

Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención

Gabriela Lara Palomino,* Alberto González Pedraza Avilés,** Luis Alberto Blanco Loyola***

RESUMEN

Objetivo: conocer las características del cuidador primario con base en el perfil demográfico, físico y emocional, así como las redes de apoyo familiar e institucional; además de identificar y obtener los resultados de la evaluación de sobrecarga.

Material y métodos: se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Se aplicaron dos cuestionarios: El perfil del cuidador y la Escala de Sobrecarga en el Cuidador. El estudio se efectuó de noviembre a diciembre del 2006 en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE).

Resultados: se registraron 60 pacientes con promedio de edad de 50.9 años (rango de 38). Doce (20%) tuvieron sobrecarga leve y 7 (11.7%) intensa. Al relacionar las variables del perfil emocional y la carga del cuidador primario se observaron diferencias estadísticas significativas cuando el paciente refirió sufrir insomnio ($p = 0.01$), poca tolerancia ($p = 0.04$) y tener expectativas o planes de vida ($p = 0.04$). La relación entre redes de apoyo familiar e institucional y carga del cuidador mostraron diferencias estadísticas significativas con respecto al trato del enfermo al cuidador ($p = 0.02$)

Conclusiones: el perfil del cuidador primario corresponde, principalmente, a mujeres, personas casadas, amas de casa e hijas. Difiere poco de otros estudios reportados. El médico de familia debe identificar los posibles síntomas físicos, psicosomáticos y psíquicos para prevenir la sobrecarga.

Palabras clave: sobrecarga del cuidador, adultos mayores, perfil del cuidador, redes de apoyo.

ABSTRACT

Objectives: To know the primary caregiver characteristics based on demographic, emotional and physical profile and the institutional and family support networks. Additionally, to identify and obtain the results from the primary caregiver overload evaluation.

Material and methods: In an observative, descriptive, transversal and prospective study two different quizzes, the caregiver profile quiz and the caregiver overload scale quiz, were applied to primary caregiver during November and December 2006 in the ISSSTE Family Medical Clinic Dr. Ignacio Chávez.

Results: 60 patients were included in this study. The caregiver profile identified was a fifty-years-old woman with a rank of 38. Twelve patients presented slight overload (20%) and seven intense overload (11.7%). Relation of results between the emotional profile variable and the primary caregiver overload variable. Statistical significant differences were obtained when the patient told about insomnia ($p=0.04$). Relation of results between the family and institutional support networks variable and the caregiver overload variable. Statistical significant differences were obtained in accordance to the treat from the ill to the caregiver ($p=0.02$).

Conclusions: In the study s population, the primary caregiver profile is women, wives, housewives or daughters. It shows few difference with other previously reported studies. The Family Doctor must identify and recognize the possible physical, psychic, and psychosomatic symptoms in order to prevent the presence of overload.

Key words: Primary caregiver profile, overload caregiver, institutional support networks, elderly people.

* Médico especialista en Medicina Familiar.

** Profesor investigador del Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina, UNAM.

*** Jefe de enseñanza e investigación. Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE.

Correo electrónico: albamari@correo.unam.mx.

Recibido: diciembre, 2007. Aceptado: enero, 2008.

Este artículo debe citarse como: Lara PG, González PAA, Blanco LLA. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. Rev Esp Med Quir 2008;13(4):159-66.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

Correspondencia: Biol. Alberto González Pedraza Avilés. Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez. Oriental núm. 10, esquina Tepetlapa, colonia Alianza Popular Revolucionaria, CP 04800, México, DF.

En los últimos decenios, la disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad infantil, la lucha contra las enfermedades transmisibles, los adelantos en nutrición y niveles de vida han generado un incremento de esperanza de la misma, lo que resulta en aumento en la cantidad y proporción de adultos en la mayor parte de los países.^{1,2}

El interés por el cuidado informal o prestación de cuidados de salud a las personas que lo necesitan, por parte de familiares, amigos, vecinos y, en general, personas de la red social inmediata y que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen, aumentó en las últimas décadas.^{1,2}

Los factores que sitúan al cuidado informal en el centro del debate sobre políticas de bienestar comprenden:

- 1) El creciente aumento de la demanda de cuidados.
- 2) El cuestionamiento sobre la futura disponibilidad de cuidadoras y cuidadores informales.
- 3) Las reformas de los sistemas sanitarios y de atención social.

