

Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica

Syndrome of burnout in relatives caregivers of patients with chronic neurological disease

Gladys Mendoza-Suárez¹

RESUMEN

OBJETIVO. Describir la presencia del síndrome del cuidador o de sobrecarga en familiares de pacientes crónicos con enfermedad neurológica.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio descriptivo de casos clínicos. La entrevista de sobrecarga de Zarit se aplicó a los cuidadores encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica, que acudieron al consultorio de neurología del Hospital San Juan de Lurigancho. Y, el Índice de discapacidad física de Barthel se aplicó a los pacientes. Se consideraron 68 casos por cumplir los criterios de inclusión.

RESULTADOS. De 68 familiares entrevistados, 77,9 % eran ama de casa con una edad promedio de 45,2 años. La enfermedad crónica más frecuente que necesitaba de un cuidador fue la secuela por enfermedad cerebrovascular en 32 (46,4 %) casos. Se encontró sobrecarga intensa en 72,1 % de los familiares a cargo del cuidado. El mayor nivel de sobrecarga fue proporcional a la mayor discapacidad del paciente.

CONCLUSIÓN. Existe una relación directa entre el grado de dependencia del paciente con enfermedad neurológica crónica y el grado de sobrecarga en los familiares que se encuentran a su cuidado. Los familiares que tienen más sobrecarga son aquellos que cuidan a familiares con secuela de enfermedad cerebrovascular y parálisis cerebral infantil.

PALABRAS CLAVE. Cuidador, enfermedad neurológica, síndrome de sobrecarga, cuestionario de Zarit.

ABSTRACT

OBJECTIVES. To describe the presence of the burnout syndrome in the relatives that are caregivers of patients with chronic neurological disease.

MATERIAL AND METHODS. A prospective and descriptive study was carried out. The Zarit Burden Interview was applied to caregivers of patients with chronic neurological disease, who attended the neurology clinic of the Hospital San Juan de Lurigancho. For patients, it was applied the Barthel Activities of Daily Living Index. Sixty eight cases meet the inclusion criteria.

RESULTS. From the interviewed 68 cases, 77.9% of the caregivers were housewife with an average age of 45.2 year-old. The most common chronic condition that needed a caregiver was the sequel for cerebrovascular disease in 32 (46.4 %) cases. The Zarit Burden Interview showed that an intense overload was present in 72.1 % of the caregiver relative. The higher level of overload correlates with a greater patient's disability.

CONCLUSION. There is a direct relationship between the degree of dependence of patients with chronic neurological disease and the degree of overload in the family who are in their care; and, families with more overload are those caring for relatives with sequel of cerebrovascular disease and cerebral palsy.

KEY WORDS. Caregiver, neurological disease, burnout syndrome, the Zarit Burden Interview.

1. Médico neurólogo del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS,¹ durante el siglo XX la proporción de personas mayores de 60 años siguió aumentando y se espera que esta tendencia continúe en el siglo XXI. En 1950, las personas mayores de 60 años eran 8 % y en 2000, 10 %, se prevé que llegará a 21 % en 2050. El aumento de la esperanza de vida está produciendo un incremento de la población anciana proclive a sufrir un mayor número de patologías crónicas, que conlleva a declives físico y psíquico que limitan su capacidad funcional, y cada vez es mayor el número de personas que precisan de cuidados.

Se prevé que, en el 2030, las cuatro causas principales de muerte en el mundo serán las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares, el VIH/sida y las neumopatías obstructivas crónicas. Entre las enfermedades neurológicas que mayor discapacidad y necesidad de cuidado necesitan están las crónicas degenerativas incurables tipo Alzheimer,² Parkinson, Huntington, parálisis supranuclear y esclerosis lateral amiotrófica.

Se entiende por persona dependiente a aquella que por motivos de edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la pérdida de autonomía física, sensorial, mental o intelectual, precisa con carácter permanente la atención de otra persona o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Se estima que, del colectivo de personas mayores de 65 años dependientes que recibe algún tipo de cuidado, en 84,9 % de los casos el cuidado es informal,³ lo que indica que la familia constituye la fuente principal de apoyo en la atención de personas dependientes.

