de residencia debería ser considerado también como un elemento más que puede modular la calidad de vida del cuidador. No obstante se requieren estudios sucesivos que profundicen sobre este asunto.

Como conclusión del estudio se podría añadir, que el lugar de residencia es un factor relevante, que debe ser considerado a la hora de diseñar acciones y programas de ayuda a cuidadores informales, de modo que se pueda reducir los niveles de sobrecarga percibida y así mejorar su sintomatología psicológica y su calidad de vida relacionada con la salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arango-Lasprilla, J. C., Lehan, T., Drew, A., Moreno, A., Deng, X., & Lemos, M. (2010). Health-related quality of life in caregivers of individuals with dementia from Colombia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 25(7), 556-561. <https://doi.org/10.1177/1533317510382287>
- Badia, X., Lara, N., & Roset, M. (2004). Quality of life, time commitment and burden perceived by the principal informal caregiver of Alzheimer's patients. *Rev. de At. Primaria*, 34(4), 170-177.
- Badia, X., Roset, M., Monserrat, S., Herdman, M., & Segura, A. (1999). The Spanish version of EuroQol: description and uses. *Med Clin (Barc)*, 112(Supl 1), 79-85.
- Batzán, J. J., González, J. I., & Del Ser, T. (1994). Escala de actividades de la vida diaria *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*, 137-164.

- Bedard, M., Koivuranta, A., & Stuckey, A. (2004). Health impact on caregivers of providing informal care to a cognitively impaired older adult: rural versus urban settings. *Can J Rural Med*, 9(1), 15-23.
- Bien, B., Wojszel, B., & Sikorska-Simmons, E. (2007). Rural and urban caregivers for older adults in Poland: perceptions of positive and negative impact of caregiving. *Int J Aging Hum Dev*, 65(3), 185-202.
- Bover, A. (2004). *Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la generación*. Universidad de Illes Balears, Palma de Mallorca.
- Byrd, J., Spencer, M., & Goins, T. (2010). Differences in caregiving. Does residence matter? *Journal of Applied Gerontology*, 30(4), 407-421.
- Crespo, M., Lopez, J., & Zarit, S. H. (2005). Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20(6), 591-592.
- Cucciare, M. A., Gray, H., Azar, A., Jimenez, D., & Gallagher-Thompson, D. (2010). Exploring the relationship between physical health, depressive symptoms, and depression diagnoses in Hispanic dementia caregivers. *Aging Ment Health*, 14(3), 274-282. <https://doi.org/10.1080/13607860903483128>
- Delgado, E., Suárez, O., Del Valle, R., Valdespino, I., Sousa, Y., & G., B. (2014). Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. *SEMERGEN*, 40(2), 57-64.
- Ehrlich, K., Bostrom, A. M., Mazaheri, M., Heikkila, K., & Emami, A. (2015). Family caregivers' assessments of caring for a relative with dementia: a comparison of urban and rural areas. *Int J Older People Nurs*, 10(1), 27-37. doi: 10.1111/opn.12044
- Farran, C. J., Staffileno, B. A., Gilley, D. W., McCann, J. J., Yan, L., Castro, C. M., & King, A. C. (2008). A lifestyle physical activity intervention for caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*, 23(2), 132-142.
- Fernandez de Larrinoa, P., Martinez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J., & Gomez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psichotema*, 23(3), 388-393.
- Fernández de Larrinoa, P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J., & Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23(3), 388-393.
- Gobierno, E. (2006). *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*.: Boletín Oficial del Estado.
- Gonzalez, J., Derogatis, L., De las Cuevas, C., Gracia, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M., & Monterrey, A. (1989). The Spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population. *Clinical Psychometric Research*.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya* (Ministerio de Ciencia e Innovación ed., pp. 507): Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Gustaw, K., Beltowska, K., & Makara-Studzinska, M. (2008). [Dementive patients' caregivers—psychological aspect of their needs]. *Przegl Lek*, 65(6), 304-307.
- Headquarters, S. I. (2005). SPSS (Version 13.0). Chicago: SPSS Inc.



- Ho, S. C., Chan, A., Woo, J., Chong, P., & Sham, A. (2009). Impact of caregiving on health and quality of life: a comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 64(8), 873-879.
- Izal, M., & Montorio, I. (1996). Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. *Revista multidisciplinar de Gerontología*, 6, 329-337.
- Keith, J. (2013). *Burden of Care Impacting Family Caregivers of Dependent Community-Dwelling Older Adults in Rural and Urban Settings of Southern Turkey: A Mosaic of Caregiver Issues and Recommendations*. University of Dortmund, Dortmund.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristain, J., Valderrama, M., & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 443-450.
- Marquez-Gonzalez, M., Losada, A., Izal, M., Perez-Rojo, G., & Montorio, I. (2007). Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: description and outcomes of an Intervention Program. *Aging Ment Health*(11), 616-625.
- Martin, M., Salvado, I., Nadal, S., Miji, L., Rico, J., Lanz, P., & Taussing, M. (1996). Adaptation to our mean of caregiver burden scale of Zarit. *Revista de Gerontología*, 6(4), 338-345.
- Martínez, J. (2003). Cuidados informales en España. Problema de desigualdad. *Revista de Administración Sanitaria*, 1(2), 275-288.
- Owby, R., Saeed, M., Wohlgemuth, W., Capasso, R., Acevedo, A., Peruyera, G., & Sevush, S. (2010). Caregiver reports of sleep problems in non-Hispanic white, Hispanic, and African American patients with Alzheimer dementia. *J Clin Sleep Med.*, 15(6 (3)), 281-289.
- Pérez, J., Abanto, J., & Labarta, J. (1996). El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 194-202.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*, 18(2), 250-267.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 62(2), P126-137.
- Rogero, J. (2010). *Los tiempos de cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, IMSERSO y Secretaría General Política Social y Consumo.
- Schulz, R., Newsom, J., Mittelman, M., Burton, L., Hirsch, C., & Jackson, S. (1997). Health effects of caregiving: the caregiver health effects study: an ancillary study of the Cardiovascular Health Study. *Ann Behav Med*, 19(2), 110-116.
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*, 108(9 Suppl), 23-27; quiz 27.
- Thomas, P., Hazif-Thomas, C., Pareault, M., & Vieban, F. C., J. P. (2010). Sleep disturbances in home caregivers of persons with dementia, 36(2), 159-165. *Encephale*, 36(2), 159-165.
- Thomas, P., Lalloue, F., Preux, P.M., Hezif-Thomas, C., Pariel, S., Inscale, R., Belmin, J., Climent, J.P. (2006). Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 21(1), 50-56.
- Turró-Garriga, O., Soler-Cors, O., Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Vilalta-Franch, J., & Montsarrat-Vila, S. (2008). Distribución factorial de la carga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 46(10), 582-588.
- Vellone, E., Piras, G., Talucci, C., & Cohen, M. Z. (2008). Quality of life for caregivers of people with Alzheimer's disease. *J Adv Nurs*, 61(2), 222-231.