Con el gradual envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidades, no sólo aumenta el número de casos que necesitan cuidados, sino que, además, este incremento de la demanda se acompaña de mayor exigencia en su prestación.¹⁻³ Zarit define a la “sobrecarga” como el grado en que los que proporcionan el cuidado perciben que su salud, vida social y personal, y situación económica cambian por este hecho.¹⁻³

Pearlin la señala con relación al conjunto de situaciones estresantes que resultan de cuidar a alguien. La definición de Zarit es la más aceptada en nuestros días.¹⁻³

Al referirse al impacto de cuidar a una persona deben distinguirse componentes objetivos y subjetivos.

- La sobrecarga objetiva se relaciona con la dedicación y desempeño de función del cuidador (tiempo de dedicación, carga física, actividades objetivas que desempeña el cuidador y exposición a situaciones).
- Los estresantes en relación con los cuidados son ejemplos de indicadores de sobrecarga objetiva utilizados frecuentemente.

- La sobrecarga subjetiva se relaciona con la forma en que se percibe la situación y, en concreto, la respuesta emocional del cuidador ante la experiencia de cuidar. La sobrecarga subjetiva es el sentimiento psicológico que se asocia con el hecho de cuidar.¹⁻³

En el marco de la teoría general del estrés, la evaluación de sobrecarga se aborda de manera alternativa. El individuo que proporciona cuidado se enfrenta a diversos factores estresantes y su respuesta depende de determinados mediadores, como la forma en que se valora la situación, los recursos disponibles y el apoyo social. Siguiendo la lógica de este enfoque, Zarit diseñó la Escala de Sobrecarga del Cuidador.¹⁻³

Esta escala se originó a partir del modelo biopsicosocial del estrés. Se conceptualiza como un proceso en el que existe desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos que las personas poseen para hacerle frente a esas demandas. La tensión emocional y los posibles problemas de salud asociados aparecen cuando se percibe un nivel muy elevado de demandas y escasos recursos para controlar dicha situación.

El objetivo de este estudio es conocer las características del cuidador primario con base en el perfil demográfico, físico y emocional, así como las redes de apoyo familiar e institucional, además de identificar y obtener los resultados de la evaluación de sobrecarga del cuidador primario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, trasversal y descriptivo en cuidadores principales que acudieron a la Clínica de Medicina Familiar (CMF) Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, de noviembre a diciembre del año 2006, mediante la aplicación de cuestionarios.

También se efectuó un muestreo no probabilístico (no aleatorio), sin representatividad (validez externa). No se calculó el tamaño de la muestra, ya que se trabajó con 60 cuidadores primarios (el registro de la CMF es de 115). El resto no participó, debido a que la persona que estaba a su cuidado había fallecido; no tenía tiempo o por no querer hacerlo.

Los cuestionarios (anexos 1 y 2) se aplicaron en la sala de espera de los consultorios 10, 11 y 12 del módulo de gerontología. Por el tipo de estudio no se requirió consentimiento informado.

Anexo 1. Cuestionario del perfil del cuidador

Perfil demográfico del cuidador

Parentesco
 Edad
 Sexo
 Estado civil
 Ocupación
 Horas laboradas
 Escolaridad
 Persona que requiere cuidados
 Tiempo de cuidados

Perfil físico del cuidador

Estado de salud
 Enfermedades que padece
 Medicamentos ingeridos
 Tabaquismo
 Alcoholismo

Perfil emocional del cuidador

Estado
 Cambio de carácter
 Apetito
 Insomnio
 Poca tolerancia
 Aprecia su vida
 Expectativas o planes
 Actividades al no ser cuidador
 Tiempo dedicado en horas a los cuidados
 Descansos
 Vacaciones
 Rutina
 Razones de ser cuidador