El cuidador principal es aquella persona que dedica la mayor parte de su tiempo a atender las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria de la persona dependiente.⁴ El cuidado realizado por los cuidadores familiares tiene aspectos positivos (existe la posibilidad de un ambiente más humanizado) y negativos (el desgaste del cuidador, las situaciones conflictivas entre familia) cuyas decisiones pueden excluir al paciente de su propio cuidado, restringen o anulan su autonomía.⁵

Los cuidadores suelen interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa en su salud que puede presentar un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, a los que generalmente se les denomina 'carga'.⁶ A esta 'carga' se le ha dado diferentes nombres: colapso, crisis, sobrecarga, *burn out*, (síndrome del quemado), síndrome del cuidador, síndrome del cuidador principal, claudicación del cuidador.

El síndrome de sobrecarga se caracteriza por un cuadro pluri-sintomático que afecta de manera insidiosa con repercusiones físicas, emocionales, medicas, sociales, económicas, y otras que pueden llevar al 'cuidador principal' a tal grado de frustración que finalmente colapse, se evidencia la enfermedad ante las exigencias demasiado intensas de la persona necesitada de cuidados.⁷⁻⁹

La problemática del cuidador es un hecho frecuentemente ignorado por el equipo terapéutico, de esta manera se obvia los efectos de esta influencia negativa en el desarrollo del tratamiento. La detección precoz de la sobrecarga en los cuidadores permite la intervención del equipo de salud en la preservación de la salud del cuidador, e identifica sus necesidades concretas y de esta manera preservar la salud de su asistido e incluso optimizar la labor del equipo terapéutico.^{10,11}

Diferentes estudios demuestran de forma reiterada que el principal agente social encargado del cuidado y atención de estas personas dependientes es la propia familia, lo que focaliza la tarea principalmente en el cónyuge, el hijo/a, el hermano/a u otros parientes próximos.¹²⁻¹⁴ El hecho de que la tarea de cuidado del familiar dependiente recaiga principalmente en una sola persona y que además esta persona carezca de la formación especial necesaria para desarrollar dicha función, del apoyo de otras instituciones y agentes sociales, de la comprensión de la sociedad, de la ayuda del entorno próximo y de la implicación de otros familiares, provoca finalmente una serie de sentimientos, sensaciones y emociones de no estar cumpliendo bien con su función de cuidador y por albergar sentimientos ambivalentes hacia el propio enfermo y hacia la situación en la que se encuentra, que lejos de contribuir al buen desarrollo de la tarea de cuidado, la dificulta y entorpece.^{12,15}

Muchos pacientes dependen de un cuidador principal quien facilita actividades como el aseo, alimentación, traslados, entre otros; las cuales, según el grado de discapacidad del paciente, pueden ser de difícil ejecución, requerir fuerza y una disposición corporal inadecuada, que con el tiempo pueden repercutir de manera negativa en la salud física y emocional del cuidador, que de no ser atendidos se traducirían tarde o temprano en el llamado síndrome de sobrecarga del cuidador principal.¹⁶ Por todo ello, es indispensable identificar algunas características de dicho síndrome en la población.

La falta de instituciones que se hagan cargo de paciente con secuelas de enfermedades neurológicas crónicas o de promotores de salud que orienten el correcto



cuidado de estos pacientes, este proceso ha tenido como consecuencia que numerosas familias hayan tenido que enfrentar a las obligaciones que conlleva el cuidado de un pariente enfermo.

Se planteó el presente estudio para evaluar la presencia del síndrome del cuidador o de sobrecarga en familiares de pacientes crónicos con enfermedad neurológicas y así sentar las bases para el desarrollo de un manejo integral, identificación y posterior manejo que se ajuste a las características de nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y prospectivo, de casos de familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica, que acudían al consultorio de Neurología del Hospital San Juan de Lurigancho, en Lima, durante los años 2011 y 2012 y que aceptaron firmar el consentimiento informado. Luego se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos correspondiente, el cuestionario de sobrecarga del cuidador (test de Zarit) y la escala de discapacidad física del paciente (índice de Barthel).

Se mantuvo el anonimato de los pacientes y de los familiares que aceptaron ser entrevistados.

Criterios de inclusión

- Familiares al cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica.
- Ser cuidador principal; es decir, hacerse cargo de la supervisión-asistencia en las actividades de la vida diaria del paciente.
- Llevar tres meses o más desarrollando su actividad como cuidador
- Familiares mayores de 18 años.
- En el caso de existir varios cuidadores, aquel que dedicaba más tiempo al cuidado
- No percibir remuneración económica externa por cuidar.
- Haber firmado el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedades crónicas no neurológicas.
- Tener antecedentes de atención psiquiátrica

Para el análisis descriptivo de las variables cualitativas se utilizó la prueba ji cuadrado y para la diferencia de proporciones, el paquete estadístico SPSS versión 18.0

RESULTADOS

Durante el período estudiado, se identificó un total de 82 familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica que asistían al consultorio de neurología, de los cuales solo 68 familiares aceptaron ser entrevistados y firmaron el consentimiento informado

De las 68 familiares, 64 (94,1 %) correspondían al género femenino, entre un rango de edad de 24 a 58 años, con un promedio de edad de 45,2 años; y 4 (5,9 %) fueron varones, entre un rango de edad de 34 a 48 años, con un promedio de 43,2 años. El estado civil de los cuidadores en su mayoría fue casado (38; 55,9 %), seguido de conviviente (27; 39,70 %) y soltero (3; 4,4 %).

Sobre el tipo de vivienda donde residían, 33 (48,5 %) vivían en casa propia; 24 (35,3 %), en casa de algún familiar cercano y 11 (16,2 %), en casa alquilada. Con respecto a la ubicación de la vivienda, 57 (83,8 %) vivían en zona periurbana y 11(16,2 %), en zona urbana.

La ocupación habitual de los familiares encargados del cuidado de personas con enfermedad crónica fue de ama de casa (53; 77,9 %), trabajadores independientes (12; 17,7 %) y trabajadores dependientes (3; 4,4 %).

La relación de parentesco entre el cuidador y el paciente con enfermedad neurológica crónica se muestra en la Figura 1.

Los familiares entrevistados refirieron que cuidaban a los pacientes todos los días en 57 (83,8 %) de los casos, y 11 (16,2 %) respondieron que en promedio cuidaban al paciente entre tres y cinco días. Con respecto al

Figura 1. Parentesco del cuidador con el paciente con enfermedad neurológica crónica.

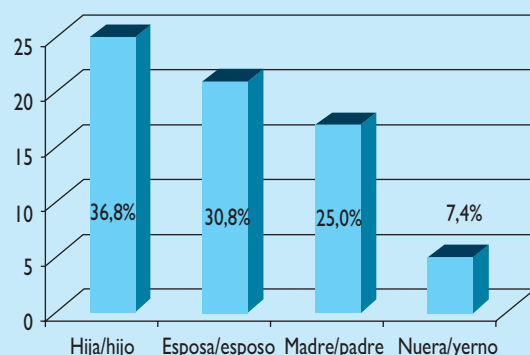
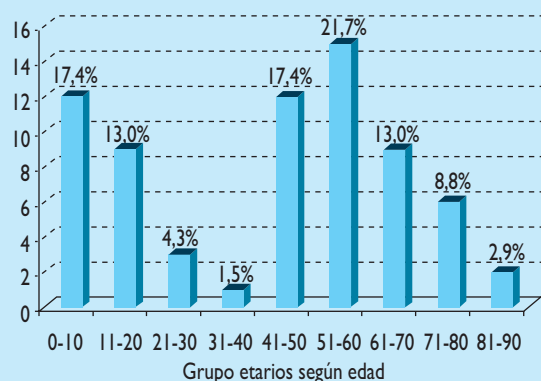
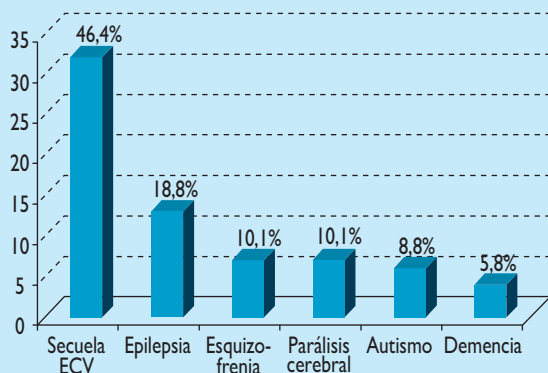