Redes de apoyo familiar del cuidador

Cuidadores secundarios
 Piden ayuda a otro familiar
 Trato del enfermo hacia el cuidado

Redes de apoyo institucionales del cuidador

Derechohabientes del ISSSTE que acuden a otras instituciones
 Información sobre atenciones o cuidados
 Temas de orientación
 Influencia o repercusiones sobre otros familiares de la información u orientación
 Intereses de los cuidadores
 Solicitan atención institucional

Anexo 2. Escala de Zarit

Ítem	Pregunta a realizar	Puntos
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
6	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia?	
7	¿Siente que su familiar depende de usted?	
8	¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
9	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
10	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
11	¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	
12	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
13	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que puede contar?	
14	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
15	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
16	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
17	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
18	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
19	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
20	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
21	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado)

Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4
Resultado máximo: 84 puntos.	

Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio aritmético y mediana) y dispersión (desviación estándar, variancia y rango) en las variables con nivel de medición escalar o de razón, y que presentaron distribución normal. También se utilizó estadística inferencial, ya que el nivel de medición de la variable dependiente fue ordinal. Se eligieron las pruebas no paramétricas de U de Mann Whitney para dos muestras independientes, y el análisis de variancia, de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis para tres o más muestras independientes. El nivel de significación para rechazar la hipótesis nula fue de $p < 0.05$.

Se obtuvo la autorización de los Comités de Investigación y Ética de la clínica donde se realizó el estudio, y de la Coordinación de Investigación del ISSSTE (registro 138.2007).

RESULTADOS

La distribución por género fue de 7 (11.7%) hombres y 53 (88.3%) mujeres. El rango de edad fue de 38 años, límite de 27 a 65 (promedio o media de 50.9%, mediana de 51.5 y desviación estándar de 8.09). Respecto al estado civil, 44 (73.3%) eran casados, 13 (21.7%) solteros y sólo 3 (0.5%) divorciados (cuadro 1).

En relación con el perfil físico del cuidador primario, 19 (31%) refirieron estado de salud sano y 41 (68.3%) enfermos. Los padecimientos más frecuentes fueron los crónico-degenerativos en 34 (56.7%) cuidadores; casi todos (86.7%) mencionaron ingerir algún medicamento o estar en tratamiento (cuadro 2).

Las variables del perfil emocional del cuidador primario se muestran en el cuadro 3. Veinticuatro (40%) refirieron estar estresados y 7 (11.7%) deprimidos; 31 (51.7%) mencionaron padecer insomnio. Diez dedican 13 o más horas al día al cuidado de sus enfermos; sólo 20 (33.3%) tomaron vacaciones y la mayoría (70%) señalaron que la principal razón de ser cuidador primario es el deber moral.

Acerca de las redes de apoyo familiar e institucional, 46 (76.7%) refirieron apoyarse en cuidadores secundarios, 50 (83.3%) piden ayuda de otro familiar, aproximadamente la mitad (51.7%) mencionan maltrato del enfermo al cuidador primario y prácticamente todos (93.3%) solicitan atención institucional (cuadro 4).

Cuadro 1. Perfil demográfico del cuidador primario

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulativo</i>
Parentesco			
Hijo/hija	41	68.3	68.3
Otros	19	31.7	100
Edad			
Hasta 44 años	6	10	10
45 a 54	27	45	55
55 en adelante	27	45	100
Sexo			
Masculino	7	11.7	11.7
Femenino	53	88.3	100
Estado civil			
Casado	44	73.3	73.3
Soltero	13	21.7	95
Divorciado	3	5	100
Ocupación			
Hogar	35	58.3	58.3
Empleado	22	36.7	95
Pensionado/ jubilado	3	5	100
Escolaridad			
Primaria	9	15	15
Secundaria	17	28.3	43.3
Técnico/ preparatoria/ profesional	34	56.7	100
Persona que requiere cuidados			
Padre	13	21.7	21.7
Madre	30	50	71.7
Otros	17	28.3	100
Tiempo de cuidado (años)			
1 a 5 años	18	30	30
6 a 10 años	34	56.7	86.7
11 a 15 años	5	8.30	95
16 o más años	3	5	100

Los resultados de la evaluación de sobrecarga del cuidador primario sugieren que 12 (20%) cuidadores obtuvieron sobrecarga leve y 7 (11.7%) intensa. Esto señala que 3 de 10 cuidadores se ven afectados por esta actividad (cuadro 5).