Figura 2. Pacientes con enfermedad neurológica crónica según grupos etarios.

tiempo de cuidado en total, 31 (45,6 %) refirieron estar al cuidado del paciente entre seis meses y un año, 25 (36,8 %) más de un año y 12 (17,6 %) menos de seis meses al cuidado del paciente. Solo hubo un caso en que un familiar tuvo a su cargo el cuidado de dos pacientes.

Los pacientes con enfermedad neurológica crónica fueron en total 69, de los cuales 37 (53,6 %) eran mujeres y 32 (46,4 %) varones. Los grupos etarios según la edad del paciente más frecuentes fueron el grupo de 51-60 años con 15 (21,7 %) casos, seguido por los grupos de 0-10 y 41-50 años con 12 pacientes, respectivamente. Figura 2.

El tipo de enfermedad crónica más frecuente fue la secuela por enfermedad cerebrovascular (ECV) 32 (46,4 %) casos. Ver Figura 3.

Figura 3. Enfermedades crónicas más frecuentes.**Tabla 1.** Grado de discapacidad de los pacientes con enfermedad neurológica crónica, según la escala de discapacidad o índice de Barthel.

Grado de discapacidad	N	%
• Independencia	6	8,7
• Dependencia escasa	12	1,4
• Dependencia moderada	26	3,7
• Dependencia grande	15	21,7
• Dependencia	10	14,5
Total	69	100,0

El grado de discapacidad de los pacientes con enfermedad neurológica crónica se muestra en la Tabla 1.

El test de sobrecarga del cuidador de Zarit demostró el nivel de sobrecarga como lo demuestra en la Tabla 2.

Cuando se correlacionó el grado de discapacidad del paciente con el nivel de sobrecarga del familiar se obtuvo un mayor nivel de sobrecarga cuando existía mayor discapacidad, como se muestra en la Figura 4. Con respecto a la relación grado de discapacidad y tipo de enfermedad, se observa que la secuela de ECV causó la mayor discapacidad, tanto moderada, grave y total, como se aprecia en la Figura 5.

DISCUSIÓN

En 1974, el psiquiatra Herbert Freudenberger, que trabajaba como asistente voluntario en la *Free Clinic* de Nueva York para toxicómanos, observó que en periodos largos, entre uno y tres años de actividad, muchos de ellos estaban agotados, se irritaban fácilmente y desarrollaban una actitud despectiva hacia los pacientes y una tendencia a evitarlos.¹⁷⁻¹⁹ Para describir este patrón conductual homogéneo, Freudenberger eligió la misma palabra *burn out* (estar quemado, consumido o apagado) que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de abuso de sustancias tóxicas. Esta era una palabra de uso común en la jerga atlética, deportiva y artística, que hacía referencia a aquellos sujetos que no conseguían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado.

Sin embargo, fue Christina Maslach, una psicóloga social, quien dio a conocer públicamente el término en 1977, en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos (APA), mediante la descripción de un



Tabla 2. Nivel de sobrecarga del cuidador según la escala de Zarit, en los familiares encargados de pacientes con enfermedad neurológica crónica.

Nivel de sobrecarga	N.º de familiares	%
• Ninguno	6	8,8
• Sobrecarga leve	13	19,1
• Sobrecarga intensa	49	72,1
Total	68	100,0

fenómeno de agotamiento en trabajadores que ejercían su actividad laboral con o para personas, en lo que se denominó trabajadores de servicios humanos.^{20,21}

En la década de 1980, este fenómeno se estudió en forma exclusiva en Estados Unidos y fue Maslach quien propuso cuestionarios, entrevistas y estudios de casos clínicos para corroborar sus evidencias. Gradualmente, se incorporaron a su estudio países de habla inglesa como Canadá y Reino Unido; y, en la actualidad, se pueden encontrar estudios sobre el tema por todo el mundo.²²⁻²³

Numerosos trabajos demuestran las repercusiones negativas que la prestación de cuidados puede tener en la salud. Aunque en todos estos trabajos las consecuencias más importantes se refieren al malestar psíquico y, especialmente, a la mayor frecuencia de ansiedad y depresión, se han descrito repercusiones importantes en la salud física, gran aumento del aislamiento social y empeoramiento de la situación económica.²⁴⁻⁶ Además, los sujetos afectos no frecuentan de manera especial a

las consultas y en la mayoría de los casos la enfermedad no es diagnosticada.²⁷

Se ha definido al cuidador como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales, y bajo esta definición asumir el rol de cuidador no es inocuo.²⁸ Es posible desarrollar un fenómeno de ‘sobrecarga’ por la tarea asumida; se conjugan diversas variables: 1) desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social; 2) deterioro familiar, relacionadas a dinámicas culposas, conflictivas y manipuladoras; 3) ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes.^{29,30}

Una mayor sobrecarga deteriora la salud mental, social y física del cuidador, y se presentan con mayor frecuencia trastornos ansiosodepresivos.³¹ A mayor aislamiento social, empeoramiento de la situación económica familiar, mayor morbilidad general e incluso mayor mortalidad que en población comparable sin sobrecarga.³²⁻³⁵

Además, el cuidador tiende a no buscar ayuda médica porque prioriza los problemas de su familiar dependiente, y posterga y mantiene la mayoría de sus propias patologías sin diagnosticar, tornándose casi ‘invisible’ para el sistema de salud.^{36,37} Debido a que en nuestro país innumerables personas, por razones económicas actúan como cuidadores de sus propios familiares enfermos, se torna necesario evaluar esta situación.

Figura 4. Correlación entre el nivel de sobrecarga del cuidador y el grado de dependencia del paciente.