Al relacionar las variables del perfil demográfico con la escala de sobrecarga del cuidador primario, no se observaron diferencias estadísticas significativas. Las variables del perfil emocional mostraron diferencias

Cuadro 2. Perfil físico del cuidador primario

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulativo</i>
Estado de salud del cuidador primario			
Sano	19	31.7	31.7
Enfermo	41	68.3	100
Enfermedades que padece el cuidador primario			
Crónico degenerativas	34	56.7	56.7
Físicas	10	16.7	73.3
Psicosomáticas	16	26.7	100
Medicamentos ingeridos por el cuidador primario			
Sí	52	86.7	86.7
No	8	13.3	100
Tabaquismo			
Sí	16	26.7	26.7
No	44	73.3	100
Alcoholismo			
Sí	17	28.3	100
No	43	71.7	

Cuadro 3. Perfil emocional del cuidador primario (continúa en la siguiente página)

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulativo</i>
Estado emocional del cuidador primario			
Estresado	24	40	40
Cansado	19	31.7	71.7
Deprimido	7	11.7	83.3
Normal	10	16.7	100
Cambio de carácter del cuidador primario			
Sí	51	85	85
No	9	15	100
Apetito del cuidador primario			
Aumentado	11	18.3	18.3
Disminuido	16	26.7	45
Sin modificaciones	33	55	100
Insomnio del cuidador primario			
Sí	31	51.7	51.7
No	29	48.3	100
Poca tolerancia del cuidador primario			
Sí	44	73.4	73.3
No	16	26.7	100
Aprecia su vida el cuidador primario			
Sí	58	96.7	96.7
No	2	3.3	100
Expectativas o planes			
Recreativas	12	20	20
Cuidar su salud	10	16.7	36.7
Productivas	13	21.7	58.3
Ninguna	25	41.7	100

Cuadro 3. Perfil emocional del cuidador primario (continuación)

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulativo</i>
Actividades al no ser cuidador			
Productivas	18	30	30
Recreativas	29	48.3	78.3
Hogar	9	15	93.3
Ninguna	4	6.7	100
Tiempo dedicado a los cuidados (horas)			
1 a 6	37	61.7	61.7
7 a 12	13	21.7	83.3
13 o más	10	16.7	100
Descansos del cuidador primario			
Si	36	60	60
No	24	40	100
Vacaciones del cuidador primario			
Si	20	33.3	33.3
No	40	66.7	100
Rutina del cuidador			
Si	57	95	95
No	3	5	100
Razones de ser cuidador primario			
Obligación	4	6.7	6.7
Deber moral	42	70	76.7
Afecto	14	23.3	100

Cuadro 4. Redes de apoyo familiar e institucional

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulativo</i>
Cuidadores secundarios			
Sí	46	76.7	76.7
No	14	23.3	100
Piden ayuda de otro familiar			
Sí	50	83.3	83.3
No	10	16.7	100
Trato del enfermo al cuidador primario			
Bueno	29	48.3	48.3
Malo	31	51.7	100
Acuden a otras instituciones de salud			
Sí	23	38.3	38.3
No	37	61.7	100
Información sobre atención en cuidados			
Sí	54	90	90
No	6	10	100
Temas de orientación			
Sí	39	65	65
No	21	35	100
Influencia de la información en otros familiares			
Sí	11	18.3	18.3
No	49	81.7	100
Intereses de los cuidadores			
Afecto	10	16.7	16.7
Calidad de vida	16	26.7	43.3
Otros	20	33.3	76.6
Ninguno	14	23.3	100
Solicitan atención institucional			
Sí	56	93.3	93.3
No	4	6.7	100