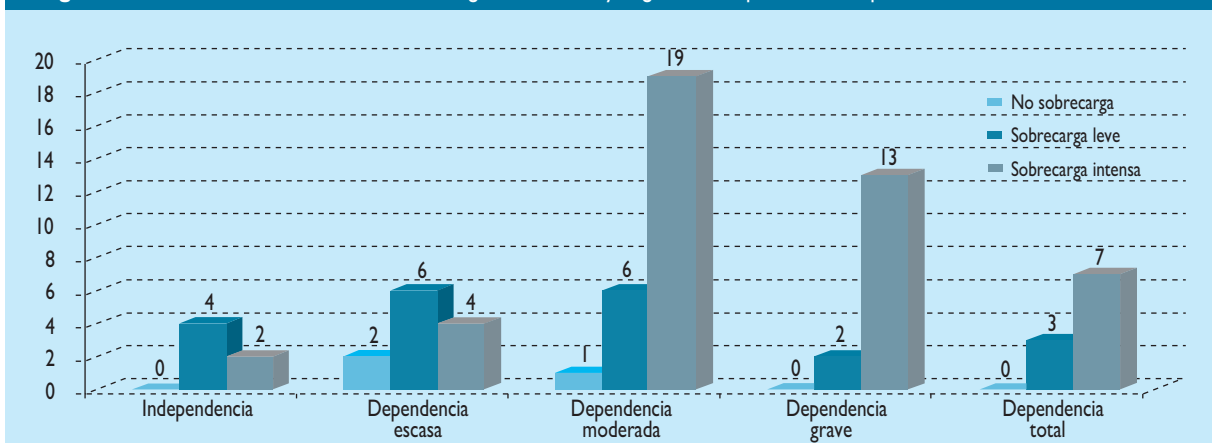
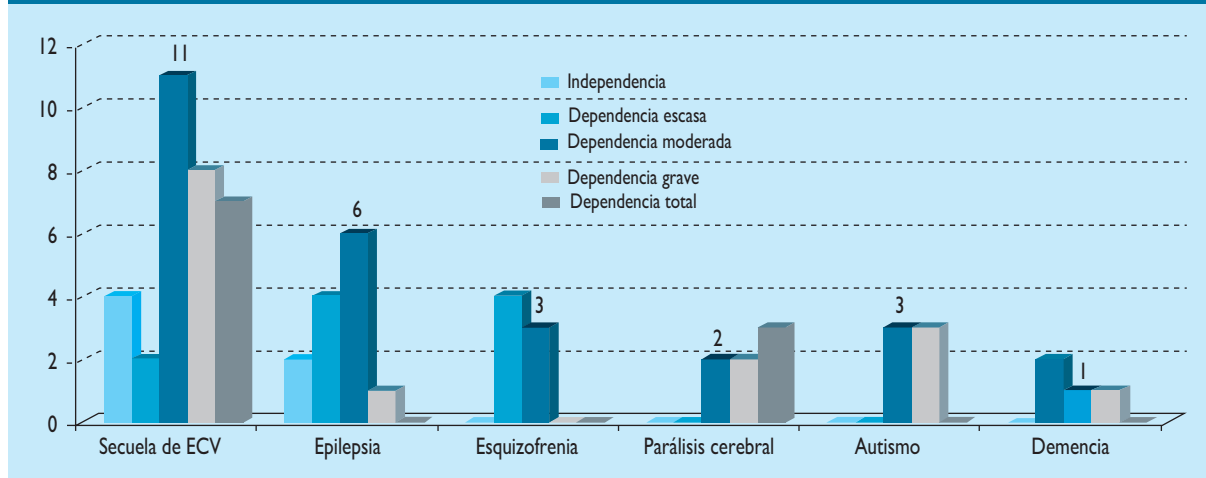


Figura 5. Correlación entre el tipo de enfermedad del paciente y el grado de dependencia del paciente.

El perfil típico del cuidador principal es ser mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa (madre, hija o esposa) y que convive con la persona que cuida. Las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo y de clase social baja conforman el gran colectivo de cuidadoras,^{38,39} lo cual también se refleja en nuestro estudio donde los resultados muestran una mayor frecuencia de cuidadores del género femenino en un 94,1 %, lo cual coincide con la literatura mundial, y en 77,9 %) eran amas de casa, así mismo con relación al parentesco con el paciente en 67,6 % fueron los familiares directos (hijos y cónyuges) que se encargaban de su cuidado, y solo cinco (7,4 %) eran cuidados por nuera/yerno; lo que demuestra que todavía sigue el modelo de familia nuclear y que de manera cultural se mantiene aún los lazos de unión familiar.

Las características personales de las cuidadoras y la situación en que se proporcionan los cuidados influyen en el grado de sobrecarga. A medida que aumenta la carga de trabajo de la persona cuidadora, también se incrementa el riesgo de deterioro de su salud y su calidad de vida.³⁸⁻⁴⁰ Estas personas son descritas habitualmente como segundas víctimas de la enfermedad debido a que el problema de la dependencia no solo afecta a quien la padece, sino también a quienes tienen que facilitar las ayudas necesarias para que pueda seguir viviendo dignamente.⁴¹

Es importante recalcar que en el presente estudio 83,8 % de los encuestados respondieron que vivían en zona periurbana y 16,2 %, en zona urbana; 51,8 % no contaban con casa propia, solo era de algún familiar o era alquilada,

lo que demuestra el bajo nivel adquisitivo de la población y de las desigualdades sociales que existen; además, hay que tomar en cuenta que la población en estudio pertenece al nivel socio económico medio bajo y bajo.

Son numerosas las evidencias del impacto que genera el cuidado en la salud física y mental de la persona cuidadora; así, en un estudio realizado por Imsero se observó que 27,5 % de las personas cuidadoras consideraban que su salud se había deteriorado desde que proporcionaban cuidados a su familiar.⁴²⁻⁴⁴ Este trabajo puso de relieve que la tarea de cuidar afecta en mayor medida a la salud psicológica, 18,1 % de los sujetos de la muestra manifestaban sentirse deprimidos. Hay un estudio que también analizó la percepción del estado de salud de la persona cuidadora y cómo esta se encuentra en muchas ocasiones relacionada con su nivel de sobrecarga.⁴⁵

Se observa que el tipo de enfermedad neurológica que lleva a la mayor dependencia tanto moderada, grave y total es la secuela por ECV. Es importante mencionar que la parálisis cerebral también representa un importante grado de dependencia aunque los casos fueron escasos. Los pacientes con epilepsia también muestran un alto grado de discapacidad, no por la misma enfermedad, sino por estar asociados a retraso mental, lo cual hace necesario de un cuidador para la toma de medicación así como para el aseo personal.

En conclusión, existió una relación directa entre el grado de dependencia del paciente con enfermedad neurológica crónica y el grado de sobrecarga en los familiares que se encuentran a su cuidado; además, los familiares que