Cuadro 5. Evaluación de sobrecarga del cuidador

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulativo</i>
Sin sobrecarga	41	68.3	68.3
Sobrecarga leve	12	20	88.3
Sobrecarga intensa	7	11.7	100

estadísticas significativas cuando el paciente refirió sufrir insomnio ($p = 0.01$), poca tolerancia ($p = 0.04$) y tener expectativas o planes de vida ($p = 0.04$). En lo que a función de redes de apoyo familiar e institucional respecta, sólo se encontraron diferencias estadísticas significativas ($p = 0.02$), con rangos promedios más altos cuando el trato del enfermo al cuidador era malo (cuadro 6).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo no pueden extrapolarse a otras poblaciones, pues son válidos solamente para el grupo de estudio en cuestión, ya que ni la elección ni el tamaño de la muestra cumplieron con los criterios de validez y se trató de un muestreo no probabilístico.

En relación con el perfil demográfico del cuidador primario, 88.3% pertenecieron al género femenino, resultado similar al reportado por la mayoría de los autores, quienes lo refieren desde 60 hasta 87.4%.⁴⁻⁶ Para la edad se obtuvo una media de 50.9 años, dato ligeramente

inferior a lo reportado por González y col.⁵ (55 años), Rubio y su grupo⁷ (57 años) y Moral y su equipo⁸ (58.7 años). En el parentesco del cuidador, 68.3% de la población resultó ser hijas o hijos del enfermo o paciente. González⁵ y su grupo mencionan que 24% corresponde a hijas cuidadoras, Garzón y col.⁹ refieren 47.3% y Gold y col.¹⁰ señalan 71% del mismo parentesco.

Acerca del perfil físico del cuidador primario, 31.7% se definió como persona sana. González y su grupo⁵ mencionan 26% de cuidadores sanos; en contraste, Lucas y su equipo⁴ refieren 75.2%. González y col.⁵ ubican a las enfermedades físicas como las más comunes (45%).

En relación con el perfil emocional del cuidador primario y en función de su estado emocional, sólo 16.7% de los pacientes mencionaron un estado normal y el resto (83.3%) refirió alguna alteración (estrés, 40%; cansancio, 31.7% y depresión, 1.7%).

Estas alteraciones son las referidas con mayor frecuencia por los diferentes autores, debido a la importancia de cada una en el efecto de la salud del cuidador.

Los resultados aquí presentados sólo se asemejan con el reporte de Peters,¹¹ quien refiere 11% de depresión y

Cuadro 6. Relación entre las variables del perfil emocional y la carga del cuidador primario

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>Significación exacta</i>	<i>Probabilidad</i>
Insomnio en el cuidador primario				
Sí	31	35.11	0.01	Estadísticamente significativa
No	29	25.57		
Poca tolerancia en el cuidador primario				
Sí	44	32.75	0.043	Estadísticamente significativa
No	16	24.31		
Expectativas o planes				
Recreativas	12	28.42	0.045	Estadísticamente significativa
Cuidar su salud	10	38.8		
Productivas	13	35.42		
Ninguna	25	25.62		
Trato del enfermo hacia el cuidador primario				
Bueno	29	26.22	0.025	Estadísticamente significativa
Malo	31	34.5		

29% de estrés, mientras que la mayoría de los autores señalan datos para la depresión desde 43 hasta 63%,⁸ y para el estrés de 32 a 83%.^{12,13}

Dentro de las razones de ser cuidador primario, 70% refirió hacerlo por deber moral y sólo 6.7% por obligación. Dichos resultados contrastan con González y col.:⁵ 50% de sus cuidadores lo hacen por obligación y 24% por deber moral.

En lo que a redes de apoyo familiar respecta, 76.7% comentó recibir ayuda por un cuidador secundario y 83.3% por otro familiar. González y su grupo⁵ reportan 76% para el primer caso y 37% para el segundo, respectivamente.