tienen más sobrecarga son aquellos que tienen cuidan a familiares con secuela de enfermedad cerebrovascular y parálisis cerebral infantil. Los cuidadores principales en la mayoría son mujeres y son las hijas y esposas encargadas del cuidado de un familiar enfermo y la mayoría de los cuidadores presenta una sobrecarga intensa relacionada al mayor tiempo de cuidado durante la semana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2007. Diez cuestiones estadísticas de especial interés en salud pública mundial. 2007.
2. Paleo N, Rodríguez L. Sobrecarga de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Revista electrónica de Geriatria y Gerontología, 2006;8(2):9. Disponible en <http://www.geriatrianet.com>. Consultado en noviembre de 2011.
3. Rogero-García J. La distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev Esp Salud Pùb. 2009;83:393-405.
4. Dwyer J, Lee G, Jankowski T. Reciprocity, elder satisfaction, and caregiver stress and burden: The exchange of aid in the family caregiving relationship. J Marriage Fam. 1994;56:35-43.
5. Moraes GLA, Silva MJ. Explorando o universo do cuidado de idosos, dependentes pelo cuidador familiar. Rev RENE, Fortaleza (CE). 2004;5(1):33-40.
6. Jock-Hung G, Rivero-Sanchez B, Bello AM. Percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia. Red Latinoamericana Gerontología. Febrero. 2003.
7. Lara-Perez L, Diaz-Diaz M, Silveira-Hernandez P. Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. Rev Cub Enfermería. 2001;17(2):107-11.
8. González F, Graz A, Pitiot D, Podestá J. Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía edición Electrónica. 2004;IX(4).
9. Fuentes A, Aguilar S, Mercado M, Gutiérrez L. Síndrome del colapso del cuidador primario del anciano. Archivo Geriátrico. 2003;6:24-26.
10. Vásquez Cabrera C, Carod Artral F. Sobrecarga y estado anímico cuidadores de sujetos discapacitados por lesión neurológica. Programas de lesionado medulas y neuroclínica. Hospital Sarah. Red de hospitales del aparato locomotor. Brasília DF, Brasil.
11. Roca CF. ¿Quién cuida al cuidador? Informaciones psiquiátricas (Barcelona). 2003;172.
12. Algado MT, Basterra Á, Garrigós, JI. Familia y enfermedad de Alzheimer. Una perspectiva cualitativa. Anales de Psicología. 1997;13(1):19-29.
13. Peinado Portero AI, Garcés de Los Fayos Ruiz EJ. (1998). *Burnout* en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. Anales de Psicología. 1998;14(1):83-93.
14. Roig MV, Abengózar MC, Serra E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. Anales de Psicología. 1998;14(2):215-227.
15. Ferrara M, Langiano E, Di Brango T, De Vito E, Di Cioccio L, Baucó C. Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. Health Qual Life Outcomes. 2008;6(1):93-98.
16. Bermejo C, Martínez M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. Nurse Investigación. 2004-2005;11:1-7.
17. Freudemberger H. Staff Burnout. J Social Issues. 1974; 30:159-165.
18. Mingote Adán JC. Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. Formación Médica Continuada. 1998;5(8), 493-508.
19. Moreno B, González JL, Garrosa E. Desgaste profesional (*burnout*), personalidad y salud percibida. En: Buendía J, Ramos F editores. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide; 2001. p. 59-83.
20. Maslach C, Pines A. The burnout syndrome in the day care setting. Child Care Quarterly. N.º 6. San Francisco, 1977.
21. Bencomo J, Paz C y Liebster E. Rasgos de personalidad, ajuste psicológico y síndrome de agotamiento en personal de enfermería. Invest Clín. 2004;45:113-120.
22. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout inventory. 2.ª ed. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1981.
23. Maslach C, Jackson S. Burnout inventory manual. Palo Alto: Consulting Psychol Press; 1986.
24. Jones DA, Peters TJ. Caring for elderly dependants: effects on carers quality of life. Age Aging. 1992;21:421-8.
25. Santiago Navarro P, López Mederos O, Lorenzo Riera A. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. Aten Primaria. 1999;24:404-10.
26. Mateo Rodríguez I, Millán Carrasco A, García Calvente MM, Gutiérrez Cuadra P, Gonzalo Jiménez E, López Fernández LA. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. Aten Primaria. 2000;26:139-44.
27. Díez Espino J, Redondo Valdivielso ML, Arroniz Fernández de Gaceo C, Giacchi Urzainqui A, Zabal C, Salaberri Nieto A. Malestar psíquico en cuidadores familiares de personas confinadas en su domicilio. Medifam. 1995;3:124-30.
28. Flórez Lozano JA, Adeva Cándenas J, García García MC, Gómez Martín MP. Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos Jano. 1997;1218:53-64.
29. Haley WE. The family caregiver's role in Alzheimer's disease. Neurology. 1997;48: 25-9.
30. Whitlatch CJ, Zarit SH. Efficacy of interventions with caregivers: a reanalysis. Gerontologist. 1991;31: 9-14.
31. Thompson C, Briggs M. Support for care of people with Alzheimer's type dementia. Cochrane Databes Syst Rev; 2: CD000454, 2000.
32. Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinber G, Levin B. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. A randomized controlled trial. JAMA. 1996;276:1725-31.
33. Wisniewski S, Belle SH, Coon DV, Marcus SM, Ory MG, Burgio LD et al. The resources for enhancing Alzheimer's caregiver health (REACH): project design and baseline characteristics. Psychol Aging. 2003;18:375-84.
34. López O, Lorenzo A. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. Aten Primaria. 1999;24:404-10.
35. Schulz R, Beach S. Caregiving as a risk factor for mortality. The caregiver health effects study. JAMA. 1999;282:2215-9.
36. Hepburn KW, Tornatore J, Center B, Ostwald SW. Dementia family caregiver training: affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. J Am Geriatr Soc. 2001;49:450-7.
37. Rivera-Mora H, Dávila-Mendoza R, González-Pedraza Avilés A. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. Rev Esp Med Quir. 2011;16(1): 27-32.
38. García-Calvente 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(Supl 2):83-92.
39. García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit. 2004;18(Supl 1):132-139.
40. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristain J, et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. Gac Sanit. 2008;22(5):443-450.
41. Perlado F. Apoyo a los cuidadores de enfermos de Alzheimer. Revista de Gerontología. Monográfico. 1995: 47-53.
42. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980;20:649-655.
43. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. Psychol Aging. 2003; 18:250-267.
44. Imsero. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.
45. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A y Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40:899-904.

CORRESPONDENCIA A: Dra. Gladys Mendoza Suárez
mendozanh97@hotmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN: 27 de noviembre de 2013.

FECHA DE APROBACIÓN: 6 de enero de 2014.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS: ninguno según la autora.

FINANCIAMIENTO: autofinanciado.