Después de aplicar el cuestionario de sobrecarga en el cuidador, 31.7% presentó algún nivel de sobrecarga (leve 20%, e intensa 11.7%). La discrepancia entre estos resultados y los reportados por la mayoría de los autores es amplia, excepto Salmeron y col.,⁶ quienes reportan 52.6% sin sobrecarga y 47.4% con sobrecarga leve e intensa. Los demás autores mencionaron datos que van desde 72.5 hasta 90% al sumar los dos niveles de sobrecarga.^{10,14,15}

CONCLUSIONES

El perfil del cuidador primario no difiere con los resultados de otros reportes. En la población de este estudio, el perfil del cuidador primario tiene las siguientes características importantes: las mayoría son mujeres, personas casadas, amas de casa, e hijas del paciente o enfermo. Generalmente los cuidadores primarios cursan con afectaciones físicas, crónico-degenerativas o síntomas psicossomáticos que pueden exacerbarse al desempeñar la función de cuidador, porque no se prevé oportunamente la sobrecarga. El médico familiar debe identificar y orientar al cuidador primario al reconocer los posibles síntomas para prevenir o disminuir la sobrecarga. También debe invitarlos a la búsqueda de apoyo por parte de otros cuidadores informales o formales, y la incorporación a grupos de apoyo con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Agradecimientos

A la C. Erica Yolanda Oropeza Martínez por su apoyo para la elaboración del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Prieto RMA, Gil GE, Hederle VC, Frías OA. Perspective of informal caregivers on home care. Qualitative study with a computer program. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76(5):613-25.
2. Miguel JA, Sancho M, Abellán A, Rodríguez V. La atención formal e informal en España. En: IMSERSO, editor. *Las personas mayores en España. Informe 2000*. [en línea]. Dirección URL: <<http://www.imsersomayores.csic.es>>. (consulta: marzo, 2007).
3. Alonso BA, Garrido BA, Díaz PA, Casquero RR, Riera PM. Profile and burden of care in caregivers of patients with dementia included in the ALOIS program. *Aten Primaria* 2004;33(2):61-66.
4. Lucas R, Rovira JC, Salva A, Vega R, Aixa M. Estado de Salud y calidad de vida en personas mayores, cuidadores/as en relación de no cuidadores. *Rev Gerontol* 2004;14(4):214-28.
5. González OMA, Terán TM, Ponce RER, Sánchez ELE. Salud del cuidador y sus redes de apoyo en una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Arch Med Fam* 2003;5(2):47-52.
6. Salieron AM, Alonso VP. Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobre carga del cuidador. *Rev Minister Trab Asuntos Sociales* 2004;14(2):114-8.
7. Rubio MML, Sánchez IA. Perfil medico social del cuidador crucial ¿se trata de un paciente oculto? Unidad docente de medicina familiar y comunitaria de Terver. *Rev Esp Gerona* 1999;26(1):13.
8. Moral SMS, Juan OJ, Lopez MML, Pellicer MP. Profile and risk of mental illness in caregivers for home care patients. *Aten Primaria* 2003;32(2):77-83.
9. Garzón H, Cortiella A, Pérez C, Escuer M. Estudio de la solicitud de psicogeriatría en un centro sociosanitario. *Rev Esp Gerona* 2004;18(6):45-49.
10. Gold DP, Cohen C, Shulman K, Zuccherio C, Andrés D, Etezadi J. Caregiving and dementia predicting negative and positive outcomes for caregivers. *Int J Aging Hum Dev* 1995;41(3):183-201.
11. Peters J. Programa educativo dirigido a los cuidadores informales con demencia en Madrid. *Rev Mult Gerontol* 2004;14(4):214-38.
12. Maganto JM, Bartau I, Etxeberria J. La participación en el trabajo familiar: un reto educativo y social. *Rev Electr Invest Eval Educ* 2003;9:2-14.
13. Artaso B, Goñi A, Biurram A. Cuidados informales en la demencia. Predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003;38(4):212-8.
14. Zabalegui A, Juando C, Izquierdo M, Gual P, et al. Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Gerokomos* 2004;15(4). Dirección URL: <<http://www-uic.es/web/imagenes/01gerokomos>>.
15. Navaie WM, Feldman PH, Gould DA, Levine C, et al. When the caregiver needs care: The plight of vulnerable caregivers. *Am J Public Health* 2002;92(3):409-13.